



**Conselho Estadual de Saúde do Rio
Grande do Sul - CES/RS**

**Relatório Final da XIII Plenária Estadual de
Conselhos de Saúde do RS**

Março de 2009

Apresentação

Durante a XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, que aconteceu de 26 a 28 de Novembro de 2008, em Brasília, a delegação do Rio Grande do Sul, decidiu em reunião criar uma mobilização que permitisse realizar a Plenária Estadual que deveria ter ocorrido antes da etapa nacional.

Naquela oportunidade estiveram reunidos os seguintes conselheiros, conforme lista de presença digitalizada:

Reuniões da Delegação do RIO GRANDE DO SUL

Nome: _____ Município _____

1 Jaqueline Dutra	Pelotas
2 Roberto S. de Oliveira	Rolante
3 Ulfemar FANTINHO	ROLANTE
4 PAULO HUBERTO LEAS DA SILVA	CES/RS - FLORES DA CUNHA
5 MARIA LUIZA DA S FERREIRA	GRAVATAÍ
6 ALTAIR MACHADO	GRAVATAÍ
7 LUMENCÉLI BARBA	GRAVATAÍ RS
8 SIMONE ALVES DE ALMEIDA	CES - RS
9 Lucimara Guedes	ALVORADA
10 LEONEL ALVES DO PRADO (PUNHO)	ALVORADA
11 CARMEM SPIELMANN	ALVORADA
12 SILVIA M. M. TOMAZZO	FLORES DA CUNHA
13 Adalzi de Balsemão Araújo	- SE/RS
14 Maria Tereza Basso	CMS Charqueadas
15 Paulo Renato N. ABREU	CMS - STA MARIA
16 Luiz Sergio Flores Leal	CMS - Sta Maria Urucario
17 ILDEMAR JOÃO SCHONS	CMS PASSO FUNDO
18 Abigail Delgado	CMS ALVORADA
19 Jeanilda Zamuner	CMS PASSO FUNDO leumdeplf@yahoo.com
20 SÂNIA P. WIFEIRO	CGS - RS - CONSEL. - PASSO FUNDO
21 Nelder Moss	CMS Novo Hamburgo
22 GERAARDO THEISEN	CMS CHARQUEADAS
23 Ovídio BLOBS	CMS NH
24 - LUIZ ANÍBAL VIENA	MACHADO CMLI CALH. SUL

[Handwritten signature]

Em 12 de dezembro de 2008, um grupo formado por 14 desses conselheiros fez a primeira reunião para mobilização em prol da Plenária Estadual. E assim aconteceu, até que, após várias reuniões e superação de dificuldades, conseguimos finalmente realizar a XIII Plenária Estadual de Conselhos de Saúde.

Este material é uma transcrição das gravações da XIII Plenária Estadual de Conselhos de Saúde. Também é o registro histórico de um trabalho construído a muitas mãos. Obrigado a todos que trabalharam para que esse evento se tornasse possível.

Jacqueline da Silva Dutra

Relatora e Coordenadora da XIII Plenária Estadual de Conselhos de Saúde

Coordenadora da Plenária Estadual de Conselhos de Saúde/RS na PNCS/CNS/MS

Comissão Organizadora

Jacqueline da Silva Dutra - Coordenadora

Paulo Humberto da Silva – CES/RS

Lumen Celi Borba – Gravataí

Hanaí Minuzzi – Montenegro

Sônia Pinheiro – CES/RS

Sandra – CES/RS

Eni Bahia.- CES/RS

Comissão Apoiadora

Agradecemos a todos os conselheiros da delegação gaucha que participaram da XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde e que deram o apoio que necessitávamos para a realização dessa Plenária Estadual

Regulamento da XIII Plenária Estadual de Conselhos de Saúde do RS

Art. 1º - A XIII Plenária Estadual de Conselhos de Saúde do RS tem por objetivo promover o debate e encaminhamentos na defesa do SUS, com especial ênfase no Controle Social.

Art. 2º- A XIII Plenária Estadual de Conselhos de Saúde do RS acontecerá nos dias 27 e 28 de março de 2009, no auditório do Hotel Ritter – Igo Vespasiano Júlio Veppo, 55 Centro (em frente à Rodoviária).

Art. 3º – As Mesas Temáticas discutirão: Pacto pela Saúde/Financiamento; Fundações Estatais de Direito Privado; Controle Social e Gestão Pública e funcionamento das Comissões nos Conselhos de Saúde.

Parágrafo Único: Haverá também a apresentação do diagnóstico e de nova proposta para o Movimento de Plenárias de Conselhos de Saúde no RS.

Art. 4º - O credenciamento dar-se-á no dia 27 de março de 2008, das 8 horas às 14 horas.

Art. 5º - Poderão ser inscritos na XIII Plenária Estadual de Conselhos os conselheiros (as) dos conselhos municipais de Saúde, escolhidos em plenárias dos respectivos conselhos. As indicações das representações deverão ser oficializadas por e-mail, fax ou correspondência, à secretaria executiva do Conselho Estadual de Saúde do RS, até o dia 20 de março de 2009.

Parágrafo primeiro – Não serão recebidas correspondências postadas após a data de 20 de março de 2009.

Parágrafo segundo: São membros natos os conselheiros (as) titulares e na ausência destes, os respectivos suplentes do Conselho Estadual de Saúde RS.

Art. 6º - Cada Conselho de Saúde deverá respeitar rigorosamente o princípio da paridade em relação ao segmento usuário.

Parágrafo Único: A não observância do princípio da paridade em relação ao segmento usuário, delegará aos representantes excedentes dos outros segmentos a condição de participantes.

Art. 7º - A XIII Plenária Estadual de Conselhos de Saúde do RS é aberta à comunidade. As pessoas e/ou entidades que não se enquadrem nos termos do Artigo 5º serão considerados participantes, com direito a voz.

Art. 8º - Somente os conselheiros credenciados terão direito ao voto.

Parágrafo Único – O critério de escolha considera:

Até 100 mil habitantes - 2 inscritos

De 101 mil habitantes até 250 mil habitantes – 4 inscritos

De 251 mil habitantes até 399 mil habitantes – 6 inscritos

Mais de 400 mil habitantes – 12 inscritos

Art. 9º - As despesas de deslocamento, alimentação e hospedagem dos inscritos na XIII Plenária Estadual de Conselhos de Saúde do RS deverão ser custeadas com recursos

públicos dos respectivos municípios, para os representantes de conselhos municipais e do Estado, para os representantes do Conselho Estadual, conforme estabelece a legislação do SUS.

Art. 10º - A XIII Plenária Estadual de Conselhos de Saúde do RS será presidida pelo Presidente do Conselho Estadual de Saúde do RS e , na ausência deste, pelo vice-presidente.

Art. 11º - Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Organizadora da XIII Plenária Estadual de Conselhos de Saúde do RS, cabendo recurso ao plenário.

Regimento Interno da XIII Plenária Estadual de Conselhos de Saúde do Rio Grande do Sul

CAPÍTULO I: DA PROGRAMAÇÃO

Art. 1º - A XIII Plenária Estadual de Conselhos de Saúde do RS – XIII PECS/RS será desenvolvida através das mesas temáticas seguidas de debates, as quais se regerão por este regimento aprovado na plenária de abertura.

Art. 2º - As mesas temáticas serão organizadas conforme programação prévia encaminhada pela comissão organizadora.

CAPÍTULO II: DO CREDENCIAMENTO

Art. 3º - O Credenciamento inicia-se as 8:00 e encerra-se as 14 horas do dia 27 de março de 2009.

CAPÍTULO III: DAS MESAS DE TRABALHO

Art. 4º - as mesas temáticas, além do painalista, disporão de um mediador, que coordenará os trabalhos e de dos relatores indicados pela comissão organizadora.

§ 1º - Os painelistas disporão de até 20 minutos para exposição;

§ 2º - Será facultado a qualquer conselheiro ou participante, manifestar-se verbalmente ou por escrito, durante o período de debates, mediante perguntas ou observações pertinentes ao tema.

§ 3º - O tempo máximo de cada intervenção, a que se refere a seção anterior, será de tres minutos improrrogáveis.

CAPÍTULO IV: DO RELATÓRIO FINAL

Art. 5º - Caberá a comissão organizadora indicar a comissão de relatoria que organizará o relatório final da XIII PECS/RS.

§ 1º - A comissão de relatoria indicará dois relatores para acompanhar o trabalho de cada mesa temática.

Art. 6º - O relatório final será o relato, na integra, da XIII PECS/RS.

CAPÍTULO V: DAS MOÇÕES

Art. 7º - As moções encaminhadas à comissão organizadora deverão ter assinaturas correspondentes a 20% do número total de conselheiros presentes.

§ 1º - Cabe a comissão organizadora receber as moções e fazer a leitura das mesmas antes do encerramento da XIII PECS/RS, para a apreciação do plenário.

§ 2º - As moções serão aprovadas com maioria simples dos votos.

CAPÍTULO VI: DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 8º - Os casos omissos serão resolvidos pela comissão organizadora, cabendo recurso ao plenário.

Programação XIII Plenária Estadual de Conselhos de Saúde do RS:

Data: 27 e 28 de março de 2009

Local: Porto Alegre - Hotel Ritter – Lgo Vespasiano Júlio Veppo, 55 – Centro (em frente à Rodoviária)

Programação dia 27 de março:

8h às 14h - Credenciamento

9h:30min – Abertura

10h – Regimento

10h:45min - Movimento de Plenárias/RS:

Histórico e Evolução

Coordenação de Plenárias

Perspectivas

12h – Almoço

13h:30min – Pacto Pela Saúde/Financiamento:

ASSEDISA

Ministério da Saúde

Secretaria Estadual de Saúde

Coordenação: CES

15h:30min – Fundações Estatais de Direito Privado:

Conselho Nacional de Saúde

Ministério Público Federal

Grupo Hospitalar Conceição

Coordenação: SINDSEPE

Programação dia 28 de março

8h30min – Relação Controle Social e Gestão Pública da Saúde

CES

FAMURS

ASSEDISA

Ministério Público Estadual

Coordenação: CMS de Porto Alegre

13h:30min – Funcionamento das Comissões nos Conselhos de Saúde:

CES

CNS

CMS – Santa Maria

Coordenação: Jaqueline

15h15min – Eleição do Coordenador de Plenárias do Estado do RS.

Dia 27.03.2009 - manhã

Bom dia, chamamos para compor a mesa o Presidente do Conselho Estadual de Saúde Carlos Alberto Ebelim Duarte; a Secretária Adjunta de Estado da Saúde Arita Bergmann; o Presidente do Conselho Nacional da Saúde Francisco Batista Júnior; representando a FAMURS o senhor Leonildo Mariane; a Coordenadora Estadual de Plenárias de Conselhos de Saúde Jacqueline da Silva Dutra; o Deputado Gilmar Sossela, Presidente da Comissão de Saúde da Assembléia Justificam ausencia o devido à agenda com a Ministra Dilma Rossef, assim como o presidente da Assembléia o Deputado Ivar Pavan, que não poderá vir à abertura mas que virá no decorrer da plenária.

Após ouvir o Hino Nacional, o Conselho Estadual de Saúde e o Governo do Estado dão início a XIII Plenária de Conselhos de Saúde do Rio Grande do Sul. Este evento tem como objetivo promover o debate e encaminhamentos na defesa do SUS, com especial ênfase no controle social.

Passamos a palavra à Coordenadora Estadual de Plenárias de Conselhos de Saúde Jacqueline da Silva Dutra:

Jacqueline Dutra: Em nome da comissão organizadora da XIII Plenária Estadual de Conselhos de Saúde, tenho a satisfação de saudar as autoridades que compõe a mesa, Francisco Batista Júnior, Presidente do Conselho Nacional de Saúde, Arita Bergmann, Secretária Adjunta de Estado da Saúde, Carlos Alberto Ebelim Duarte, Presidente do Conselho Estadual de Saúde, e Leonildo Mariane representando a FAMURS, demais autoridades aqui presentes ou representadas, conselheiros e conselheiras do Estado do Rio Grande do Sul, bom dia. A comissão organizadora da XIII Plenária Estadual de Conselhos de Saúde sente-se extremamente honrada com a presença de todos, está consciente da sua responsabilidade, pois estarão presentes a este evento autoridades nacionais e regionais. Promoveremos ao longo destes dois dias discussões importantes para o fortalecimento do controle social e do SUS em nosso estado. Desejo em nome da comissão organizadora que tenhamos uma excelente plenária, obrigado.

Passamos a palavra ao Presidente do Conselho Nacional de Saúde Francisco Batista Júnior:

Francisco Batista Júnior: Bom dia, quero inicialmente saudar a secretária Arita Bergmann, aqui representando o governo do estado, saudar o Leonildo Mariane da FAMURS, Carlos

nosso querido Presidente do Conselho Estadual de Saúde e a Jaqueline que tão bem representa o estado na Coordenação de Plenárias de Conselhos de Saúde e que periodicamente nos encontramos para discutir as questões do sistema e do estado particularmente, mas quero também cumprimentar carinhosamente cada um e cada uma de vocês que está na plenária agora, conselheiros e conselheiras, gestores e técnicos das Secretarias de Saúde, dizer da nossa satisfação de estar mais uma vez aqui no Rio Grande do Sul. Não sei se estou com ar de cansaço, também cruzei o Brasil todo para chegar aqui, eu estive em Fortaleza, no Ceará participando da nossa caravana em defesa do SUS, esta caravana que teve a abertura em Brasília na Câmara Federal a uns 15 dias e que já começou a acontecer pelo país a fora, já aconteceu a etapa do Maranhão, e esta semana estivemos no Ceará em Fortaleza, dois momentos fantásticos, muita gente, muitos municípios se fazendo representar, um debate da mais alta qualidade, muita motivação. Os dois estados já estão organizando etapas regionais e municipais para que realmente as coisas possam acontecer. Então, nós estamos otimistas e apesar de entendermos que o Sistema Único de Saúde, que é vitorioso, que hoje já faz parte da cultura do povo brasileiro, que sem a menor sombra de dúvida é a política pública que tem mais contribuído para o avanço da melhoria da qualidade de vida dos brasileiros nos últimos 20 anos, que tem experiências que não existem em lugar nenhum do mundo, que é a referência hoje em termos de organização de sistema de saúde para o resto do mundo, hoje tudo que é país do mundo quer conhecer o sistema que a gente tem aqui no Brasil, querem copiar o que a gente tem no Brasil, agora apesar de tudo isso nós temos dito duas coisas, primeiro, e isso em consequência de ser um sistema absolutamente contra hegemônico, que bate de frente com interesses poderosíssimos e exatamente por isso é um sistema que tem sobrevivido e tem resistido brava e duramente durante esses 20 anos a ataques violentíssimos, segundo, e aí tenho certeza que não foi fácil nós chegarmos a essa conclusão no Conselho Nacional de Saúde no debate que fizemos em janeiro passado quando fizemos uma avaliação dos 20 anos de SUS, fizemos um diagnóstico e aprovamos a nossa agenda política a ser construída durante o ano em curso, tendo como instrumento a caravana em defesa do SUS, que é muito comum à nós que somos militantes do SUS, a nós que fazemos a defesa do SUS de forma apaixonada, e a gente se nega a admitir que tem problemas e aí aqueles que são contra o SUS deitam e rolam, por que aproveitam os organismos de comunicação que eles tem e aí fazem exatamente o inverso, baixam o pau no SUS!!!! Não é o que as televisões, jornais e rádios fazem quando mostram as filas, mostram gente morrendo em corredor de hospital, mostram dificuldade de atendimento? Enfim uma festa! Eu disse em Fortaleza antes de

ontem que quem tem autoridade no Brasil para mostrar as nossas dificuldades somos nós, por que somos nós que construímos o SUS. Aqueles que são contra o SUS não tem autoridade ou legitimidade nenhuma para criticar o SUS, nós temos que ter coragem para criticar aquilo que está errado, e aí nós temos o entendimento hoje de que o SUS atravessa seu pior momento, o seu momento mais difícil, nós sofremos duras derrotas que ou nós conseguimos primeiro ficar conscientes dessas derrotas, segundo deixar bem claro que temos que definir movimentos táticos para superar essas dificuldades que nós temos ou senão o SUS acaba definitivamente. Hoje, como o sistema está ele não pode continuar, se ele continuar assim ele vai ser inviabilizado rapidamente. Hoje no debate que nós fazemos de regulamentação da emenda constitucional nº 29, nós estamos dizendo mais que nunca como estamos fazendo as coisas, apesar dos grandes avanços que temos e das magistrais experiências que construímos, nós podemos colocar o dinheiro que for que não resolver, por que é um sistema absolutamente privatizado e não existe no mundo nenhuma experiência de sistema de saúde totalmente privatizado, como é quase o SUS, a conseguir ser viabilizado, não existe isso, é impossível um sistema de saúde universal e abrangente e integral como o nosso ser viabilizado sobre a ótica de mercado, é impossível! O país que mais gasta em saúde no mundo chama-se Estados Unidos da América e gasta quase 18% do PIB, nós gastamos 4%, nós fazemos milagre com os 4%, e pra ter o que nós temos hoje gastando somente 4% é milagre, os Estados Unidos gastam os 18% e tem um sistema de saúde mais excludente do mundo, são 45 milhões de norte-americanos totalmente à margem do atendimento de saúde naquele país, estrutura totalmente privada, se você não tem dinheiro para pagar você não entra, e infelizmente a gente tem essa lógica aqui, tudo quanto é procedimento especializado, tudo quanto é procedimento de custo interessante está concentrado no setor privado, que deveria ser o complementar naquilo que nós não pudéssemos disponibilizar e hoje é o principal e absolutamente tudo. Por que hoje nós temos filas e filas de gente no Brasil precisando fazer cirurgia trauma-ortopédica, cirurgia vascular, cirurgia cardíaca, as mais variadas cirurgias, hemodiálise e não conseguimos? Por que só conseguimos financiar uma parte do setor privado? Não temos dinheiro para financiar tudo e não vamos nunca ter dinheiro para financiar tudo. Esta é que é a questão. Continuamos com um sistema com a gestão do trabalho absolutamente irresponsável, trabalhadores mal tratados, mal remunerados, precarizados, com diferença brutal de salários onde um ganha 20 mil, outro 500 reais. O sistema não pode ser viabilizado desta maneira, está errado. Um sistema que ainda é utilizado como moeda política e está aí governo Lula submetido a pressões insustentáveis da sua “base de apoio”, para ocupar os cargos de mando da saúde.

Não pode funcionar desta forma, e ainda querem criar outro instrumento que facilita e aprimora isso que são as tais das fundações, que vamos debater um pouco depois, então é um sistema que com esses graves gargalos não tem mais como avançar e é por isso que nós aprovamos nossa agenda política e vamos viajar o Brasil todo. Eu tenho o calendário de realização das caravanas, não estou lembrado da data do Rio Grande do Sul, mas vocês vão ter bastante tempo para fazermos uma caravana aqui com muito mais gente do que os outros estados estão fazendo, o Maranhão por exemplo tinha mais de mil pessoas, o Ceará ontem mais de mil pessoas também, e o grande objetivo nosso é fechar com chave de ouro em dezembro na Câmara Federal, convocando os parlamentares do governo Lula a consertar aquilo que não está funcionando corretamente para que comecemos o próximo ano com o sistema mais avançado, mais qualificado, e mais sintonizado com o que a gente defende. Então essa é a mensagem que a gente quer deixar com vocês, parabenizando todos pela realização da plenária, particularmente o Conselho Estadual de Saúde deixando bem claro que mais tarde a gente vai ter um debate que tenho certeza que pelo que eu estou percebendo vai ser bem interessante, bem quente sobre as fundações de direito privado que é um retrocesso inominável no nosso entendimento, inclassificável, para as pessoas, para militantes e governos que se dizem comprometidos com o SUS, muito obrigado.

Passamos a palavra à Secretária Adjunta de Estado da Saúde Arita Bergmann:

Arita Bergmann: Ao participarmos da abertura da XIII Plenária, neste ambiente e lembrando muitas outras plenárias, pelo do ponto de vista físico nós tivemos um avanço, está fresquinho. Então nós gostaríamos de em nome da Secretaria Estadual da Saúde, em nome do Secretário Osmar Terra, saudarmos a comissão organizadora através da Jaqueline, saudarmos a liderança do Presidente do Conselho Estadual da Saúde Carlos Duarte. O Conselho Estadual ao não abrir mão desse importante espaço de debate, ratifica a importância do controle social na consolidação do SUS e ao ouvir o Presidente do Conselho Nacional Francisco Batista Júnior, dos perigos, das ameaças, eu como mantenho uma linha de coerência e muitos daqui me ouvem com uma certa frequência, já me ouviram esta semana, continuo acreditando que a força das várias representações, dos vários segmentos que compõe o controle social, usuários, trabalhadores, prestadores de serviço, governo, são sim forças ativas na defesa do SUS. Este movimento que o Conselho Nacional está produzindo, que nós gostaríamos de saudar e esperamos desde já um grande evento aqui no Rio Grande do Sul em novembro, deve ser somado a muitos outros movimentos e nós acreditamos que ele tem que começar sempre ou concomitantemente, mas ele tem que

acontecer também a partir do nível local, regional, estadual, para dar sustentabilidade ao movimento coordenado pelo Conselho Nacional de Saúde. Quando eu vinha vindo para cá, eu me lembrei de duas passagens em relação à vivência de implantação do SUS, vou relatar apenas uma. Vendo a representante do meu município, lá do Boquerão, que desde 1985-1986 participa do conselho local, depois da SIMS, pois nós começamos a nos organizar na SIMS, não sei se ela estava presente, mas para mostrar a força do controle social, da organização da sociedade civil na base local em defesa do SUS, eu vou contar um episódio por que eu a vi, por que se não eu não iria contar: Nós estávamos reunidos na SIMS, na câmara municipal de vereadores, quando um profissional da saúde foi chamado, isso há mais de 20 anos atrás, por que ele estava cobrando os partos na enfermaria, na enfermaria, que era de indigentes, que era como se chamava na época, pois não tinha SUS. Ele foi chamado e a SIMS conseguiu corrigir o problema e eu lembro que quando ele fez a defesa, o que eu não esqueci, que ele disse -estou defendendo o pão dos meus filhos- e um colono disse para ele, e eu não estou generalizando, estou contando um fato concreto, tem profissionais maravilhosos que vestem a camiseta do SUS, quando um colono disse: -O senhor sabe quanto que custa, e qual é o tempo que leva e qual é o valor de um saco de batata?", era dez ou vinte vezes menor que o valor, quer dizer, infinitamente menor, então esse exemplo mostra, pequeno vocês vão dizer, mais uma vez, mas eu acho que é um exemplo que somado a tantos outros quando hoje vemos na mídia permanentemente dizendo que a oncologia não sei onde está cobrando. Estes fatos, o controle social tem por essência em conjunto com a gestão local, em conjunto com a gestão da coordenadoria estadual de saúde, com a gestão estadual, de denunciar e nós temos que em conjunto coibir esta prática que é danosa para o SUS. Nós gostaríamos também neste evento, nesta plenária, que é sempre um grande sucesso dizermos que não é mito a redução da mortalidade infantil no Rio Grande do Sul, nas últimas três décadas ela declinou em 61%, ela só teve uma pequena estagnação entre 1997 e 2003, e se formos comparar com o estado de São Paulo como foi citado, nós continuamos sim, sempre na curva abaixo do estado de São Paulo, e eu estou dizendo isso por que se o Rio Grande do Sul conseguiu esses indicadores, os indicadores de saúde revelam a qualidade dos serviços prestados à população. É por que nós temos prestadores de serviço, profissionais de saúde, gestões públicas nos 496 municípios e temos Conselhos Municipais de Saúde responsáveis por estes avanços que são indiscutíveis no nosso ponto de vista. Então nós gostaríamos de desejar as entidades que organizaram este evento, desejar a todos aqui presentes que possamos nos dois dias revelar as nossas diferenças que sempre o fizemos, mas no espírito da democracia, no

espírito da defesa do SUS e não no espírito da disputa que muitas vezes acontece também nos territórios municipais e regionais onde os espaços são ocupados muito mais por interesses que não os verdadeiros interesses do Sistema Único de Saúde que garanta os preceitos constitucionais. Então um bom trabalho à todos, nós gostaríamos neste evento, até por que isso tem sido citado por várias representações dos municípios, e aqui saudando o Leonildo Mariane que sempre é um dos guerreiros na defesa do SUS, de que nós temos e gostaríamos de que esta plenária nos trouxesse uma radiografia de como é que está a relação do controle social a nível local e regional, com as nossas instâncias das coordenadorias regionais de saúde. Nos tragam as informações para que a gente possa, em conjunto, buscar as alternativas para a melhoria não só das relações mas das condições de atuação dos referidos espaços de discussão. Esperamos que em breve possamos retomar junto com o Conselho Estadual os Conselhos Regionais de Saúde que achamos que é de suma importância para este aperfeiçoamento e não vou me alongar mais por que nem queria falar tanto. Um bom dia e um bom trabalho.

Passamos a palavra ao Presidente do Conselho Estadual de Saúde Carlos Alberto Ebelim Duarte:

Carlos Alberto Ebelim Duarte: Queria saudar a todas as pessoas aqui presente, em especial aos conselheiros municipais de saúde, os conselheiros estaduais de saúde e os participantes desta nossa XIII Plenária Estadual de Conselhos, saudar o Francisco Batista Júnior, Presidente do Conselho Nacional de Saúde, com quem eu tive a honra de dividir o plenário do Conselho Nacional, saudar a Dr^a. Arita Bergmann, Secretária Adjunta de Saúde, o professor Mariane, conselheiro Estadual representando a FAMURS, e a Jacqueline da Silva Dutra, conselheira do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas, Coordenadora da Plenária Estadual do Rio Grande do Sul e nossa representante na Plenária Nacional, e em nome da Jaqueline saudar a toda a equipe que trabalhou na elaboração desta plenária e que com certeza será um grande sucesso. Queria antes de mais nada me apresentar um pouco para os demais conselheiros municipais aqui, que muitos a gente ainda não se conhece diretamente. Eu assumi a presidência do Conselho Estadual de Saúde em agosto de 2008, cheguei ao Conselho Estadual de Saúde em 1997, representando os usuários na vaga dos portadores de doença, representando o Grupo de Apoio à Prevenção a AIDS do RS (GAPARS), fiquei no conselho até 2001 quando fui representar o movimento nacional de luta contra a AIDS no Conselho Nacional de Saúde, ficando até 2005 quando me afastei do movimento social, digamos assim, na parte de usuário e fui trabalhar no programa nacional de

DST/AIDS do Ministério da Saúde, conhecendo um pouco o lado da gestão. Em 2007 voltei ao Rio grande do Sul e hoje estou aqui na Presidência do Conselho que muito me orgulha, dividindo a mesa diretora do conselho com mais 7 conselheiros representando os usuários, trabalhadores e prestadores e gestores. Este espaço é um importante espaço de reafirmação do controle social do estado do Rio Grande do Sul, a gente sabe que Júnior já falou muito sobre as dificuldades que a gente vem encontrando hoje no SUS, não quero repetir as palavras do Júnior, mas de uma certa forma é sempre bom lembrar as dificuldades que a gente vem passando, a gente tem dificuldades hoje com relação ao controle social, a gente tem dificuldades com relação à gestão, a gente tem dificuldades e relação ao sistema, e ao longo desses 20 anos do SUS essas dificuldades só não são maiores, e a gente só na retrocedeu no SUS por essa força que nós, enquanto conselheiros de saúde e militantes na área da saúde, temos na defesa deste sistema. Se hoje nós não retrocedemos mais foi em função disso, muitos ataques a gente teve aos princípios universais do SUS de quererem mexer com universalidade, integralidade, descentralização, com o controle social e a nossa força fez com que não tivessem o êxito que pretendiam ter, então, hoje pode parecer que nós somos poucos, mas se nós somos poucos. nós somos muito fortes, e não somos tão poucos assim, aqui no Rio Grande do sul nós somos em torno de 10 mil conselheiros, se a gente pensar que temos 496 municípios, em torno de 20 conselheiros por município a gente poderia fazer uma média de mais ou menos 10 mil conselheiros, a gente consegue hoje articular em torno de 250 conselheiros em uma plenária isso pode parecer pouco mas já é bastante, por que a gente sabe das dificuldades que se tem hoje de um conselheiro conseguir representar o seu conselho muitas vezes por desarticulação do conselho, muitas vezes por dificuldades impostas pela gestão. À pouco eu estava conversando com uma conselheira presidente de um Conselho Municipal e ela dizia que não conseguiu trazer mais conselheiros para cá por que os conselheiros não conseguiram dispensa dos seus trabalhos para virem à esta plenária e a gente sabe que o trabalho de conselheiro é um trabalho de relevância pública, ta na constituição, ta garantido a liberação do seu trabalho para virem representar os conselhos de saúde para fazerem esta representação tão importante e mesmo assim a gente não consegue. Então se temos hoje, nem quero dizer 10 mil pessoas, isso seria utopia, mas que a gente tivesse mil conselheiros aqui, e a gente não tem, não por falta de vontade do conselheiros, mas pela dificuldades que são impostas pelo próprio sistema para fazer com que os conselheiros consigam cumprir com suas atividades. O Júnior falou aqui, da questão das fundações, a gente tem hoje um problema sério com relação à questão das fundações e um desrespeito ao controle social, até mesmo por parte do

Ministério da Saúde quando insiste com a questão das fundações quando tanto o Conselho Nacional de Saúde quanto a XIII conferência Nacional de Saúde já se posicionou contrária as fundações e esta é uma matéria que continua sendo defendida pelo Governo Federal e pelo Ministro da Saúde. Poderíamos citar vários exemplos aqui de dificuldades que a gente tem hoje e de ataques ao SUS, outro problema a questão de financiamento é uma dificuldade, aqui no estado do Rio grande do Sul agora nesta semana na quarta feira nós tivemos uma audiência pública na assembléia Legislativa na comissão de saúde da assembléia onde se estava discutindo a questão de orçamento público no estado do Rio Grande do Sul, e o que que são e não são ações e serviço sem saúde pública, o estado do Rio Grande do Sul é o estado que menos investe em saúde no Brasil, em torno de 6%. Hoje menos de 6%, é o estado que menos investe segundo o SIOPS (Sistema de Informação em Orçamento Público em Saúde), isso se a gente for fazer a comparação com a EC 29, deveria estar aplicando 12%, e dentro dos princípios do que são ações e serviços de saúde colocados pelo Conselho Nacional de Saúde através da Resolução 333, pela Constituição Federal e os princípios da universalidade e da igualdade. Então nós temos diversas dificuldades hoje, Quando a gente vê os temas que nós vamos discutir durante esses dois dias, fundações, ou seja, privatização e terceirização, financiamento, EC 29, gestão através do pacto de gestão, controle social através tanto da análise do histórico das plenárias, quanto na mesa de amanhã sobre controle social e gestão, vemos que são temas recorrentes em todas as plenárias de saúde que a gente fez até hoje nesses 20 anos e cada vez mais a gente tem que discutir isso e a gente tem que avançar com essas questões, se não parece que a gente fica discutindo e não avança, mais é importante também lembrar que nós temos que sair daqui hoje e amanhã, muito mais articulados que nós chegamos hoje, muito mais fortes que nós chegamos e deixar questões menores de lado e a gente trabalhar efetivamente para a defesa do Sistema Único de Saúde de forma articulada e parceira. Desejo então neste momento que a gente tenha um excelente trabalho nesses dois dias e que realmente a gente saia daqui com o controle social no Rio grande do Sul de uma forma muito mais articulada e forte e que a gente possa fazer e apresentar lá em novembro também quando a gente fizer, receber a caravana da saúde em defesa do SUS aqui no estado, que a gente consiga mostrar esta mobilização, obrigado e bom trabalho para todos nós.

Após ouvir o Hino Rio-Grandense foi dado encerramento a solenidade de abertura e ao desfazer a mesa solicitando que permaneça a Coordenadora Estadual de Plenárias de Conselhos de Saúde Jaqueline da Silva Dutra, que coordenará a próxima mesa, sendo convidada para compor a mesa senhora Adalgisa Balsemão, o Presidente do Conselho

Estadual de Saúde e o Presidente do Conselho Nacional de Saúde para apresentarem o movimento de plenárias.

Jaqueline Dutra: Conselheiros e conselheiras, nós estamos nos preparando para a leitura do regimento interno desta XIII Plenária de Conselhos de Saúde. Lembramos a todos que o regimento interno encontra-se na pasta, junto ao material que os conselheiros receberam. Conselheiros nós vamos proceder a leitura do regimento interno e a mesa de apoio vai estar atenta a qualquer sinalização da plenária, qualquer manifestação será anotada. Eu pediria para que os conselheiros se pronunciassem ao fazer alguma intervenção para que a comissão, a mesa de apoio, pudesse estar anotando o nome de quem está querendo intervir, se for o caso de haver alguma necessidade de intervenção. Nós vamos fazer os destaques durante a leitura, após a leitura nós retomamos ponto a ponto os destaques. As pessoas que quiserem acompanhar a leitura da proposta de regimento interno, a mesma também está sendo projetada. Os artigos do regimento interno que forem lidos e não forem destacados serão considerados aprovados.

Proposta de regimento interno. XIII Plenária de Conselhos de Saúde do Rio grande do Sul. Capítulo 1º- Da programação: A XIII Plenária Estadual de Conselhos de Saúde do Rio grande do Sul (XIII PECS-RS), será desenvolvida através das mesas temáticas seguidas de debates às quais se regerão por este regimento aprovado na mesa de abertura; Art 2º: As mesas temáticas serão organizadas conforme programação prévia encaminhada pela comissão organizadora; Capítulo 2º- Do credenciamento: Art 3º: O credenciamento inicia-se às 08:00h e encerra-se às 14:00h do dia de 27 de março 2009; Capítulo 3º- Das mesas de trabalho: Art 4º: As mesas temáticas, além do painalista, disporão de um mediador que coordenará s trabalhos e de dois relatores indicados pela comissão organizadora; Parágrafo 1º: Os painelistas disporão de até 20 minutos para exposição; Parágrafo 2º: Será facultado a qualquer conselheiro ou participante manifestar-se verbalmente ou por escrito, durante o período de debates mediante perguntas ou observações pertinentes ao tema; Parágrafo 3º: O tempo máximo de cada intervenção a que se refere esta seção anterior será de 3 minutos improrrogáveis; Capítulo 4º- Do relatório final: Art 5º: Caberá a comissão organizadora indicar a comissão de relatoria que organizará o relatório final da XIII Plenária Estadual de Conselhos de Saúde do Rio grande do Sul; Parágrafo 1º: A comissão de relatoria indicará 2 relatores para acompanhar o trabalho de cada mesa temática; Art 6º: O relatório final será o relato na íntegra da XIII Plenária Estadual de Conselhos de Saúde do Rio grande do Sul; Capítulo 5º- Das Moções: Art 7º: As moções encaminhadas para a comissão organizadora

deverão ter assinaturas correspondentes a 20% do número total de conselheiros presentes; Parágrafo 1º: Cabe a comissão organizadora receber as moções e fazer a leitura das mesmas, antes do encerramento da XIII Plenária Estadual de Conselhos de Saúde do Rio grande do Sul, para a apreciação do plenário; Parágrafo 2º: As moções serão aprovadas por maiorias simples dos votos; Capítulo 6º- Das disposições finais: Art 8º: Os casos omissos serão resolvidos pela comissão organizadora cabendo recurso ao plenário.

Jaqueline Dutra: Quanto as moções, não se defendem, ou se aprovam ou não se aprovam, então é importante que os conselheiros estejam atentos. Para esclarecimento, nós temos uma comissão de relatoria para orientar os conselheiros no caso de dúvida, para montar uma moção ou organizar o texto.

Carlos Duarte: Lembrando sempre que as manifestações dos conselheiros da platéia, por favor que sejam sempre feitas no microfone, em função da gravação do evento, por que todo o evento está sendo gravado. Então quando houver manifestação que seja no microfone. Nós temos apenas um destaque, o conselheiro Paulo com relação ao Parágrafo 3º do Art 4º, por favor no microfone:

Paulo Michelin: Meu nome é Paulo Michelin , sou conselheiro estadual de saúde pelo Fórum Gaúcho de Saúde Mental, Nesta questão do tempo máximo de cada intervenção. Aqui se refere que é de 3 minutos improrrogáveis não é? Eu acho que poderia tirar esse improrrogáveis aqui e dar uma tolerância, um acréscimo além desse tres minutos, dependendo, as vezes não tem necessidade disso ai, mas se houver uma necessidade, as vezes o tema é muito abrangente, então dar um acréscimo de um minuto a esses tres minutos, de tolerância, seria interessante, mas não retiraria os tres, apenas daria um acréscimo caso seja necessário, ai tiraria esse improrrogáveis.

Délcio: Concordo plenamente com o Paulo e acho que deveria ser 5 minutos por que é muito amplo e daqui a um ano só que vai ter de novo.

Carlos Duarte: Esclarecendo, quem levantou para fazer proposta, quem fez destaque foi só o conselheiro Paulo, a defesa dele foi de manter os tres minutos e propor um minuto de prorrogação, por isso que eu estou perguntando, é defesa ou é manutenção? O seu é uma nova proposta, o senhor está propondo cinco minutos, não estava escrito para fazer isso.

Uma defesa de manutenção do texto, só estamos seguindo o regulamento. Defesa de manutenção do texto e depois a gente passa para votação.

Conselheira Lumen Celli, de Gravataí:

Lumen Celli: A minha defesa é de manutenção do texto, por que é um encontro rico para bastantes debates, mas que se a gente passar de tres minutos, nós passamos a discursar no microfone e nós perdemos a noção do que a gente tem a discutir, tres minutos bem falados, é suficiente.

Carlos Duarte: Nós temos duas propostas uma é manutenção e a outra é alteração, então nós vamos primeiro para essa votação. Se houver alteração, a gente vota a alteração proposta pelo conselheiro, mas primeiro é manutenção do texto ou alteração do texto. A plenária está esclarecida? Em regime de votação. Os conselheiros aqui presentes que votam pela manutenção do texto conforme o regimento, por favor levantem seus crachás. Obrigado. Vamos ver se dá para fazer por contraste: aqueles que votam pela alteração do texto por favor levantem seus crachás. Por contraste, mantido o texto da forma como está, tres minutos para cada intervenção, improrrogáveis. Como este era o único destaque vamos colocar agora a aprovação do regimento interno como foi lido. Então em regime de votação: aprovação do regimento interno, quem aprova o regimento interno levante seus crachás. Obrigado. Quem é contrário a aprovação? Obrigado. Abstenções? Então foi aprovado o regimento interno por unanimidade. Passamos agora para a próxima mesa que é o Movimento de Plenárias do Rio Grande do Sul.

Jacqueline Dutra: Conselheiros esta mesa será formada por mim, Jacqueline da Silva Dutra, Coordenadora de Plenárias do Rio Grande do Sul e por Adalgiza que vai iniciar os trabalhos de apresentação da mesa de discussão do tema, que é o Movimento de Plenárias do Rio Grande do Sul. Então passo agora a palavra à Adalgiza que é quem vai começar a apresentação.

Adalgiza Araújo: Bom dia a todos e a todas, quero primeiro agradecer o convite por estar aqui e tratar um pouco da questão do resgate histórico das plenárias de conselhos. Para começar essa nossa fala, queria ter uma idéia dos participantes do plenário. Quantos já participaram de outras plenárias estaduais de conselhos de saúde aqui do Rio Grande do Sul aqui levantem o braço. Obrigada. Quantos estão participando pela primeira vez? Legal.

Quantos já participaram de plenária nacional de conselhos de saúde? Ok. Então o que nós vamos conversar agora é sobre a história que os conselheiros e conselheiras do Rio Grande do Sul construíram ao longo desses 20 anos aqui no nosso Estado, sobre articulação entre os conselhos de saúde. Começamos aqui e foi bem legal fazer esse trabalho por que nos faz também escrever um pouco da história que o conselho de saúde esta ajudando a fazer. A I Plenária Estadual de Conselhos de Saúde no nosso estado aconteceu no ano de 1990 e naquela época ainda não tinham todos os conselhos municipais de saúde instalados em funcionamento, como a Arita falou, naquela época eram as CLIS e as SIMS, a CLIS era estadual, então foi a primeira plenária estadual de CLIS, conselhos municipais de saúde que já estavam acontecendo e SIMS em todo o Rio Grande do Sul. Ela foi realizada na Assembléia Legislativa do estado do Rio Grande do Sul, eu quero confessar a vocês que eu tive o prazer de estar nesta plenária. Naquela época a SIMS de que eu participava era a SIMS de Viamão, tem alguém do conselho de Viamão aqui hoje? Legal. Então, os temas que foram debatidos já naquela plenária foram: A composição dos conselhos; A organização e o funcionamento desses conselhos de saúde, aqui estaduais e municipais, que naquela época já se discutia; A competência e atribuição dos conselhos; e o SUS. A II Plenária aconteceu no ano de 1991, então só para nós termos uma idéia de que já naquela época os conselheiros já faziam o que estamos fazendo aqui hoje. Então em 1991 foi realizada na cidade de Santa Maria, organizada pelo Conselho Estadual de Saúde nos dias 28 de fevereiro a 2 de março, isso aqui é legal saber também por que a gente sempre acha que no mês de férias a gente não organiza nada não é, em 1991 Conselho Estadual de Saúde organizava sim no mês de fevereiro. O tema central era a avaliação do SUS no Rio Grande do Sul, a necessidade de uma lei orgânica, aqui em 1991 nós já discutíamos a lei orgânica da saúde. Depois os temas que foram debatidos em grupos também a participação social, a municipalização da saúde, é um tema que nós temos discutido durante esses anos, financiamento do SUS, olha aqui ó, em 1991, hoje ta na nossa plenária financiamento do SUS. Os participantes foram 93 municípios totalizando 101 participantes nessa II Plenária Estadual. A III Plenária, que nós já chamamos de Encontro Estadual de Conselhos, é importante saber que ao longo da história às vezes nós escrevemos os nomes um pouco diferentes, na nacional nós vamos ver depois que é assim também que acontece. Então III Encontro Estadual dos Conselhos de Saúde do Rio Grande do Sul, realizado também pelo Conselho Estadual foi em 1994 no auditório da Assembléia Legislativa em Porto Alegre. Tivemos 266 participantes e 105 municípios, os temas: Gratuidade e orçamento da saúde, e olha quem debateu esse tema, na época os que eram candidatos ao governo do estado. Os

conselheiros que participaram lembram que estavam os candidatos a Governador e os conselheiros de todo o estado do Rio Grande do Sul debatendo a questão da gratuidade e orçamento da saúde naquela época nós debatíamos os 10% para a saúde; As experiências dos conselhos municipais a gente sempre trazia o conselho para mostrar a experiência do conselho de pequeno porte, de médio porte e de grande porte para explicar para os outros conselheiros como é que estava funcionando o SUS no seu município; outro tema muito importante também foi à questão do meio ambiente, a questão dos agrotóxicos que aqui foi debatido pelo nosso grande mestre Flávio Levigoi, nosso conselheiro. Depois em 1995 foi outro Encontro Estadual, também chamamos desta forma e foi realizado pelo CES em Capão da Canoa, cidade do litoral. Os temas foram esses: Construindo um modelo de atenção para a qualidade de vida; Municipalização; Experiências de conselhos municipais que estivessem na gestão insipiente, parcial, semi-plena, alguém lembra dessas formas de gestão que nós debatíamos; E nós debatendo também sobre a visão do conselho e do gestor o papel do conselho de saúde no SUS e a revisão constitucional e suas conseqüências para o SUS. Vocês lembram que naquela época o grande debate era a mudança na constituição, e nós debatíamos esse tema. Em 1997 realizamos o V Encontro Estadual de Conselhos de Saúde, também na Assembléia Legislativa, tivemos 305 delegados e um total de 477 participantes no evento. Os temas eram: O papel do conselho na construção do SUS; O papel do Ministério Público; Capacitação de conselheiros; Os conselhos e a municipalização; O Financiamento para o setor da saúde; A NOB-SUS 01/96; Os planos de saúde; Também foi debatido a lei de orçamento (LDO), que foi tema debatido nos anos 90 por muito tempo pelos conselheiros do nosso estado. Em 1998 o VI Encontro, lembrando que nós estamos no XIII, então esta aqui foram a história dos anos 90. Em 1998 o VI encontro no auditório da Assembléia com esse total de participantes. Os temas debatidos: A proposta de Emenda Constitucional, a PEC 169/93, quantos de nós debatemos, fizemos abaixo assinado para que a PEC 169 fosse aprovada e é essa que hoje nós conhecemos e que está na constituição do Brasil que é a EC 29, então nesse período nós discutimos por que ela vem desde 1993 nesse debate de vinculação de verbas para a saúde no Brasil; Outro foi os conselhos municipais e a municipalização, aqui com o debate a partir dos conselhos de Santo Augusto, Pelotas e Alegrete, foram conselheiros convidados para fazerem o debate sobre a municipalização. Aqui teve um evento bem importante também que a plenária de conselhos trouxe, a participação do Banco do Brasil para explicar o convênio feito entre o Banco do Brasil e o Ministério da Saúde, naquela época nos anos 90, onde os conselhos passaram a ter acesso aos fundos municipais de saúde e o extrato da conta bancária, o que muitos

tinham dificuldade de ter. Então aqui veio pessoal do Banco do Brasil para informar como se operacionalizava o acesso as informações financeiras para os conselhos de saúde. Em 1999 tivemos o VII Encontro que também foi no auditório da Associação Médica do Rio Grande do Sul - AMRIGS, ali na Ipiranga, muitos participaram. Os temas também foram a questão do funcionamento das Secretarias Municipais de Saúde; Fundos; Trabalhadores de saúde; Controle social; Capacitação de Conselheiros e Ministério Público, é um tema que tem vindo sempre nas plenárias de conselho aqui no Rio Grande do Sul; outros temas foram debatidos nos grupos foram Saúde do trabalhador, saúde mental, saúde da mulher, DST/AIDS, meio ambiente, conselhos regionais de saúde, fundos municipais de saúde, planos municipais de saúde. Sempre nas plenárias também os conselheiros buscando subsídios para desempenhar o seu papel nos conselhos de saúde. Nos anos 2000 então agora, 2001 foi a VIII Plenária e aconteceu na sede campestre do SESC, aqui em Porto Alegre. Tivemos 101 municípios credenciados e um total de 291 participantes. Os temas também era controle social; conselho gestor, nesta nós tivemos uma grande polêmica sobre a questão do conselho gestor no Conselho Estadual de Saúde, a plenária pautou; o controle social na gestão do SUS; a organização das diferentes instâncias do controle social; proposta de organização e funcionamento das plenárias. Ai já estavam acontecendo as Plenárias Nacionais, então nós discutimos aqui no estado e levávamos propostas para a Plenária Regional e Estadual; A Resolução 33 na época, que é dos anos 90, que hoje é a Resolução 333, que todos os conselheiros conhecem. Em 2002 tivemos a IX Plenária Estadual de Conselhos de Saúde que aconteceu também na sede do SESC, com o total de 247 participantes. Os temas debatidos: Capacitação ampliada de conselheiros; Apresentação de experiências da capacitação e câmaras técnicas; Mais uma vez o item três, debate com os candidatos ao Governo do Estado que ficaram para o 2º turno, então vieram os dois candidatos para fazer o debate com os conselhos de saúde sobre a questão do SUS aqui no Rio Grande do Sul, aqui nós debatíamos as verbas para o SUS, os 10% para a saúde, enfim, as questões da EC 29. Em 2004 tivemos a X Plenária Estadual, foi na sede da FETAG, que é a nossa importante entidade, também dos trabalhadores rurais e que faz parte do Conselho Estadual de Saúde, FETAG que é Federação dos Trabalhadores da Agricultura. Tivemos um total de 247 participantes. Os temas debatidos foram: Recursos Humanos do SUS, um tema muito debatido, hoje na mesa de abertura também voltou a questão da importância dos trabalhadores da saúde no SUS; O controle social na gestão; Sistema Jurídico; Financiamento, aqui já estava aprovada a EC 29; A organização e funcionamento; controle social; Plenárias, funcionamento das Plenárias de Conselhos; Aqui já a Resolução 333, teve

uma plenária em que a pauta era debater artigo por artigo da resolução do Conselho Nacional de Saúde, sobre a organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde, que em 1992 foi a Resolução 33, que aqui já estava aprovado, nós debatemos a Resolução 333/2003; Troca de experiência de conselhos municipais e regionais de saúde. Agora a XI foi na sede da FEPAGRO, no auditório da FEPAGRO que é a Secretaria Estadual de Agricultura, foi lá que nós organizamos esta plenária. Os temas debatidos foram: Os Recursos para a saúde; EC 29; PACS e PSF, enfim o modelo de atenção; o papel dos conselhos; foro de entidades; organizações sociais; nesta plenária foi eleito o representante na coordenação Nacional de Plenárias de Conselhos; e aprovado o manifesto alusivo ao dia Mundial da Saúde. nesta plenária aqui, se a minha memória não me falha, foi eleito o conselheiro Salvador, de Santa Maria que foi o nosso representante na Plenária Nacional. Em 2006 realizamos a XII Plenária Estadual de Conselhos, lembrando que nós estamos na XIII, então a anterior a essa foi a XII, foi na sede campestre do SESC em 2006, total de delegados foram de 296. Os temas abordados foram: A portaria do Ministério da Saúde que trata das diretrizes do pacto pela saúde; O controle social; Educação permanente, que é um tema que os conselheiros tem que discutir em todas as plenárias, nos municípios também. Aqui a plenária final elegeu um representante do estado na coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, foram eleitos nesta plenária, a conselheira Jacqueline da Silva Dutra, como titular e o conselheiro Lotário Chindevem como suplente, a Jacqueline que é nossa representante hoje aqui, sendo que amanhã teremos eleição também, um momento importante dessa plenária. Dentro desses anos de Plenárias Estaduais, foram realizadas 2 da região sul, por que quando começaram as Plenárias Nacionais não era essa representação, não era um representante por estado, dos 26 estados da federação como é hoje. Naquela época eram 2 representantes por região. Então nós éramos a região sul, nós temos 3 estados e tínhamos direito a 2 conselheiros, no início era 1 por região. Então, as 2 plenárias de região, a primeira foi em Florianópolis e a nossa divisão era de 50 conselheiros por estado. Então eram 50 do Rio Grande do Sul, 50 de Santa Catarina e 50 do Paraná, para não haver diferenciação grande de oportunidades para eleger os representantes. Nós elegiamos também em nacional. Então aqui os temas foram: Efetivando o controle social na região sul; é importante destacar a NOB de recursos humanos, a plenária regional debateu a questão dos recursos humanos no SUS e em plenárias de encaminhamento. depois durante cada plenária da região nós fazíamos uma reunião por estado para ver os encaminhamentos por estado. Em 2001 a segunda Plenária Regional foi aqui no nosso estado, nós sediamos. Foi um total de 150 participantes. Também com os temas aqueles que nós debatemos nas

nossas nossas estaduais. Financiamento, vale lembrar que consta em todas as plenárias, tanto estadual quanto regional, hoje também está na pauta desta plenária. Aqui fiz um resgate de datas de Plenárias Nacionais, a primeira Plenária Nacional de Conselhos, vocês lembram que a nossa primeira foi em 1990, que eram as SIMS, os conselhos, 1990 e 1991 que foi a primeira e a segunda. A nacional foi em 1995 quando nós realizamos o I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, que foi realizado em Salvador, na Bahia, e nós do Rio Grande do Sul fomos com uma delegação de mais de 40 delegados, 48 me parece entre conselhos municipais e o estadual, reunindo com os conselhos do Brasil inteiro. Tem algum conselheiro que participou do I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde? Muito bem, legal, estivemos lá não é! No primeiro congresso se nós lermos as resoluções que estão disponíveis na página do Conselho Nacional de Saúde na internete, vamos ver que foi lá que deliberou que aconteceriam as plenárias no Brasil inteiro, nós aqui já realizávamos as plenárias de conselhos. Também no Nacional tem nomes diferentes olha, primeiro foi congresso, teve plenária, depois foi encontro nacional, mas tudo isso faz parte da história que os conselheiros construíram durante esses anos. Em 1998 foi o segundo encontro, 2008 foi a XIII Plenária, é importante lembrar que em alguns anos se realizou mais de uma plenária de conselhos, 1997, 1998 duas, 1999 duas. Enfim depois passou a ter uma por ano e hoje a previsão é que se tenha uma por ano. então as plenárias foram criadas por deliberação do I Congresso, que aconteceu em Salvador, na Bahia. Durante esses anos foram construindo essa história fortalecendo o controle social do SUS, nos municípios, em cada região, em cada estado e no âmbito nacional. Hoje o Presidente do Conselho Nacional de Saúde citou aqui as caravanas que o Conselho Nacional de Saúde está realizando, indo a cada estado fazendo a defesa do SUS e nós certamente estaremos participando desse importante trabalho e dessa importante articulação nacional. A plenária que começou a eleger a coordenação nacional foi em 1997, desde 1997 a coordenação da plenária se reúne tentando realizar essas plenárias nas regiões, nos estados que hoje, apartir do ano de 2000 ou 2002 que são representações por estado. Então é responsabilidade dos conselheiros de saúde do nosso estado eleger a coordenação nacional e essa é uma das tarefas e conta na pautas que vocês vão estar realizando nesses dois dias. Esse histórico o Conselho Estadual de Saúde, nós juntamente com a Dr^a Maria Helena que está aqui e a Márcia Hensquel estamos escrevendo e tentando escrever no conjunto a história do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do sul e certamente essa será uma das partes importantes desse trabalho que nós quisemos trazer à vocês, para que os conselheiros conheçam a história que está sendo construída e que tenham cada vez mais responsabilidade com a história que

vocês estão construindo daqui para frente. Um abraço a todos, obrigado.

Jaqueline Dutra: Bom pessoal, continuando o trabalho que a Adalgiza iniciou, vou falar um pouquinho sobre o movimento de Plenárias no Rio Grande do Sul, o momento atual do movimento de plenárias no nosso estado, como surgiu e qual a finalidade da coordenação. A Adalgiza já passou para vocês que em 1997 durante a IV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde foi instituída a coordenação da Plenária Nacional de saúde da qual eu faço parte representando o Rio Grande do Sul, neste momento com a finalidade de fazer este intercâmbio entre os conselhos municipais, estadual e nacional. Então esta é a finalidade da coordenação de plenárias, coordenação está que mais uma vez quero frizar que eu represento o estado do Rio Grande do Sul. Então, em 1997 foi instituída essa Coordenação Nacional. Em 2001 foi aprovado no Conselho Nacional a deliberação 04/2001, que traça as diretrizes para a Plenária de Conselhos de Saúde, então repassando um pouco da legislação a nível nacional, em 2004 a recomendação 05/2004 que aprova a composição da coordenação essa a qual a Adalgiza já se referiu no histórico dela, a deliberação 04/2001, além de aprovar as diretrizes para a plenária nacional de conselhos de saúde, ela delibera sobre a composição da coordenação da plenária nacional de conselhos de saúde, naquela oportunidade, em 2001, representantes eleitos nas regiões, como a Adalgiza colocou para vocês. A recomendação 05/2004 muda essa forma de composição e a composição passa a ser por estados, então a partir de 2004 a representação passa a ser por estados e aí o primeiro coordenador eleito foi o Salvador, de Santa Maria, e na sequência eu assumi a coordenação. A situação atual, isso para vocês tenham uma idéia, no Brasil todo nós temos 25 estados e o Distrito Federal participando, então nós temos 26 coordenadores de plenária no grupo. Só temos um estado que não tem representação formal até o momento que é o estado do Acre, por uma série de dificuldades que não nos cabe aqui discutir eles ainda não conseguiram se organizar para encaminhar uma representação. Esta é a situação a nível nacional. A situação do estado do Rio Grande do Sul, da Coordenação Estadual de Plenárias de Conselhos de Saúde é uma representação eleita pela plenária do Conselho Estadual de Conselhos de Saúde a cada 2 anos. Nós temos hoje no estado 496 conselhos municipais e o conselho estadual, se a gente pensar em conselhos de saúde, e um coordenador estadual que neste momento sou eu. O que isso significa, o que significa ter um coordenador para 496 municípios, para fazer aquela articulação entre os municípios, o estado e o Conselho Nacional, quais são as dificuldades? A principal dificuldade e eu vou relatar pela minha vivência, é a comunicação. A gente tem outras dificuldades, o financiamento é também outro

problema mas que não adianta a gente ficar discutindo, tem problema de financiamento? Tem! a gente tem dificuldade de participar de eventos por falta de financiamento? Tem. Mas um outro problema que não tem nada a ver com financiamento, que não tem nada a ver com estrutura física com coisas palpáveis é a comunicação, coisas que a gente pode fazer sem ter grandes estruturas, sem ter uma base que envolva financiamento. Então como se efetiva esse intercâmbio, como que a gente faz isso? Realmente a questão é bastante delicada. Isso é um exemplo da última tentativa que eu fiz de comunicação com os 496 Conselhos Municipais de Saúde do estado, pois a minha forma de comunicação com os conselhos, talvez alguns já tenham recebido informativos que eu repasso aos conselhos, é por e-mail. Imaginar ligar para o telefone de 496 municípios, é complicado, então o e-mail é a forma mais prática, e na realidade no cadastro do Conselho Nacional de saúde, praticamente a totalidade de municípios, de conselhos municipais, tem e-mail disponível no cadastro nacional de conselho de saúde. Então dos 496 Conselhos Municipais cadastrados, eu enviei e-mail para todos, Alguns poucos não tinham no cadastro mas eu consegui contato e enviar para todos, desses: 206 e-mails retornaram. Então 206 municípios não tomaram conhecimento do informativo. 390 e-mails aparentemente chegaram ao seu destino, só que sabemos que em função do que colocamos no e-mail, da comunicação que a gente envia nos e-mail, provavelmente os municípios não estejam recebendo, por quê? Por que quando a gente encontra algum conselheiro em algum evento e pergunta, o conselheiro não tem notícia. Muitos desses e-mails aqui de cadastro, são e-mails de Secretarias de Saúde, outros e-mails são de conselheiros de saúde, são e-mail de presidentes de conselhos, de entidades de base de alguns conselheiros. É muito comum encontrarmos essa realidade e o e-mail que enviamos não chega de fato ao destino que queríamos que chegasse que é aos conselheiros, aos conselhos de saúde, ou por que a secretaria não repassa, ou por que o conselheiro já não é mais conselheiro do conselho, ou por que ele não é mais da direção do conselho e de repente por um motivo ou por outro não repassa. Então temos muitas dificuldades de comunicação, e não sou eu, coordenadora, que tenho dificuldade nesse acesso, o conselho estadual também tem. Vocês não podem imaginar as dificuldades que a gente teve para entrar em contato com os conselhos municipais para enviar o convite desse evento, até essa semana estava chegando e-mail de pessoas que não tinham recebido o convite, de conselhos que não tinham recebido o convite e que souberam de uma outra forma e que queriam saber por que não tinham recebido o convite e estavam pedindo para que mandassem o convite. Isso é uma questão muito delicada quando se fala em controle social. Então a partir daí, um grupo que começou a se organizar desde a XV Plenária

Nacional de Conselhos de Saúde, lá em Brasília, começou a discutir um pouco a questão dessa dificuldade, ou seja da principal dificuldade: comunicação. Se a gente conseguisse mobilizar os conselheiros conseguiríamos solucionar o problema de forma mais imediata, os outros problemas todos que a gente tem, como o segundo principal que é o financiamento, esse é muito mais complicado da gente solucionar, mas a comunicação é fundamental, é básica e de fácil solução. Então qual é a proposta, a proposta é descentralizar a coordenação de plenárias no estado utilizando a divisão territorial já conhecida que são as Coordenadorias Regionais de Saúde. Como seria isto então? Primeiro todos os conselhos municipais de saúde elegeriam um conselheiro em seu pleno para ser o coordenador municipal de plenárias do Conselho Municipal de Saúde, cada Conselho Municipal de Saúde teria um conselheiro que seria um elo, dentro daquele conselho, com a coordenação de plenária. Segundo, cada região delimitada pela área física essa que nós conversamos que é a coordenadoria regional de saúde, até por que é muito difícil criar áreas físicas novas, delimitar áreas físicas, então vamos usar uma que já existe, definiria um coordenador dentre esses municípios que compõe a região e definiria um coordenador desses municípios, um representante desses municípios para ser o coordenador regional de plenárias, o Coordenador da Plenária Regional de Conselhos de Saúde. Então nós teríamos um representante no município e um representante na região dentre os representantes dos municípios daquela região. Terceiro, a escolha a nível de município seria de competência do município, e isso é proposta tá. Quarto, a escolha a nível de região deverá ser acordada na forma de rodízio entre os municípios que compõe a região, devendo haver uma troca e a proposta é que essa troca seja feita a cada 6 meses. O estado do Rio Grande do Sul tem 19 regiões, denominadas coordenadorias, portanto nós teríamos 19 Coordenadores Regionais de Plenárias de Conselhos em contato direto com o coordenador estadual. Então nós teríamos 1 coordenador estadual, 19 regionais e os 496 coordenadores municipais, então temos o municipal, a regional e o coordenador estadual. Um exemplo para ficar mais fácil de entender: vamos trabalhar a 10ª região, a 10ª região tem 13 municípios. Dentre esses municípios nós teríamos 13 coordenadores municipais, um em cada município e um na região, sempre tendo um como coordenador regional, que vai ser na forma de rodízio, a cada 6 meses um representante de cada cidade e pensamos isso por quê? Por que o rodízio periodicamente? Para dar oportunidade de que todos os conselhos municipais tenham contato com a plenária de conselhos de saúde, ter contato com o movimento de plenária, envolvendo todos os municípios no movimento de plenárias, hoje temos só o coordenador estadual que trabalha, mas o elo de ligação dele que trabalha com os municípios é o e-mail,

não tem nenhuma pessoa de referência, não tem ninguém com quem ele fale diretamente a menos que a gente conheça um ou outro conselheiro. Conhecendo o conselheiro podemos ir diretamente, mas a maior parte dos conselhos não temos condições de conhecer, então a proposta é neste sentido, para que todos os municípios estejam em algum momento trabalhando mais ativamente no movimento de plenárias, dentro da região como coordenador municipal e depois em algum momento como coordenador de plenária. Então isso que eu tinha colocado, a cada 6 meses esta troca para fazer justamente este intercâmbio. O objetivo principal é proporcionar que as informações entre os conselhos se disseminem com mais facilidade e dessa forma se consiga atingir os objetivos para os quais a coordenação de plenárias foi criada, que objetivo é esse, lembram? Fazer o intercâmbio entre os conselhos municipais, estadual e nacional, então esse é o objetivo principal da coordenação de plenárias e através deste objetivo contribuir para o encaminhamento das lutas que vão trabalhar o fortalecimento do SUS e do controle social. Bom, esquematizando para tentar mostrar isso de uma outra forma. Temos aqui a 10ª região, 13 municípios, 12 município mais o município que neste momento está fazendo a coordenação da Plenária regional de conselho de saúde, então eu tenho a região organizada. Este coordenador regional vai estar permanentemente conversando com 12 municípios, conversar com 12 municípios é fácil, conversar com 496 é mais complicado, então este coordenador vai conversar com 12 municípios na região dele, quando ele sai da região para o estado o que que eu tenho, a 10ª região é uma das 19 regiões, então quando passamos para avaliar o estado como um todo, saímos da 10ª coordenadoria e passamos para o estado como um todo. Com as 19 regiões e este município que neste momento está fazendo a coordenação estadual, vão estar em contato direto com o coordenador estadual. Qual é a facilidade que temos nesse momento? Temos um coordenador estadual em contato com 19 coordenadores regionais. Então, o coordenador estadual conversar com 19 coordenadores regionais é tranquilo, dá até para pegar o telefone e ligar para aquela pessoa de referência na região ou conversar pessoalmente, de mandar e-mail. Se voltarem e-mails, não tem problema a gente liga para ver o que aconteceu, agora é difícil a gente ligar para aqueles mais de 200 conselhos que voltaram os e-mails e que não tivemos resposta. Então, assim, teríamos uma facilidade muito maior de diálogo dos coordenador estadual com os coordenadores regionais e por consequência os coordenadores regionais com os municípios da região. Então, o que que faríamos com isso, dividiríamos trabalho, o que é um fato extremamente importante No meu ponto de vista, com a experiência da coordenação, fazemos uma coisa que é tirar o foco só do coordenador, descentralizando a ação da coordenação de plenária, envolvendo todos

os conselhos, todas as regiões nesse processo que se pretende que seja o movimento de plenárias do Rio Grande do Sul. Uma questão importante para esclarecer: essa estrutura organizacional não necessita de estrutura física, cada conselheiro utilizaria a estrutura física do seu conselho municipal, é uma instância, um fórum de discussão, então não gera uma estrutura física como tem o conselho municipal, como tem o conselho regional, gera só movimento, ação e articulação. Então não vai necessitar de nenhuma estrutura extra além das que os municípios já tem para seu uso. Qual é o resultado que se espera com isso? Efetivar o movimento de plenárias de conselhos de saúde no estado, por que hoje eu como coordenadora estadual tenho que reconhecer ele é muito precário, justamente por aqueles números que eu mostrei para vocês. que eu comecei e que eu consegui o cadastro todo com a ajuda dos meus amigos técnicos do conselho nacional, que a gente conseguiu o cadastro e começou a entrar em contato, esta tem sido a realidade da minha atuação, a dificuldade de comunicação. Proporcionar o intercâmbio de informações, então esse intercâmbio de informações é o que eu tenho tentado repassar a cada reunião que eu participo, a cada evento que eu participo eu tento repassar aos conselhos municipais os assuntos mais importantes, os temas abordados, a que os conselhos tem que ficar atentos, o que tem se discutido a nível de Conselho Nacional de Saúde, quais são as novidades em termo de encaminhamentos o que está se fazendo a nível estadual e nacional, fortalecer o controle social nos municípios, por que é mais um elo de ligação do controle social, então trabalha para o fortalecimento e vai facilitar imensamente o trabalho do coordenador estadual. O começo, como que a gente começaria esta proposta para efetivar esta proposta? levar essas informações aos conselhos municipais por que tudo vai começar no município, organizar-se dentro de cada região, então tem o município depois a região, solicitar ao CES e aqui eu já tinha falado com o Carlos que discuta esse projeto e que o conselho estadual possa aprovar uma resolução, um parecer, uma sugestão a esse respeito sobre este movimento de plenárias para que isso fique registrado, fundamentado, e para que os conselhos municipais tenham um referencial para se organizar, um referencial do conselho estadual, por que lógico que essa estrutura toda que eu estou propondo passa pelo conselho estadual, não tem como ser diferente, não teria como ser diferente. A proposta inicial, a minha proposta inicial é que nós pudéssemos, nós temos hoje, eu não fiz o levantamento das coordenadorias ainda, não pedi para o pessoal, nós temos hoje presentes aqui 53 municípios e aproximadamente 150 conselheiros de saúde, muito provavelmente nós tenhamos representantes de todas as regiões, então qual é a minha proposta inicial, que saia desta plenária de forma provisória um coordenador para cada região, que cada região aqui

presente pudesse estar escolhendo um conselheiro para se organizar e para ajudar o futuro coordenador estadual a manter contato com os municípios de todas as regiões, então ficaria essa pessoa de cada região, esse conselheiro escolhido, por que não seria eleito, junto com o coordenador estadual, participando dessa organização. Então essa é a sugestão que eu estou fazendo como coordenadora estadual em final de mandato, depois de 2 anos, de tentar fazer as coisas e de encaminhar de uma forma ou de outra discutindo com o grupo de conselheiros de aproximadamente 20 cidades do Rio Grande do Sul que estiveram presentes na Plenária Nacional de Conselhos de Saúde podemos somando esforços tentar construir um esboço disso que eu estou apresentando aqui que depois foi fundamentado e organizado de uma nova forma, tudo isso pensando que dividir trabalho e somar esforços pode multiplicar resultados, então é essa a proposta, dividir trabalho, eu estou propondo que o coordenador estadual divida o trabalho com todas as instâncias de controle social e que isso sirva para que se some esforços para que a gente consiga melhores resultados, por que eu reconheço que eu consegui avançar muito pouco como coordenadora estadual do período que eu assumi até hoje, muito pouco mesmo, o que a gente conseguiu foi dar conhecimento à alguns municípios do que significa coordenação de plenárias, do que significa movimento de plenárias, por que por incrível que pareça , cada vez que eu entrava em contato por e-mail com os municípios, as vezes retornavam e-mails de conselhos municipais perguntando o que era isso, para que servia, qual era a função, então a gente a medida que foi passando a gente foi se dando conta que a gente tem um número muito grande de conselhos municipais no estado e que muitos deles ainda estão enfrentando muitas dificuldades, grandes dificuldades e a medida que o tempo foi passando eu pude observar que muitas dessas dificuldades dizem respeito a falta de comunicação ou a dificuldade de comunicação entre as instâncias do controle social, dentre os movimentos de controle social. Então essa é a minha contribuição, partindo daquele histórico que é bem grande que a Adalgiza colocou para vocês, partindo dessa situação atual que nós estamos enfrentando no nosso estado, partindo da realidade que eu pude vivenciar em alguns estados do nosso país, muito especialmente em São Paulo onde eu pude acompanhar esse movimento regional, a organização regional de movimento de plenárias que já é realidade no estado de São Paulo em algumas regiões que já estão se organizando, por que São Paulo assim como o Rio Grande do Sul tem muitos municípios periféricos que também tem dificuldades de participar dos eventos do estado então o pessoal já está trabalhando também uma organização bastante semelhante já com alguns resultados e eu pude participar e observar isso e a partir daí e junto com os conselheiros do Rio Grande do Sul a gente tentou melhorar a proposta

que a gente já tinha, a gente pode trazer isso para a realidade do Rio Grande do Sul e tentar propor uma ferramenta a mais para fortalecer o controle social e conseqüentemente o nosso sistema único de saúde no nosso estado, obrigado.

Jacqueline Dutra: Conselheiros, esse assunto talvez gere um pouco de debate, nós vamos abrir para a fala de alguns conselheiros que queiram contribuir com esse assunto e lembrar, pois o Presidente do Conselho Estadual me solicitou que lembrasse, e que nós fizéssemos um agradecimento muito especial a Assembléia Legislativa do nosso estado que está nos prestigiando com toda a infra-estrutura que vocês estão observando e que já foi elogiado aqui pela Secretária Adjunta de Saúde do Estado Arita Bergmann na sua fala. Então o agradecimento nosso muito especial a Assembléia Legislativa do estado que não poupou esforços para que este evento pudesse acontecer da melhor maneira possível. Nós gostaríamos que as pessoas trouxessem seus nomes para que pudéssemos chamar ao microfone. A critério de informação, a comissão organizadora está me passando a informação de que todo o material aqui apresentado estará disponível no site do Conselho Estadual de Saúde, então não se preocupem em relação ao material que ele vai estar disponível. Primeiro Mauro. Questão de ordem, por favor, precede. Maria Helena.

Maria Helena: Bom dia a todos presentes nesta plenária, eu gostaria de um esclarecimento da organização, por que pelo regulamento diz que todos os participantes terão direito a voz e não só a voto que nós temos conhecimento que serão só os conselheiros e no momento foi dito pela Jacqueline que deveriam ser só os conselheiros que se manifestassem no caso de um debate, então eu gostaria de um esclarecimento, até por que no regimento não consta se os participantes terão direito a voz.

Jaqueline Dutra: Desculpa Maria Helena, Talvez uma falha minha até por que temos a mania de falar conselheiros, mas são todos os participantes.

Jorge Mauro Mello: Bom dia a todos, eu sou Mauro de General Câmara, na região carbonífera. A minha contribuição primeira é a seguinte, em vez de ser dividida essa coordenadoria por CRSs, fosse dividida por região que já tenha associação de municípios, por que por exemplo a 2ª CRS, é Carbonífera, Costa Doce, Paranhana e Vale do Caí, vai começar lá em baixo e vai até lá embaixo, não tem como. Então a associação de município já tem carbonífera, costa doce, vale dos sinos, inclusive a 2ª CRS se não me engano já são

mais de 40 municípios, então acho que se fizesse essa divisão por associação de municípios seria mais tranquilo, por exemplo, vale do caí, vale do taquari, já tem associação de municípios. Em segundo, o tempo. Eu acho que se for escalar não vai funcionar, por que tem conselheiro que não vem nem aqui, não vai fazer coisa nenhuma como coordenador. Eu sei por que eu sou de uma região que já teve história no conselho, na ASSEDISA, na BIPARTITE e hoje está uma esculhambação, só vim eu. Então eu acho que deveria ser assim, se alguém se interessa vai para uma eleição, esse tempo de 6 meses não vai funcionar, 6 meses passa tão rápido que o conselheiro nem vai se comunicar com outros conselheiros, obrigado.

Jaqueline Dutra: Vitor, depois o Silas de Rio Grande, por favor se aproxinem.

Vitor Heberle: Sou Vitor, sou do Conselho Municipal de Saporanga e sou militante do SUS há muito tempo. Primeiro eu quero concordar com a divisão regional, não dá para nós trabalharmos com uma divisão como nós temos os conselhos regionais que não tem funcionado, vamos ser bem sinceros, então não adianta nós criarmos uma estrutura parecida com a que nós temos que não vai funcionar de novo, vai ser só mais uma para nós termos e depois conflitos de debates e não funciona, por isso e por aquilo. Então nós temos que clarear também qual é o papel nesse debate, qual o papel que vai ser dos conselhos regionais e que vai ser da coordenação de plenárias, se não nós vamos ter um conflito de representação que vai nos gerar mais problemas do que solução, por que os conselhos regionais, as representações dos conselhos regionais vão querer fazer o debate da saúde na região e qual é que vai ser o papel, só de intercâmbio entre conselhos, esse papel acho que tem que clarear muito bem para nós não termos mais uma estrutura a nível de conselho estadual que vai nos dar mais dor de cabeça para a coordenação estadual do conselho, para o presidente, para a mesa diretora do conselho do que solução. Então essa é a solução que eu quero colocar e essa questão que seja respeitada mesmo, concordo com o companheiro ali que falou da região até dos COREDES até dá, mas essa região que nós temos hoje é muito grande, dá muito conflito, por exemplo a 1ª coordenadoria pega de Saporanga até Guaíba, tudo aqui primeira coordenadoria, mais de 36 municípios, então vai inviabilizar. Outra questão é a troca, não dá para trocar a cada 6 meses por que quando o cara pegou o pique estar em uma relação vamos trocar o cara e colocar outro e ai já não vai mais funcionar de novo, Eu concordo que seja de 1 ano para o companheiro que vai ser coordenador.

Jaqueline Dutra: Silas, depois o Francisco de Pelotas, já se posicionem.

Silas Pereira: Muito bom dia, eu sou Silas do conselho de Rio Grande. Primeiro eu entendi que a proposta diz que os coordenadores regionais deverão estar estruturados na coordenadoria regional de saúde é isso?

Jaqueline Dutra: Só para esclarecimento o coordenador da plenária regional de conselhos de saúde ele vai estar estruturado entre os coordenadores municipais da região, essa era a proposta.

Silas Pereira: Essa é a mesma da coordenadoria regional?

Jaqueline Dutra: Isso, essa é a região.

Silas Pereira: Tudo bem, então esse coordenador na verdade ele vai se estruturar no Conselho Regional de Saúde, ele vai ficar estruturado em que então, isso pra mim ficou, ou, eu entendi que ficava na coordenadoria e ficava pensando por que na coordenadoria e não no Conselho Regional de Saúde.

Jaqueline Dutra: Ele fica estruturado sempre a nível de município, sempre a nível do município por que ele não tem estrutura física a se reportar a não ser no município.

Silas Pereira: Eu estou falando no encadeamento da rede, nos temos uma coordenadoria estadual, nós temos uma coordenadora estadual. A proposta é que nós tenhamos coordenadores regionais, esses coordenadores regionais vão estar atribuídos a eles uma quantidade de conselhos municipais. A princípio eu havia entendido que esse coordenador regional ficaria, certa forma, ligado a Coordenadoria Regional de Saúde e eu estaria entendendo que isso não seria possível, ficar ligado a coordenação, ou melhor, ao Conselho Regional de Saúde, mas se não ele fica solto, por exemplo, a coordenadora nacional está ligada a que, ao conselho estadual, ela não está solta e o coordenador regional ele tem que estar ligado a alguma coisa, ele não pode ficar solto, se não ele fica solto, se não ele fica ligado ao Conselho Regional de Saúde da sua região. Proporia também que a eleição desse coordenador se dê no âmbito do Conselho Regional de Saúde e não nesse plenário hoje, até

por que os conselhos não estão todos aqui, seria no âmbito do próprio conselho regional. Também me associou a proposta de que o tempo não seja de 6 meses, é um tempo muito curto, então eu me associo também a proposta de 1 ano.

Jaqueline Dutra: Francisco e depois o Carlos do CES. Eu gostaria de informar que em função de nós termos o teto do meio-dia, nós estamos encerrando as inscrições até para tentar cumprir o horário da tarde.

Francisco Roig: Bom dia a todos e a todas, Francisco do Conselho Municipal de Pelotas, seguimento usuário. Primeiramente eu gostaria de parabenizar a Jaqueline, ela vem fazendo, a gente vem acompanhando, a gente é da mesma região, ela vem fazendo um trabalho, tentando fazer um trabalho e ela coloca muito bem a dificuldade que se tem hoje de se manter contato com outros municípios. Eu só vou discordar um pouco do ponto da Jaqueline como o Silas colocou, se nós temos já estruturas prontas, temporariamente desativadas por uma resolução do conselho estadual, que na minha maneira de ver é arbitrária, mas não cabe discutir aqui nesse momento esse ponto, eu tenho a idéia que os conselhos regionais tem que retornar e com toda a força possível por que só eles no interior do estado que trazem os usuários para as conferências estaduais e nacionais. Então os conselhos regionais dentro do nosso contexto estadual, o primeiro estado a formá-los, a Adalgiza ali presente foi a mãe originária da formação desses conselhos e hoje por motivos não sei quais ela está meio contra, mas eu acho que ela vai concordar.

Adalgiza Araújo: Questão de ordem, dizer que eu sou contra os conselhos regionais não faz parte da minha história Chico, eu espero que tu não repitas isso, eu jamais fui contra os conselhos regionais, o que o Conselho Estadual de Saúde está fazendo e eu concordo é que os conselhos municipais funcionem e que funcionem bem, junto com os conselhos regionais por que esta é a tarefa dos conselhos regionais, trabalhar para que os conselhos municipais funcionem.

Francisco Roig: Eu não vou discordar da senhora mas então nós temos uma situação atual muito grave no estado do Rio Grande do Sul, nós temos os municípios, estão em desacordo com a legislação, então todos os municípios tem que parar de aprovar qualquer tipo de assembléia e qualquer tipo de encaminhamento que sejam feitos os mesmos, se estão irregulares eles não tem condições de deliberar e o conselho estadual considera eles

irregulares, então que se faça uma comunicação e que esses conselhos parem de trabalhar nas suas co-resoluções e nas suas deliberações, se estão realmente irregulares, mas não vem ao caso, eu já disse que não é o momento da discussão. Eu quero fazer a minha proposta por que eu tenho certeza que muito em breve nós estaremos cumprindo aqueles preceitos que a Resolução 333 e a 8142 diz que estaremos funcionando novamente e que as estruturas dos conselhos regionais seja usada em prol do trabalho que a Jaqueline está organizando que é muito bom e eu acho que irá trazer muitos benefícios para o controle social, obrigado.

Jaqueline Dutra: Ao chamar o Carlos eu só vou fazer um esclarecimento que a colega Sandra aqui me alertou que não está se criando uma instância de deliberação e sim está se formalizando uma rede de comunicação. Carlos.

Carlos Duarte: Eu acho que agora foi dito tudo, eu acho que essa é uma questão fundamental. O que está sendo proposto aqui pela Jaqueline no meu entendimento é a formação de uma rede de comunicação e não uma outra estrutura de conselhos, eu acho que tem uma diferença, eu acho que tem uma questão que a gente deve levantar aqui que essa proposta está sendo discutida em nível nacional pelo o que eu entendi por que a Jaqueline me trouxe agora de manha, um pouquinho antes da fala dela, ela me disse que ia apresentar aqui uma proposta que eu ainda não discuti com o conselho, então a gente tomou conhecimento dessa proposta também nesse momento. Eu acho que essa proposta tem um diferencial no Rio Grande do Sul por que o Rio Grande do Sul tem uma estrutura regionalizada de conselhos regionais diferente de todo o resto do Brasil, se hoje nós estamos com dificuldades para funcionamento dos conselhos regionais, nós estamos tentando resolver isso, estamos trabalhando para que isso seja resolvido. Mas eu quero deixar bem claro que esta proposta no meu entendimento ela tem que ser muito mais discutida, mas ela é uma proposta de rede para comunicação e a única coisa que eu senti falta na apresentação da Jacqueline, foi que ela montou um esquema que tem os conselhos municipais, escolhem o representante regional que se articula com as 19 regiões, mas em nenhum momento naqueles esquemas que ela mostrou, ela mostra como é que o coordenador regional da plenária se articula com o Conselho Estadual de Saúde, e faltou isso, porque toda a articulação deve ser como base o Conselho Estadual de Saúde, que é nossa instância máxima de controle social no estado, e dessa forma, essa estrutura tem que estar no centro dessa questão, agora vou frisar isso novamente, essa é uma rede de

comunicação e toda a rede que favoreça a comunicação é bem vinda, não dá para pensar em estruturar uma rede, rede é rede, a rede se organiza e ela é permeável, não tem lideranças não tem nada a rede se trabalha em nível de todos somos iguais e todos trabalhamos na mesma forma em nível horizontal, não tem verticalização em uma rede, e é uma rede de comunicação, e podemos sim trabalhar em cima disso no favorecimento dos conselhos regionais de saúde, que bem como disse a Adalgiza, o Conselho Estadual de Saúde não é contrário, mas essa é uma discussão que nós vamos trazer amanhã quando estivermos discutindo sobre controle social no Rio Grande do Sul, hoje estamos discutindo só a plenária de conselhos, obrigado.

Jaqueline Dutra: Bom estão escritos ainda a Maria Letícia que é a próxima a falar por favor, a Encarnacion, Délcio, Luiz Anibal e a Eloisa, gostaria de pedir aos conselheiros que estão escritos, que se colocassem a frente para que nós possamos agilizar as falas.

Maria Letícia Garcia: Sou coordenadora do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, meu bom dia a todos os participantes e aos conselheiros nessa plenária, eu queria destacar a participação da Jaqueline por que eu acho que foi a partir da sua participação e do seu trabalho que ela encontrando as dificuldades que encontrou e que fez esta proposta de comunicação, eu concordo com que o Carlos colocou também, de que é uma proposta de comunicação para potencializar a ação dos conselheiros no nosso estado, não é, bem então a minha proposta vai no sentido de que se utilize o plano diretor de regionalização do estado que foi aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde e que hoje já é utilizado inclusive na discussão da PPI na BIPARTITE, e que esta organização, essa regionalização possa ser utilizada para essa comunicação, que a gente possa aproveitar, essa é a minha proposta, obrigada.

Maria Encarnacion: Bom dia a todos, eu sou conselheira do Conselho Municipal de Porto Alegre e também do Conselho Regional da 1ª CRS. O que a gente precisa neste momento é regularizar os conselhos regionais, por que sem ele fica muito difícil e a gente sabe que o conselho estadual está nos dando apoio nisso, mas eu vejo que enquanto não ficar regularizado, fica muito complicado, por que questão de comunicação a 1ª coordenadoria são 24 municípios e a gente não consegue falar com todos, vamos procurar assim, mudou o e-mail, é muito difícil, no momento que a gente tiver regularizado nós podemos nos organizar por que nós já temos uma sala que nos foi cedida, temos telefone e a gente encontra

dificuldade, então vamos pedir que o Conselho Estadual de Saúde nos ajude nessa organização mas que acelere o processo que a gente possa ser regularizado, por que no momento que isso ocorrer todos iremos ganhar por que são 19 coordenadorias e eu queria saber se tem alguma aqui que esteja regularizada hoje, por que nós estávamos de primeira e daqui a pouco também puxaram nosso tapete dizendo que não estávamos adequados. Nós queremos nos adequar sim, queremos estar organizados e para que essa comunicação funcione e convidar o pessoal da 1ª coordenadoria para que a gente faça uma reunião lá fora para a gente pegar o contato desse pessoal por que está muito difícil. Então que a gente faça essa reunião e nessa reunião do conselho regional, que a gente está se organizando, a gente tire uma pessoa para ser nosso representante.

Délcio: Inicialmente um bom dia todos os senhores presentes. Concordo plenamente, inclusive fui contemplado pela palavra do Carlos, pela senhora agora também, informação de outros conselheiros, os conselhos regionais existem sim, eles estão suspensos temporariamente por que estão se adequando para colocar daqui a alguns dias em funcionamento, ouço falar que daqui 1 mês, 2, 3 meses, mas rapidamente vão estar, é função do conselho regional fazer este trabalho lá no interior, é função dos Presidentes dos conselhos, por que a senhora tira a autonomia do Presidente do conselho municipal, eles também tem as suas atividades, essa rede como rede sim mas não como a senhora colocou que é gente para assumir funções do conselho regional e assumir outras funções. Esse é o esclarecimento, obrigado.

Luis Aníbal: Meu nome é Aníbal, bom dia. Sou conselheiro do Conselho Municipal de Saúde de Cachoeira do Sul, segmento usuário. Eu já fui contemplado com alguma fala, mais deixar bem claro aqui, o Carlos Presidente do conselho foi bem claro aqui, vamos discutir regional amanhã aqui que é muito importante e eu sou um dos que ajudei a construir a questão dos regionais, então estar discutindo também junto com vocês. Quero cumprimentar a Jaqueline pela proposta que ela traz, pelo sentimento que ela tem em não poder fazer mais pelo Rio Grande do Sul, em não fazer com que nós enquanto conselheiros de todos os cantos, de 496 conselhos possa ter esse entrosamento, possa estar se reunindo e ter alguém canalizando essa informação. Parabéns Jaqueline pela forma que tu estás querendo conduzir nós conselheiros, qual é a informação que a gente quer, eu quero saber e acho que nós todos queremos saber aqui por que tem algum município que o gestor está cobrando exames acima de 30 reais, que SUS é esse que nós conhecemos, que SUS é esse que exames

acima de 30 reais o município começa a cobrar do usuário, é isso que nós conselheiros estamos aqui para discutir, o que é feito com recurso público, por que os nossos municípios estão enfrentando dificuldades e tem pouco recurso hoje, e não consegue atender a demanda que tem hoje, por que o médico só me dá o medicamento se eu levar o exame e eu levo 6 meses para conseguir o exame, é isso que nós conselheiros temos que discutir e essa forma de informação, essa forma que a Jaqueline está querendo trazer para nós, vai ser uma forma de nós nos unirmos e nós discutir o que está acontecendo no nosso município e eu vou dizer, lá no meu município está acontecendo isso e isso, e ai nós vamos trocar idéia, nós conselheiros, não é uma nova estrutura, não é uma estrutura que daqui a pouco nós vamos querer ter secretária para nos atender, Nós já temos isso nos conselhos municipais, regionais, esta é uma proposta que a Jaqueline tras para nós para nós conselheiros nos unir mais e trocar mais informações.

Eloísa Alencar: Bom dia, eu não quero me repetir aqui também por que a maior parte do que eu pensava já foi dito, mas acho importante que a gente frize essa questão de ser uma rede de comunicação, já existe em alguns conselhos, não sei se é a realidade da maioria, mas as comissões de comunicação e informação dos conselhos, esse é um processo absolutamente importante para que a gente possa avançar na nossa articulação. Então Jaqueline aquela idéia com relação a proposta que foi feita eu só acho complicado esse prazo de 6 meses, acho que trocar e-mail a cada 6 meses vai dar mais confusão, então acho que a idéia de que seja um processo mais longo é mais interessante e a questão das regiões, a divisão por regiões ela é muito heterogenia, existem regiões que tem mais de 30 municípios, então um representante é ruim, essa proposta que a Letícia trouxe da gente trabalhar as micro regiões nas regiões, que já foi falado pelo conselheiro da Carbonífera, eu acho que é mais importante. Eu queria só reforçar isso e que a gente não perca essa oportunidade de nos organizarmos, a gente tem uma demanda pala frente que é a Caravana do Rio Grande do Sul, a gente precisa se organizar para isso, para que ela seja algo poderoso que possa interferir lá nas decisões lá na Emenda Constitucional.

Jaqueline Dutra: Eu acho que nós tivemos uma discussão muito rica, sugestões que se pensou que surgiriam principalmente a diferença entre as regiões, a composição das regiões, algumas tem 10 municípios e outras 40, então tem particularidades interessantes. Esse assunto não termina aqui, essa proposta vai ficar com o conselho estadual que é quem vai conduzir a discussão de hora em diante. Nós gostaríamos de informar aos conselheiros que

os trabalhos da tarde as mesas foram invertidas em função da agenda do Presidente do Conselho Nacional de Saúde e também do atraso no voo da palestrante Silvana Leite Pereira que vem do ministério e talvez chegue um pouquinho depois das 13:30 aqui. Então para não atrasarmos a mesa da tarde o início dos trabalhos da tarde, nós já contatamos todos os palestrantes e eles concordaram que a gente invertesse as mesas em especial, em consideração ao Presidente do Conselho Nacional de Saúde que gostaria muito de discutir o tema fundações até o fim da mesa, não sair até a discussão terminar. Então iremos começar impreterivelmente as 13:30, já que estamos terminando no horário, com a mesa fundações estatais de direito privado. Então gostaríamos de frisar novamente que as 13:30 estaremos começando os trabalhos e que todos na medida do possível possam estar aqui, obrigado, um bom almoço a todos.

2ª PARTE - tarde

Dando seguimento as atividades, para a mesa Fundações Estatais de Direito Privado chamamos do Grupo Hospitalar Conceição Dr. Gilberto Barrichello; do Conselho Nacional de Saúde Dr. Francisco Batista Júnior; coordenando a mesa, do SINDSEPE, Dr. Cláudio Augustin. Esta mesa também constará com a presença do Dr. Humberto Medeiros do Ministério Público Federal que chegará dentro de instantes.

Claudio Augustin: Boa tarde a todos e a todas, agora no período da tarde, na programação da Plenária Estadual de Conselhos inicia com o debate da fundação estatais de direito privado e nós vamos ter 3 debatedores do tema que é o Gilberto Barrichello do Grupo Hospitalar Conceição, depois do Conselho Nacional de Saúde Francisco Batista Júnior e depois do Ministério Público Dr. Humberto Medeiros que ainda não chegou, mas nós vamos iniciando o debate, a idéia é uma fala inicial de cada um de 15 a 20 minutos para depois dar tempo para debates com todo mundo. Serão inscrições com até 3 minutos para poder apresentar questões, perguntas, etc. Nós vamos começar em seguida com Gilberto Barrichello.

Gilberto Barichello: Boa tarde pessoal. Primeiro cumprimentar e agradecer o Conselho Estadual pela oportunidade de nós fazermos esse debate. Cumprimentar também o Júnior Presidente do Conselho Nacional, cumprimentar a todos os munícipes que estão aqui também. Esse é um tema que de fato precisa tempo para se discutir e certamente será hoje

um debate inicial. Na verdade é um pensamento do Albert Einstein que no sentido ele diz que a gente tem que estar sempre aberto a novas idéias e a fundação estatal não deixa de ser uma nova forma, uma das formas que o estado tem de fazer a gestão pública de seus serviços, que são públicos. A fundação estatal foi formatada e tem um projeto de lei complementar no congresso que vai regulamentar as áreas de atuação, ele traz por trás dela um conceito de estado, não surge assim do horizonte, é de um conceito de estado que não é de um estado mínimo, e nem um conceito de estado máximo, isto é, tudo tem eu ser estatizado no país, mais é um conceito de estado que a gente chama de estado do tamanho das necessidades da população gaúcha e brasileira, um estado que não tem um cunho intervencionista, que tem um papel de agente econômico, isto é, o estado não precisa ter fábricas de calçados, o estado tem que ter uma política econômica sustentável do ponto de vista do desenvolvimento, que trabalha sim com o equilíbrio fiscal não como um elemento definidor de qualquer política pública seja ela econômica ou social, mas é um elemento importante o equilíbrio fiscal diferente do que é aqui n estado, no estado a política fiscal faz deixar de cumprir a EC 29, faz deixar intervir na economia do ponto de vista de políticas econômicas que tem sustentabilidade inclusive em frente a crise que se tem aqui e assim por diante. Que promova a inclusão social, um conceito de estado que promova a inclusão social e a redução da desigualdade, que leve em conta o elemento da democracia nas relações das sociedades, nas relações entre os próprios entes federados, portanto inclusive, e que a democracia como um elemento que vai contrabalançar o poder da burocracia de estado, que hoje ela é enorme, esses conceitos vão estar presentes depois no conceito da fundação, e que compreende o desenvolvimento econômico essencial como dois elementos que tem que andar juntos em um projeto de nação, diferente da época do Delfim onde se dizia “primeiro povo tem que crescer, para depois repartir”, isto é, primeiro tem que a economia crescer, gerar desemprego e depois disso vamos repartir, não, o governo Lula vem dá exemplo diferente, que é possível conviver um projeto de nação, que tem na sua agenda o desenvolvimento econômico e social de forma sustentável onde é possível crescer a economia e ao mesmo tempo distribuir renda, corrigir as desigualdades regionais, sociais, econômicas e assim por diante, Bolsa Família é um exemplo disso, e o PAC é a porta de saída deste tema, então um conceito de estado assim vai estar presente na fundação estatal, e um conceito de estado que vem fortalecer as organizações e as funções públicas do estado, a fundação estatal é um elemento, um instituto organizador da política de fortalecimento das instituições públicas. Portanto conceito de estado que está por traz da fundação estatal de direito privado é este, portanto um estado democrático que vem provocar

o reequilíbrio do poder em favor da cidadania, esse é um elemento que tenta, como eu falei antes, enfrentar o poder da burocracia que é muito presente, o estado brasileiro hoje está internamente muito privatizado, hoje para tu lançar um programa de 1 milhão de habitação os mecanismos, as normas, as estruturas do estado não estão preparados para fazer políticas sociais na rapidez, na agilidade que se deva ter, o cidadão não quer mais esperar para acessar o serviço público, o cidadão não é mais paciente para esperar medicamento 6 meses, por que existe um poder da burocracia e uma máquina estatal muito privatizada internamente, seja em normas, em estruturas e nós precisamos reformular um conceito de estado que aproxime o cidadão dos seus serviços públicos na hora que ele precisa e não depois, por que depois pode ser tarde, e no tema da saúde, fazer saúde é diferente de fazer um metro de asfalto. Portanto primeiro quero dizer, a fundação estatal é de quem? É do estado, a fundação de direito privado ela é criada por lei pelo estado, estado aqui eu falo pode ser, estado, município, união, portanto ela é propriedade 100% pública e é estatal, a gestão dela é 100% pública, estatal, depois na conformação vocês vêem, portanto a fundação estatal de direito privado é o estado que está prestando serviços dele mesmo, do ponto de vista do SUS, quando a gente começou a formar essa idéia no grupo hospitalar conceição é por que nós avaliamos, e hoje o grupo hospitalar conceição ele é 3 sociedades de economia mista que paga todos os tributos como qualquer bar da esquina, não tem nem privilégio tributário, inclusive paga a cota patronal que os filantropos não pagam Dr. Humberto, nós somos à justiça agora, ganhamos em sentença de mérito, não pela natureza jurídica mas pela finalidade do serviço que é 100% SUS no GHC, diferente do Clínicas. Desde 2003 nós tomamos a decisão e rompemos todos os contratos de planos privados inclusive o IPE, porque eu sou funcionário estatutário e tenho o IPE, por que o IPÊ é um plano privado, não é SUS, isso é um bom debate. Portanto a fundação estatal na área do SUS ela vai ser exclusivamente para o SUS, a lei ordinária do GHC diz claramente no Art 2º que é exclusivamente para o SUS, não está podendo fazer convênio com setores privados, com exceção de ensino e pesquisa, porque todos nós sabemos que nós temos que captar recursos da iniciativa privada para fazer ensino e pesquisa para os interesses do SUS como nós já fizemos 234 pesquisas clínicas no GHC, e esse dinheiro está no setor privado, e se nos interessa pesquisa para o SUS, vamos fazer, é a única exceção que tem na legislação, portanto a fundação aqui sendo bem redundante para a gente entender, ela é do próprio estado, ela é o próprio estado que se organiza para prestar um serviço público que é do próprio estado, portanto não é privatização, não é precarização e não é terceirização de serviços, é o estado que se organiza em si mesmo para prestar serviço através da fundação

estatal, como se o organiza através da autarquia, como se organiza através da sociedade de economia mista, como se organiza através da empresa pública de direito privado como é o caso do hospital de clínicas, como se organiza através da fundação pública de direito público, a única diferença é que essa vai ser de direito privado, regime inclusive de trabalho, os funcionários do GHC, que é do Ministério da Saúde, pediram uma carta para nós para não serem estatutário, aliás eu costumo pensar Dr. Humberto, Dr. Júnior, que dois regimes de trabalho no Brasil na minha opinião é para confundir, colocar trabalhador contra trabalhador, e favorecer o patrão achando que o estatutário é melhor que celetista, celetista acha que é melhor que estatutário, e essa discussão é muito interessante de ser feita. Portanto a fundação ela passa a ser uma modalidade de descentralização administrativa e passa a interagir a administração pública indireta e fundamento, não vou colocar aqui porque o meu tempo deve estar acabando, e elas trazem aqui algumas autonomias que não significa desresponsabilização do estado, ela não significa falta do controle do estado, muito pelo contrário, continuará todos os controles internos e externos na fundação pública de direito privado, e isso é importante a gente estar dizendo aqui para não confundir essa fundação como algo do mundo privado, a própria origem já se diz que é criado pelo estado, ela é regida entre a fundação e o seu ente a quem ela está ligada, no caso o GHC está ligado ao Ministério da Saúde, a relação do GHC com o Ministério da Saúde é através de um contrato de gestão, que estabelece "xis" recursos, que estabelece metas, que estabelece indicadores, que estabelece controles público e social. O GHC hoje tem orçamento participativo e é de direito privado, é sociedade de economia mista e direito privado, tem conselho gestor, e é de direito privado, tem colegiado de gestão, tem trabalhador no conselho de administração, tinha usuário, então o que define o controle social não é só a natureza jurídica, é a vontade política por que tem órgãos públicos, estatutários que não tem orçamento participativo, que não tem conselho gestor, que não tem trabalhador nas decisões, que não tem, que não tem e que não tem. Então não podemos fazer aquela confusão que fundação estatal de direito privado não vai ter controle público e não vai ter controle social, a lei vai definir, e a lei depende de vontade política, como todas as leis dependem, seja do parlamentar, seja do executivo, seja de uma emenda parlamentar e assim por diante. O controle estatal de serviços, eu diria assim, ele define a relação entre o Ministério da Saúde e o GHC, ali vai estar o programa de trabalho, ali vai estar as metas plurianuais, ali estabelece indicadores e prazos de execução, cronogramas, sistema de acompanhamento, avaliação e monitoramento, penalidades para seus dirigentes, está lá na lei, se não cumpre a meta e não tem justificativa, cai o dirigente, é difícil cair dirigente hoje em uma autarquia. Enfim, o tema

de gestão de pessoas é por processo seletivo/concurso GHC, já é assim, é regime celetista, vai ter acordo de trabalho, hoje no GHC tem a velha história hoje tem estabilidade, inclusive o serviço público hoje não tem a estabilidade absoluta, eu sou um funcionário estatutário da Secretaria de Estado da Saúde, o que falta para o estado é instrumentos e políticas de desenvolvimento das pessoas, como não tem nada que mede não demite as vezes, e eu sou um trabalhador estatutário que se eu não produzir e produzir no sentido significa produzir mais qualidade de vida para o cidadão, ele acessar ao serviço público com mais rapidez, essa é a função do empregado ou servidor público, obviamente que só a natureza jurídica não vai resolver nada, se não tiver um bom plano de carreira, em qual natureza jurídica, se eu não tiver boa política de avaliação de desempenho e desenvolvimento de pessoas, se eu não tiver política de capacitação, educação permanente e um conjunto de instrumentos de relações de trabalho dentro da instituição, pode ser qualquer forma de natureza jurídica que não vai resolver isso e não podemos também confundir este tema da fundação estatal de direito privado com alguns instrumentos de relações de trabalho que tem que ter em todas as naturezas jurídicas públicas, seja de direito público, seja de direito privado, por que se não a gente confunde o próprio debate, o sistema de governância da fundação estatal ele tem a noção do estado democrático de direito, não está na lei complementar, mas o que define uma fundação é a lei ordinária, na lei ordinária do GHC tem trabalhador e tem usuário no conselho de administração, isso depende da vontade política e da noção que esses dirigentes, o governo tem do estado democrático de direito, no caso do SUS, um dos pilares do SUS é a democratização da gestão, o GHC é sociedade de economia mista de direito privado e tem perfeitamente essa noção, tem orçamento participativo, tem conselho gestor, tem trabalhador, tem vários instrumentos em espaço de democratização, então a gente também não pode dizer que o sistema de governância em uma fundação estatal de direito privado está impedido de dialogar com o controle social e o controle público que eu tenho ouvido em vários debates essa noção o que é um equívoco essa noção, na minha opinião. Eu não vou entrar nas questões jurídicas que fundamentam a criação da fundação por que vai ficar um, já estamos passando dos 17 minutos, portanto nós estaremos sujeitos a várias normas do direito público e do direito administrativo, eu falei algumas que vai desde a licitação, contratos, isso vai ter na fundação, a idéia do concurso público no caso processo seletivo, a idéia da acumulação de cargos também vai estar vetado na fundação estatal, não é assim passou a régua, só quero concluir para ficar aqui, só estou colocando noções gerais, não estou entrando na especificidade e eu até comparo aqui em uma lâmina final, o que é o GHC hoje como sociedade de economia mista de direito privado e comparo o que será o

GHC com a fundação pública de direito privado, só que este eu não vou apresentar por que é uma questão bem especificada, vou deixar o material para vocês. O que eu quero dialogar com vocês é algumas noções finais que eu chamo de comentários gerais que precisa ser aprofundado, mas algumas noções para afastar algumas questões que estão por ai, portanto fundação estatal de direito privado não é privatização, não é precarização e não é terceirização, ou será por que o estado brasileiro seja município, estado e união não resolveu a questão dos PSFs que é um política publica importante e estruturadora do SUS no Brasil, por que o estado brasileiro não encontrou soluções de estado para resolver o tema da precarização, das relações: “tem que colocar mais dinheiro na saúde”, concordo, tenho pleno acordo com esse tema, mas esse é uma simplificação da discussão, ai todo mundo privatiza, vou dar um exemplo Dr. Humberto, me ligou a assessora do deputado federal Rosinha, que é médico lutador, por que lá no município de Morretes eles estão querendo colocar a Solos, a Solos que está aqui em Porto Alegre, e eles queriam informação das Solos, eu sei, mas por cima, passei para o presidente do conselho estadual que está ai para dizer o que é a Solos, o que faz, o que não faz, as condições que eles submetem os trabalhadores e assim por diante. Portanto nós vamos ter que procurar soluções de estado para a gente enfrentar isto e eu acho que a fundação estatal de direito privado não é a única solução e não é uma panacéia para a administração pública, é um instrumento de gestão para a administração pública que pode ou não ser adotado. Eu vou dizer uma coisa que eu não descordi sobre isso, mas ela vem contra a reforma neoliberal e bresseriana, e esse é um debate que só sobre esse tema nós podíamos fazer um debate interessante: o que é que foi a reforma bresseriana , o que é que foi o neoliberalismo e o que é uma fundação estatal de direito privado, por que a fundação estatal de direito privado está dentro do espaço público, junto com a fundação pública de direito público, junto com a sociedade de economia mista, junto com a autarquia, enquanto que a reforma bresseriana, neoliberal tirou e jogou para fora do espaço público serviços públicos como são as OSs, as OSCIPs, como são vários outros temas, serviço social autônomo e por ai a fora, portanto a fundação estatal está dentro do espaço público e ela é criada pelo poder público, ela é autorizada pelo poder público, é um modelo de descentralização por dentro do espaço público, ela é pública, não resolve tudo, não é uma panacéia, se não tiver instrumentos de gestão junto com natureza jurídica seja qual ela for inclusive essa, com um bom plano de carreira, como políticas de relações trabalho e assim por diante não adianta, ela é uma boa alternativa organizacional de gestão pública, ela reafirma, mantém e dialoga com os princípios do SUS, é exclusiva para o SUS a sua finalidade, não pode convieniar com o setor privado com exceção do ensino, ou vocês

acham que universidades tem as fundações paralelas para que, por que a estrutura pública hoje infelizmente não dialoga com algumas necessidades que a universidade tem, esta aqui possibilita fazer pesquisa e ensino dentro do controle social do controle público do estado e assim por diante. Enfim tem várias questões aqui que poderíamos colocar mais já está chegando a conclusão que eu passei, acho que eu trouxe conceitos gerais, gostaria de participar com mais tempo para a gente passar desde quando surgiu, do ponto de vista jurídico, administrativo, as discussões que tem, no Sergipe por exemplo foram criados 3 fundações no estado, a OAB entrou contra o estado, perdeu. A OAB entrou agora com Adin no Supremo Tribunal Federal que está lá sobre as fundações, então é um tema que está em disputa digamos assim ideológica jurídica e administrativa, é um tema que abriu um novo cenário e ma nova discussão no país, obrigado.

Claudio Augustin: Antes de passar a palavra para o Júnior o Barrichello gastou 24 minutos, ou seja, eu não interrompi mais eu gostaria que os próximos ficassem dentro do tempo por que nós temos até as 15:30 e como é um tema bastante polêmico, para dar tempo das pessoas debaterem e levantarem a suas questões, Júnior.

Francisco Batista Junior: Obrigado, quero saudar o Barrichello e o procurador Humberto, dizer da nossa satisfação em estar na mesa com eles. Só um reparo, um informação, na verdade a OAB entrou com uma ação na justiça federal de Sergipe para suspender a realização do concurso usando como justificativa a questão do contrato CLT uma vez que ele é estatutário e usando como justificativa também o fato da Adin do PT, PCdoB e o PDT impetraram no Supremo ter sido acatada pelo Supremo, então por isso, agora a gente sabe que Brasil é país de melhores leis do mundo, não tem país no mundo com leis mais avançadas do que o Brasil, agora temos juízes e juízes, paciência, se o juiz de Sergipe deu contra a OAB, com certeza vai ter outros juízes com visão diferente. Fundação, eu fiz questão de colocar fundação de direito privado por que na verdade a proposta que esta na Câmara Federal ela foi alterada, lá ela não é mais fundação estatal, é fundação de direito privado e segundo as informações que nós obtivemos o próprio governo, a própria área jurídica do governo entendeu que não existe juridicamente fundação estatal de direito privado, isso é inconstitucional, então como o próprio governo federal entendeu isso, suprimiu o termo estatal, concluiu que o projeto que tramita lá é fundação de direito privado. Nós temos semelhança com o diagnóstico apresentado pelos autores da proposta de fundação direito privado, em partes, o diagnóstico apresentado pelos defensores da

fundação direito privado é de que o serviço público é ineficiente, isso está no documento das pessoas que elaboraram a proposta, não trouxe aqui por que não tive tempo, mas é dito que o serviço público é ineficiente, nós até concordamos que em certa medida é sim, não temos por que esconder isso, e que principal e particularmente em relação à saúde nós estamos com dificuldade de alocar no serviço público profissionais especialistas, médicos principalmente, o que também é verdade, hoje existem municípios que não conseguem encontrar determinados médicos, estados que não conseguem contratar determinados médicos, agora, os agentes etiológicos desse diagnóstico nós discordamos, os agentes etiológicos desse diagnóstico apontados pelos autores das proposta de fundação de direito privado, primeiro, está escrito ali nos documentos, a gente pode disponibilizar para vocês, engessamento da gestão, a gestão é muito pesada, é muito burocrática como o Barrichello colocou, é muito ensimesmada, não tem flexibilidade nenhuma e aí a ineficiência é tudo de ruim. Concordamos em parte, por que existem serviços públicos que apesar da legislação funciona muito bem com planejamento, com gestão profissionalizada e por aí vai, outra coisa, a gente sabe muito bem que essa gestão, essa legislação que está a colocá-la aí que nós achamos hoje engessada, primeiro ela é uma legislação bastante avançada, bastante moderna e que nós ajudamos a construir defendendo-a ideologicamente, ela foi colocada inclusive para impedir continuidade do aprofundamento do assalto ao estado brasileiro, a corrupção contra o estado, em nem assim a gente conseguiu acabar com a corrupção, que a corrupção tem outros ingredientes, tem outros elementos motivadores, mas enfim é verdade que existe um certo engessamento que por que por exemplo dificulta a contratação do pessoal, dificulta em certa maneira a remuneração. Segundo agente etiológico a estabilidade que é um dos documentos elaborados por uma das defensoras das fundações de direito privado colocou que privilegia trabalhadores que não tem compromisso com o SUS, aí nós discordamos frontalmente, primeiro que nós, no debate da reforma sanitária, nós defendemos a estabilidade como instrumento central de reconhecimento da importância estratégica do trabalho em saúde, nós naquela época e para nós do Conselho Nacional de Saúde, isso continua atualíssimo, nós entendemos que estabilidade para quem trabalha na que área da saúde é vital, é absolutamente fundamental e se existem trabalhadores que se aproveitam da estabilidade para não trabalhar, aí estabilidade não tem nada a ver com isso, é o gestor que deixa que o cara não trabalhe, é o gestor que é incompetente e não cumpre a legislação, que o governo Lula demitiu entre 2003 e 2008 quase 2000 servidores, 1800 servidores, demitiu, e não são processos longos não, é aberto o processo, sindicância, 30 dias está no olho da rua, é só querer, e não é demitido por outros problemas então por

agentes etimológicos também não vale. Terceiro é a falta estímulo e de remuneração muito baixa, não concordamos, hoje existem estados como o meu, o Rio Grande do Norte que oferecem por plantão ao profissional médico 1500 reais por plantão de 12 horas e alguns médicos se negam, sabem por que, por que 2 mil reais, por que 3 mil reais eles conseguem ganhar em um único procedimento que eles realizem no setor privado contratado conveniado ao SUS, pagam com recurso público em 2 ou 3 horas, enquanto a gente tiver esse câncer de estar sendo no plano ideológico, no plano da relação do trabalho o poder público pode oferecer o dinheiro que for que o cara não vai querer trabalhar. Eu estive em fortaleza antes de ontem na caravana do SUS e um secretário de saúde chegou junto comigo e disse: eu ofereci 35 mil reais para um médico anestesista para trabalhar lá no meu município, ele disse que não iria, 35 mil! hoje existem casos e mais casos no Brasil todo de prefeituras oferecendo 15, 20 mil e os médicos não vão, então a questão não é essa. Primeiro slide vamos passar, vamos entrar no que nós entendemos dos agentes etiológicos dos problemas. Primeiro o que tem sido saúde historicamente no Brasil, saúde tem sido o atendimento de interesses privados, como aliás tem sido todas as áreas do estado brasileiro, na saúde especificamente mesmo com advento do SUS a coisa não se alterou, se antes o SUS, o atendimento do interesse privado se dava com estado comprando serviço privado e disponibilizando para a população, que na nossa história não existe esse componente do estado ter a sua própria gente de serviços comprando no privado, com o advento do SUS não mudou muita coisa não. A gestão sempre foi feita a partir dos preenchimento dos cargos, através de indicações pessoais, indicações particularizadas, indicações políticas, sem levar em consideração o mérito, sem levar em consideração a competência, sem levar em consideração o comprometimento, e que culpa o estado tem disso, que culpa a legislação engessada tem disso, que culpa o SUS tem disso, método autoritário e centralizador, é a lógica, todo mundo sabe disso aqui, quem trabalha em saúde, hospital público sabe que não é ouvido em praticamente nada a respeito da gestão, e prioridade para tratamento da doença, supervalorização do cultural e pratica do profissional médico, continuamos para o sistema que é voltado para o tratamento da doença e voltado para o tratamento centralizado no profissional médico, isso é absolutamente conta produtora, isso não é o que diz o SUS. A privatização do sistema com o SUS se deu de várias formas, primeiro através do crescimento dos planos de saúde, os planos de saúde no Brasil entra 2004-2008, dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar, cresceram 43%, obvio que foi em consequência do crescimento econômico, distribuição de renda, melhoria dos salários das pessoas, mas isso só não justificaria se nós tivéssemos ganho para idéia do SUS, problema que está colocado

inconsciente coletivo das pessoas que o sonho de consumo de qualquer cidadão é um plano de saúde privado, naquilo que se refere atendimento em saúde, então eu coloquei dados do Rio Grande do Norte mas que não são diferentes do resto do País, o quanto os planos de saúde cresceram no nordeste, o quanto cresceram em Rio Grande do Norte, em Natal, entre 2007-2008 cresceram 23%, o faturamento da rede privada no meu estado cresceu de 433 milhões para 461 milhões de um ano para outro, isso é a mesma coisa em quase todos os estados da federação, e os gastos do SUS em 2007 no meu estado para o setor público foi 41 milhões, para o setor privado 58 milhões de reais, esse é um dado concreto da privatização que faz parte dos agentes etiológicos que eu coloquei no início do nosso debate. A utilização do público pelo privado é o que nós chamamos de ação patrimonialista, e como dá patrimonialismo do estado brasileiro, das formas mais elaboradas possíveis, primeiro o decreto do Fernando Henrique Cardoso, decreto de 1997, que regulamenta a terceirização das áreas meio, isso foi uma obra prima, regulamentando a constituição federal este decreto estabelece que qualquer trabalhador pode ser terceirizado no serviço público desde que não seja trabalhador fim, mas nem isso está sendo suficiente, por que trabalhadores da área afim, mesmo assim são trabalhadores terceirizados em todo o Brasil, em todos os instrumentos de gestão, em todos os instrumentos e espaços de contratação, não existe terceirização de farmacêutico, terceirização de enfermeiro, terceirização de médico em tudo quanto é canto, apesar da legislação dizer o contrário, e aí o que acontece por trás da terceirização não é verdade que é um dos mais engenhosos instrumentos criados pelos defensores para se apoderarem do estado brasileiro, o que existe hoje é uma verdadeira ocupação do estado, no meu estado as terceirizações com pessoas físicas e jurídicas consumiram mais de 50% dos gastos do estado para colocar em um portal de transparência que é a mesma realidade em maior ou menor grau em qualquer estado da federação ou seja, mais da metade dos gastos dos estados é destinado a pagamento de serviços terceirizados. Quais são as conseqüências disso? Vamos para o diagnóstico, por trás desses agentes etiológicos tem o diagnóstico que como falei para vocês em certa medida está meio semelhante com o que o pessoal apresenta, primeiro, desestruturação da rede pública, é óbvio, hoje existe uma fila de pessoas em qualquer lugar desse país, em qualquer estado da federação precisando fazer procedimentos e dos especializados e classificados como alguns autores como sendo mais complexos, mais complexos não tem nada, é apenas mais caro, por quê, por que como não temos uma rede pública estruturada para atender então quem precisa de uma hemodiálise vai para o setor privado, quem precisa de uma cirurgia de trauma-ortopédico vai para o privado, quem precisa de uma cirurgia cardíaca setor privado,

como setor privado tem uma lógica de mercado que está correto, financiamento é sempre insuficiente para bancar a necessidade, resultado, uma fila que cresce cada vez mais em função dessa desestruturação. Segundo, serviços realmente ineficientes, não estou dizendo que são todos, eu trabalho lógico no hospital que a gente sabe muito bem a importância que nós temos como farmacêuticos no hospital que é referência em doenças infecto-contagiosas no estado do Rio Grande do Norte. Mas nós sabemos que existe ineficiência sim. Terceiro, uma demanda crescente por serviços hospitalares especializados privados, já falei para vocês não vou repetir. Quarto, relação de profunda dependência do profissional médico como consequência do modelo e pela privatização, é óbvio, eu conversando com a governadora do meu estado ela preocupada, Júnior o que fazer com uma questão aqui quando a gente não está conseguindo contratar neurocirurgião, trauma-ortopedista e anesthesiologista, eu falei, o governadora a senhora não vai contratar nunca, enquanto os caras tiverem ganhando no setor privado o que a senhora está pagando com o meu dinheiro, mais que o dobro que ele ganha no plantão de 12 horas no público, os caras não vão trabalhar não, e não vai ser fundação que vai contratar também não, vamos desiludir não, mas a relação é essa. Diferenças salariais aviltantes, hoje o hospital onde eu trabalho, eu ganho um salário bruto de 3.800 reais, líquido 2.900 reais, e tem um colega meu que ganha 6.000 reais, ai eu pergunto onde é que fica o engessamento da burocracia que impede remuneração diferenciada, em uma cidade no meu estado tem neurocirurgião ganhando 22 mil reais e tem um médico clínico ganhando 6 e 7 mil, isso resolve a solução, tá provado que não, não vai ser criando fundação e estabelecendo esta liberdade de aprofundar o que a gente tem hoje que vai resolver a nossa situação, o problema é outro, quando um secretário de saúde oferece 35 mil a um anestesista e ele não vai, é por que, ele diz não tem estabilidade, o primeiro vereador que não for com a minha cara, eu estou no olho da rua, então ao invés de ganhar 35 no interior eu prefiro ganhar 10 aqui na capital onde eu estou mais tranquilo e tem mais estabilidade no emprego, mas os defensores de fundação possa acabar com a estabilidade, tá provado que não é, culto a militância profissional, como que ela não tem estabilidade no emprego, se ele sabe que pode ser demitido o que ele faz, ele começa a trabalhar em outros lugares também, por que se perder um, se for demitido de um já tem outro para segurar a remuneração dele, para segurar subsistência da vida dele, então para nós fim da estabilidade que é o que acontece hoje, hoje a imensa maioria dos trabalhadores da saúde do Brasil não tem estabilidade e isso é estar depondo contra o serviço, isso é estar estimulando a mutua militância, isso está desestimulando o profissional, isto está retirando a vinculação afetiva e efetiva do profissional com o serviço e apresentar

fundação com essa proposta como seja solução, para nós é o contrário, Então, qual a solução para nós fixarmos o profissional no serviço público? Vamos apresentar no final. Outra conseqüência, trabalhador desestimulados, desmotivados e desvinculados dos serviços e usuários, acabei de dizer para vocês, financiamento sempre insuficiente para atender a demanda, acabei de colocar para vocês também, se continuar com essa lógica como eu falei no início do trabalho na abertura da nossa plenária, com esse modelo que a gente tem ai, não tem regulamentação que dê jeito. Fundação de direito privado o Barrichello colocou aqui que é uma coisa nova, que o Einstein disse uma mente que se abre a uma nova idéia, bom não é bem nova idéia assim, o Barrichello que é mais ou menos da mesma faixa etária que eu, somos da mesma geração, antes da constituição federal já tinha fundação de direito privado, já existia em todos os estados fundações públicas de direito privado, ou esquecemos isso, existia em cada estado, e foram fechadas por que, corrupção, empreguismo, ineficiência, custo do serviço elevado, não tinha uma, a única diferença que não tinha concurso público, a constituição não havia sido aprovada ainda, era antes de 1988, mas quem foi que disse que a garantia na lei de ter que contratar por concurso está resolvida a situação, hoje existe a exigência de concurso público e essa exigência é burlada sistematicamente em todos os quadrantes desse país, é ou não é, das mais variadas formas e ai me confunda, quer dizer que com a formação de fundações de direito privado que já existiram antes de 1988, agora o concurso público vai resolver, por favor vamos falar sério, como diz a turma mais jovem não é. Flagrante de inconstitucionalidade, eu não vou entrar nesse mérito, está ai o nosso querido Humberto para falar sobre isso, mas nós, eu não sou nem advogado sou farmacêutico, mas o que a gente aprofundou nesse tema para mim não tem a menor dúvida, agora tem um aqui no Supremo Tribunal Federal, a gente tem certeza que vai ganhar, infelizmente tenho que dizer que não tenho certeza, a gente sabe muito bem que se fosse depender de justiça..., quer dizer, se a coisa se resumisse a interpretação correta da lei para nós a coisa estava resumida, mas como a gente sabe que existem juízes e juízes, tribunais e tribunais, com to o respeito que nos merecem, vão ficar com o pezinho no freio, torcendo. Salários com lógica de mercado, quando eu comecei a escrever eu estava em um debate uma vez com Jorge Sola, que é o secretário da Bahia e com quem eu tenho uma relação maravilhosa e que eu respeito muito e a gente senta de vez em quando para tocar violão e tomar cerveja, quando eu escrevi uma vez que essa proposta de salário de mercado é mercantilização que é o que já tem hoje, e que não está resolvendo, nossa houve uma reação de alguns atores, mas gente uma proposta que na sua justificativa coloca claramente, que estabelece salário de mercado, o que é salário de mercado? É

mercantilização? Não é! E ai eu cito muito um exemplo, no hospital onde eu trabalho as minhas companheiras enfermeiras ganham mais ou menos o mesmo salário que eu desde que tenham o mesmo tempo de serviço que eu, 3.900, 4.000 mil reais o bruto, olha que até a gente conseguir ganhar isso foi uma luta, vocês imaginam o quanto a gente lutou disputando com greve, por que, todo o salário que é pago ao enfermeiro no setor privado é 2.000 reais, é 1.800 reais, por que como tem muito enfermeiro no mercado o setor privado se dá ao luxo de pagar o que eles acham melhor e acabou, então o setor privado no meu estado e não acho que seja diferente no país a fora, paga em média a metade do que é pago ao servidor público concursado que é um salário com muita luta, ai eu fiquei pensando, ta danado se a fundação assumir o hospital onde eu trabalho e que quiser pagar salário de mercado, qual será o salário de enfermeiro, é os 3.900 reais que é pago pelo estado ou os 1.800 reais, 2.000 reais que é pago pelo mercado? Alguém tem alguma dúvida, óbvio que os caras não admitem isso não é, não admite que vai ter redução salarial, mas a lei da fundação de Pernambuco e o procurei a danada para trazer mas está no meu pen driver, no meu computador, estabelece em um dos artigos que os trabalhadores que não aderirem a fundação, que forem solicitados e não aderirem a fundação eles serão, primeiro colocados em disponibilidade com salário proporcional ao tempo de serviço, segundo, exonerados se for comprovado excesso de quadros, e ai eu pergunto o que seria mais bresseriano que isso meu caro Humberto Jacks, o que é bresseriano que isso, alguém pode dizer, a mais o governo do PT não vamos fazer isso, a que dizer que o PT vai ser do governo sempre, fazendo o monte de besteira que está fazendo eu acho que não demora nem um, então a gente tem que entender que por mais sério que estejamos, nós não vamos estar sempre no poder, então criar um instrumento que possa ser um instrumento, com a maior boa vontade que existe mas que possa ser aproveitado de um para o outro ator da forma que aquela achar mais importante, ai a gente não está avançando, não está contribuindo para o avanço, está contribuindo para o atraso. Fundação de direito privado, poderoso instrumento de apoderamento do estado e aperfeiçoamento da privatização, privatização não é somente pegar o que é público e vender para o privado, o pior tipo de privatização é exatamente aquele que continua sendo público mas apoderado do setor privado que é que acontece com o estado brasileiro que a muito mais danoso e ai a gente pergunta eu estava conversando com o Temporão um dia desses: Ministro você acha realmente que se vier a criar essa fundação de direito privado você teria poder, teria autonomia para indicar os diretores dela? Ele disse: Porque você está duvidando? Não, porque na verdade você foi desautorizado, você foi desmoralizado pelo presidente da FUNASA quando você de forma

corajosa afirmou no Conselho Nacional de Saúde que a FUNASA era um monte de corrupção, o que o presidente disse.- Está bom, se ele acha isso que me demita. Desafiou o Ministro, e ele continuou o ministro da FUNASA, isso é uma fundação pública, eminentemente pública não é de direito privado não, então dizer que vai se criar fundação de direito privado e que se vai resolver a situação quando se sabe que a lógica no país é exatamente outra, fundação tem sido instrumento histórico de utilização político partidária de grupos organizados e privatização, ai não dá, estabilidade profissional com consequência e com comprometimento da qualidade de atendimento ao usuário, isso ai eu conversando com o alguns companheiros de sindicatos médicos, eles dizem que o problema nosso é esse, a falta de estabilidade de nós médicos, nos obriga os médicos a procurar outros empregos e automaticamente nos distancia do vínculo de trabalho, do vínculo com o usuário, eu concordo com tudo isso, eu presencio isso no hospital onde eu trabalho com meus colegas farmacêuticos. Vou concluir. Proposta: pactuar no COSSEMS e nas comissões bipartites, tetos salariais para o profissional médico, não existe um médico no Rio Grande do Norte do PSF em todo o estado que ganhe mais de 10 mil reais, os municípios disseram não vamos pagar e acabou, agora em estados como a Bahia onde os municípios fazendo leilão, ai não tem jeito, tem médico ganhando 20 mil, tem médico ganhando 25 mil, 18 mil, e tem um monte de município que é inviabilizado o PSF. Segundo, definição de plano de cargos, carreiras, salários que contemple valorização da qualificação e estimula dedicação exclusiva, duvido que a gente não vá conseguir profissional para trabalhar na rede pública se não tiver um plano que valorize a qualificação e dizendo que se você se dedicar ao SUS você vai ter efetivamente uma melhor remuneração por isso. Terceiro, construir o processo de responsabilidade tripartite pela contratação e remuneração de profissional, a contratação de profissional nesse país fico sobrecarregada dos municípios, os estados se desresponsabilizaram e o governo federal também, nunca mais, o mais difícil é ter concurso de estado e governo federal, tem que fazer concurso os dois, o governo federal e o governo do estado tem obrigação de contratar profissional para trabalhar em todo esse estado, como em todo o estado da federação, construir o processo profissionalização e democratização da gestão, a idéia de criar fundação e essa fundação ser ocupada por pessoas indicadas por partidos, por grupos que ninguém, será que vai ser diferente agora, sempre foi assim, será que vai ser diferente, nós defendemos a profissionalização, quem vai ser diretor do GHC é uma pessoa dos quadros do GHC que conhece o GHC, que tem sua vida profissional no GHC, que está qualificado a trabalhar no GHC, quer dizer que defende isso, ninguém defende, mas é isso que está na legislação do SUS, não é, vamos democratizar, vamos ter

gestão participativa e democrática, duvido que a coisa não funcione, vamos fazer uma gestão onde os trabalhadores sejam ouvidos no dia-a-dia, onde os usuários sejam ouvidos no dia-a-dia, duvido que não seja eficiente, mas não querem fazer isso de jeito nenhum. Reestruturação, esse é o último, reestruturação curricular, não dá para a gente continuar com o sistema tendo profissionais formados como estão sendo formados, voltados para o setor privado, mercantilista por excelência, que gosta de andar de branco no meio da rua para aparecer, para ser chamado de doutor. Autonomia administrativa e financeira dos serviços, esta autonomia que os defensores da fundação defendem está na constituição federal, no artigo 37, inciso 21, parágrafo 8, é só regulamentar, está lá a autonomia administrativa, autonomia financeira, flexibilização para contratação de profissionais para remuneração, está na constituição não há necessidade de criar qualquer instrumento novo, mas ninguém quer pensar ou falar nisso. Priorizar atenção primária, tem que ter um sistema de prevenção por que se não a demanda pelo auto custo, pelo especializado aumenta, é cada vez maior e não tem como viabilizar isso, inconstitucionalidade da lei de responsabilidade fiscal na saúde, estamos dizendo que a lei da responsabilidade fiscal é inconstitucional na saúde, quando é que nós temos na constituição dizendo que é obrigação do estado garantir e plenamente a saúde do seu povo e tem uma lei intra inconstitucional que diz que não pode gastar tanto para o profissional, que história é essa, então quem manda é a lei lá embaixo, não é a constituição federal, propor a lei que regulamenta o serviço civil em saúde, profissionais que se formam as custas do povo, profissionais que especializam as custas do povo, profissionais que se qualificam as custas do povo, depois que se formam vão trabalhar no setor privado e se negam a atender o povo, tem trabalhar pelo menos 5 anos no setor público, duvido que a gente não tenha profissional para trabalhar. Para concluir, nada disso vai acontecer se não tiver conselho de saúde atuante, e os nossos conselhos de saúde com raras exceções estão em débito, estão deixando de cumprir a sua ação básica e tem que ser responsabilizado por isso também, obrigado e desculpe ter passado do tempo.

Claudio Augustin: Obrigado Júnior, passamos a palavra a seguir ao representante do Ministério Público Federal Humberto Jaques Medeiros, lembrando que o tempo é de 15 a 20 minutos, os dois já passaram do tempo, a mesa foi tolerante porque os dois estavam concluindo, o Júnior falou também os 24 minutos.

Humberto Jaques de Medeiros: Muito boa tarde, me desculpem, eu vou falar de pé porque

na mesa eu não consigo ver o fundo da sala. Eu quero em primeiro lugar agradecer o convite do Conselho Estadual de Saúde, muito bom conversar e dialogar com conselheiros municipais de saúde e queria que vocês percebessem que o problema é o mesmo em vários lugares, em Sergipe, em Brasília, na Bahia, ou no seu município, mas na raiz existe uma causa comum idêntica e a discussão tem que ser travada com todo mundo, com um pouco, a nosso ver, com um pouco mais de tranqüilidade. Que eu quero explicar é o seguinte: a impressão que nós, o mundo do direito olhando o debate que tem se travado ao redor disso é como se você chegasse em um grande auditório e encontrasse a metade da platéia dizendo que a injeção é a causa de todos os males porque são seringas injetáveis que espalham drogas e AIDS, certo? E do outro lado alguém dizendo que a injeção é a salvação de todos os problemas, benzetacil para todos, como se o problema para de todo o sistema de saúde fosse doeu, tossiu, benzetacil, ou vamos banir o uso de agulhas injetáveis por que isso gera drogas, e a gente sabe que é pequena a quantidade de patologia que se cura com benzetacil, então benzetacil para todos, não significa saúde para todos e repressão a agulhas injetáveis não significa enfrentamento descente ao problema HIV/AIDS. Mas curiosamente está todo mundo de forma escandalosamente apaixonada sendo pró ou contra a agulha injetável. Fundação estatal está para direito a saúde, direito administrativo e SUS como a agulha de seringa de injeção, benzetacil não resolve tudo nem a agulha é responsável pelo HIV/AIDS, o que eu quero dizer para vocês é: 99% dos pecados da fundação estatal desse ser que se fala, existem com ou sem ela e 90% das soluções que dizem que ela trará, existem com ou sem ela, percebem, não quer dizer que eu seja a favor ou contra ela, o que eu quero dizer é que todo mundo está despreendendo uma energia enorme como se isso fosse resolver todos os problemas, mentira, ou como se isso fosse a causa de todos os problemas, mentira, então reflitam as razões pelas quais você é contra ou você é a favor não devem se dirigir apenas e tão somente contra a tal fundação estatal de direito privado, seja o problema e reside em outro ponto, não querendo esmiussar isso, a eu sou trabalhador em saúde e acho que a fundação estatal vai tirar a estabilidade do servidor público, verdade e mentira, verdade que ela vai tirar e a mentira que não foi ela que tirou, já foi tirado muito antes por uma emenda constitucional, então estamos brigando tarde com relação a puxada de tapete que já foi dada antes na constituição, a eu acho que uma fundação estatal vai dar agilidade a administração pública, muito bom mas já existem outras figuras como empresa, sociedade de economia mista que também dá agilidade, agilidade não é exclusividade da fundação. Então o mal que ela vai trazer não é ela que traz e a solução que ela vai trazer não é ela que traz o que existe aqui uma discussão que a gente

chama de discussão diversionista, mais ou menos vocês sabem a história, o casamento ia muito mal, de mal a pior, e um dia um dos cônjuges chega em casa e encontra o outro no sofá com a amante, começa uma mega discussão familiar e aí a discussão em vez de ser fidelidade, como anda o nosso casamento, é tiramos ou não tiramos o sofá da sala, e aí a discussão é não vamos trocar o sofá por banco, vamos trocar o sofá por triclíneo, por divã, e aí alguém surge e diz, não a solução para os nossos problemas é o sofá cama porque ele é sofá e cama, aí ele resolve o problema conjugal, e aí alguém diz, não tem uma solução melhor ainda a Herval tem um sofá que é o sofá cama que é bi-cama que ele põe o casal e o terceiro na relação, todo mundo na relação resolvido na sala, então assim discutir fundação estatal de direito privado é querer resolver o sofá cama com bi-cama para resolver o casal e o amante sem perceber que a discussão verdadeira é fidelidade conjugal, ficar casado ou não, divórcio, e aí em vez da gente discutir o casamento, a gente está discutindo esse mobiliário da sala de estar então cuidado com a energia que a gente gasta nisso. Deixa eu tentar explicar como o povo da minha “raça” enxerga essa confusão, o Chile, isso é uma coisa importante, desde 1962 que não ganha um jogo na copa do mundo, desde que a copa do mundo foi no Chile, de 1962 a 2008 são 46 anos, 47 anos agora que o Chile não ganha uma partida, tem anos que eles não chegam na copa, tem anos que eles chegam e empatam e tem anos que eles só perdem, mas gasta-se fortunas no Chile com futebol, e tem pessoas que dizem, escuta por que a gente gasta tanto dinheiro em futebol nesse país se o nosso desempenho é escandalosamente pífeio, mas anualmente põe dinheiro em futebol, vai para as eliminatórias, imagina que vai chegar lá e é um fiasco, mas tem 46 anos que a história se repete e qualquer não chileno diz, olha, arrumem outro esporte por que é muito difícil, um dia quem sabe vocês ganham, por que eu estou comparando com o Chile, a fundação estatal de direito privado é a seleção chilena de futebol chegando a copa do mundo pela 10ª vez depois de 47 anos chegando lá e já perdeu inúmeras outras vezes, mas agora está todo mundo dizendo vai e se a gente ganhar a copa do mundo todos os problemas do Chile se acabam, finalmente vamos ser todos felizes, vai ter justiça social, como se ganhar a copa do mundo para o Chile fosse a coisa que resolvesse todos os problemas. O que são as várias copas do mundo que a fundação estatal já disputou, com outros nomes, que o nome variava, a história da administração pública brasileira é o estado funcionando como estado, e pessoas dentro do estado dizendo que não dá para ser feliz assim, a gente tem que trabalhar com uma parcela de liberdade, a cada copa do mundo surge um nome novo para essa vocação adolescente de tentar viver fora do regime estatal, nos anos 50 o nome disso foi autarquia, auto- próprio, quia- governo, o autogoverno você vai entregar para a autarquia e a autarquia

vai ter liberdade, eficiência, tudo isso que a fundação estatal te promete já foi prometido com a autarquia, a autarquia decolou como a seleção chilena, chegou na copa não empatou, perdeu, e ai veio todo mundo e disse, autarquia não pode ter essa liberdade, autarquia é estado, volta para dentro, ai inventaram nos anos 60 uma nova mágica, fundação, fundação é a solução, Brasília nos anos 60 foi criada com 6 fundações, Brasília era toda moderna, então o governo do DF era toda com fundações, fundação educacional, hospitalar, de serviço social, zoobotânica, tudo seria fundação, Brasília era moderna, toda a administração brasiliense seria fundação, passou um tempo a fundação voltou para dentro do estado, disseram não dá certo, público é público, privado é privado. Outra inovação, regime militar, vamos criar empresas do estado, as empresas do estado vão ser a liberdade de empresa com a responsabilidade do estado, tentou, tentou, tentou, fez água, voltou para dentro do estado brasileiro, foi mais uma vez uma experiência fracassada. Então, por que, por que existe uma coisa na origem que é a tarefa do estado e existe uma coisa que é o que é particular, particular é particular, público é público, e você querer fazer o sofá cama, ou seja, é sofá para a sala mas é cama para o casal, é um enjambramento, sala é sala, quarto é quarto, e fidelidade conjugal é fidelidade conjugal, não misturem uma com a outra. Em 1988 quando se fez a constituição foi uma última faxina para dizer, gente, todo mundo dentro do estado, não interessa o nome, cumprindo o regime público. Agora vê uma nova onda dizendo, vamos tentar de novo, vamos emplacar de novo a figura híbrida que permite liberdade, novamente o nome liberdade, a gente vai conseguir, e ai prometem a solução de todos os problemas e ai todo mundo pode embarcar nisso que é uma promessa muito vazia, o que nos preocupa não é as conseqüências daninhas que dizem que vão acontecer, por que elas já existem mesmo sem essa figura, mas é tanta energia, e tanta esperança, e tanta promessa desviando o foco do problema, tirar ou não tirar o sofá da sala vai resolver ou não o problema verdadeiro que é a fidelidade desse casal, estamos discutindo o sofá da sala e não a relação matrimonial, como vai essa família, como vai esse casal. O que é fundação, vamos lá, vamos ser duro, no talo como se aprende no banco da escola de direito. O que é uma fundação, não o que dizem que é, o que é uma fundação, existem gente de carne e osso, chamasse pessoa física, e existe reunião de gente que a gente chama de pessoa jurídica. As pessoas jurídicas são empresas, quando elas têm finalidades comerciais, ou elas podem ser sem fins comerciais, o que a gente chama de associação, quando você se associa, pessoas se reúnem e fazem uma associação, pessoas se reúnem e fazem uma empresa, a empresa com fins mercantis comerciais, a associação fins não-mercantis, não-comerciais, mas em ambas empresas e sociedades eu tenho pessoas que se juntam, então

no direito, desde Roma, dos imperadores romanos, funciona assim, você tem gente, gente que se junta para uma empresa comercial e ganha uma pessoa jurídica, gente que se junta e faz uma associação não-comercial, e existe um quarta e última possibilidade, que é a fundação, o que é juridicamente falando uma fundação? Uma fundação é sem gente, é patrimônio, é bens, bens para um fim, isso é na raiz do direito uma fundação, então eu pego, sou um cara milionário, pego o meu patrimônio e digo, todo esse meu patrimônio está destinado a sustentar cães de rua, faço uma fundação, fundação de proteção aos cães de rua, todo aquele patrimônio sem gente, sem pessoas, ele é gerido por pessoas, mas não tem sócios, aquele patrimônio tem uma personalidade jurídica e aquele patrimônio vai com o dinheiro que ele produz, atender aquela finalidade que é atender aos cãezinhos de rua, se o patrimônio ficar pouco a fundação morre e esse dinheiro é encaminhado para uma outra fundação que tenha um fim parecido, se eu for multimilionário essa fundação durará para o resto da vida, mesmo depois de eu morto ela vai existindo e vai para toda a eternidade aquele patrimônio produzindo frutos para aquele fim que eu criei. Então uma fundação não é gente como uma associação ou como uma sociedade, uma fundação é um patrimônio que é entregue para servir a um fim, as fundações sempre, sempre, sempre foram privadas, isso é uma figura de direito privado, por que alguém para fazer o bem de todos isso se chama estado, o estado é o sujeito que arrecada de todo mundo para fazer o bem para todo mundo, a fundação é uma figura privada por que alguém muito rico doa o seu patrimônio e aquele patrimônio vai servir a coletividade, essa é a mágica. Então não faz sentido o estado que já existe para servir a todos, tirar o seu patrimônio para fazer uma entidade para servir a todos. Então na matemática básica da gente é uma figura exótica por isso. Perguntasse por que o Dr. Roberto Marinho da rede globo doou um mega patrimônio dele, Roberto Marinho para a Fundação Roberto Marinho, ele multimilionário pegou uma parcela do patrimônio dele e disso, olha eu vou criar a Fundação Roberto Marinho e essa fundação vai se dedicar a educação, e ai tem um patrimônio poderoso lá, cujos frutos, rendas, são empregados em projetos de educação que levam o nome dele Roberto Marinho, Fundação Aírton Senna, o patrimônio do Senna que ele deixou mantém esse serviço, legítimo, esse dinheiro é privado, ele faz o que ele quer, podia ter deixado para os seus herdeiros, deixou para a coletividade em uma fundação que leva o nome dele. Agora dinheiro público, é meio ilógico que o estado que já serve a todo mundo pegue um pedaço do seu patrimônio e faça uma fundação para servir a todo mundo, então quando um jurista olha isso soa muito esquisito, assim como também soa esquisito o estado ter uma empresa, que empresa é empresa e estado é estado, mas existem empresas do estado. Quando o setor privado quer falar em eficiência,

eficiência no setor privado não é fundação, muito cuidado com isso, por que o Roberto Marinho faz uma fundação e a rede globo não faz aquele serviço, fundação, mesmo no setor privado, é muito ruim, por que, fundação não tem dono, fundação é um patrimônio e o dono não existe mais, aquele patrimônio se governa, você doou aquele patrimônio para a humanidade para prestar um certo fim, toda a fundação é para a coletividade, toda a fundação é fiscalizada pelo Ministério Público, por que aquele dinheiro não é mais do dono, é público, é da coletividade, e perguntasse isso é complicado, burocrático, é difícil, é tudo isso, é a pior das modalidades que um empresário pode ter para se organizar é uma fundação, a melhor chamasse empresa onde ele manda e faz o que ele quer. Perguntasse, por que então o Aírton Senna faz uma fundação, o Bradesco faz uma fundação, Fundação Bradesco, o Itaú faz uma fundação, Fundação Itaú, a Varig tinha a Fundação Rubem Berta, por que uma empresa faz uma fundação, por que a fundação é eficiente, não, o modelo privado eficiente é a empresa, sociedade de economia mista, S/A, é um modelo eficiente, administração privada eficiente não é fundação, mas por que uma entidade privada faz uma fundação, por que a ineficiência da fundação, fundação é menos eficiente que a empresa, é bancada por nós, por que as fundações não pagam impostos, então o mega empresário para fazer caridade faz uma fundação, a fundação é amarrada menos que a empresa, mas não paga os impostos, então a ineficiência da fundação é compensada pelas facilidades tributárias dela, ai quando você diz que o SUS precisa arrumar a sua eficiência, vamos cair de cabeça em qual modelo privado, fundação, me desculpe, lamento informar que dos modelos privados a fundação não é o modelo mais eficiente, se o argumento é de eficiência o caminho não é esse, e quando você olha a lista do que a fundação oferece para o sistema de saúde, não há nada que ela ofereça, que está no projeto de lei, que outras figuras já não ofereçam, e há as falsas promessas e os ganhos ocultos. Primeira falsa promessa, fundação estatal vai estar fora da LRF, mentira, não está escrito em lugar nenhum, está cheio de gestor querendo fazer fundação estatal por que ouviu dizer isso, em lugar nenhum está dito que ela vai escapar disso, o Ministério da Fazenda não está bancando isso com esse vigor não. O que realmente, quem vai realmente ganhar com a fundação estatal que realmente hoje não é possível e se tornará possível mega salários do sistema de saúde, isso sim, realmente você vai poder, é a única barreira que a fundação estatal vai romper, todos os demais ganhos, contrato de gestão, eficiência, demissão, para quem acha que demissão é ganho, tudo isso já está disponível para um gestor, a única coisa que realmente a fundação vai agregar em todo o cardápio disponível é mega salários ao setor de saúde, ou seja, pagar além do teto e sem teto, isso vai se conseguir, agora todo o restante do malefício ou benefício, depende do

ponto de vista, que ela vem a oferecer já está disponível, então se você já tem raiva que a fundação estatal vai poder demitir, a constituição já está permitindo a demissão mesmo sem fundação estatal. A gente tem que saber onde está realmente o adversário e onde está realmente o problema, e não aqui então ficar brigando sobre sofá cama, divã, beliche, bi-cama, sofá cama bi-cama, o problema não é cama, não é o sofá mas é ter encontrado o amante na sala com o seu cônjuge e a quantas anda esse nosso casamento, mas se a gente quiser gastar energia sobre o sofá e não sobre o casamento a gente não amadurece a relação, o meu tempo esgotou, muito obrigado.

Claudio Augustin: Obrigado Humberto, nós estamos com um problema agora, são 14:55h, o limite destinado para essa mesa seriam até as 15:30h, então nós temos 35 minutos.

Vitor Heberle: Eu acho que para nós conselheiros é muito mais importante que se façam os contra-pontos, para nós clarear essa proposta, que nós abrir a palavra para nós aqui, então esse debate se ele pudesse continuar com os contra-pontos, entre a mesa constituída, seria muito importante para esclarecer todas as dúvidas que a gente tem, até pelo limite do tempo que os companheiros tiveram para expor as suas, então eu queria fazer por questão de ordem, que nesses 30 minutos que sobrem que os companheiros pudessem fazer outros contra-pontos que viram dentro das declarações. É um encaminhamento que eu faço.

Claudio Augustin: Olha aqui pessoal, tem gente que aplaudiu como teve gente que fez sinalização contrária. Eu vou tentar fazer uma saída intermediária, ou seja, o regimento estabelece que seja 3 minutos para intervenções, a gente limita a 5 intervenções, dá um tempo para eles, para as considerações finais e fazer contra-ponto, e se for necessário a gente invade um pouquinho o tempo da próxima mesa, pouca coisa. Pode ser isso, há um consenso, então as pessoas que querem falar já se dirijam aqui para frente para a gente ganhar tempo nisso. Francisco Arduim, 3 minutos.

Francisco Arduim: Boa tarde pessoal, meu nome é Francisco Arduim, trabalho na Universidade Federal de Pelotas, estou representando os trabalhadores do meu sindicato. É muito didático estar aqui, foi muito proveitoso, é a primeira experiência minha, é muito gratificante ver várias vozes e ver os representantes de cada corporação que eu estou vendo aqui, um é médico, representando toda uma ideologia, Júnior nos deu uma aula, por dentro de forma didática, o Dr. Humberto, meus parabéns, de forma didática, fez com que eu me

sentisse não mais um estrangeiro, o Dr. Barrichello, ele abandonou os fatos e começou a trabalhar as questões conceituais e eu fiquei viajando, é tão bom assim, que país é esse, quando a gente defende o SUS, um SUS que é melhor aqui que qualquer parte no mundo, a justiça tem dificuldade para ver o que é público e o que é privado, qual é o limite disso aí, nós temos tantas coisas para discutir e eles ficam inventando coisas para privatizar por dentro do estado, um estado que cobra de nós impostos e ao mesmo tempo não promove cidadania, que sabe que nós queremos, essa tal de fundação de direito privado, privado para quem, o que serve o privado, o que é liberdade para o privado, é o poder econômico, será que eu vou ter um hospital ali no Conceição, onde é que está o SUS no Conceição, eu não conheço, mas conheço a minha Universidade por dentro, estão privatizando, estão precarizando e nós temos dificuldades sim, de ter esse debate, até por que eles estão muito bem preparados, e abandonam os fatos, e o Dr. Humberto radicalizou sim, buscou dizer o que significa, é um bem, o estado é, para que jogar no privado, qual é o interesse do privado, liberdade, que liberdade que nós queremos, eu tenho liberdade no supermercado, eu tenho, mas a que custo, do meu, financeiro, mas será que todo mundo tem essas condições, então a saúde não é mercadoria. Meus parabéns a todos e abro mão do meu tempo para outras pessoas, obrigado pela atenção.

Nelci: Boa tarde a todos e todas, meu nome é Neuci, eu sou membro do Conselho Nacional de Saúde, eu já fui membro do Conselho Estadual de Saúde, queria parabenizar na pessoa do nosso querido Presidente essa bela plenária e essa boa discussão, é muito bom a gente ver o controle social se efetivando, se preparando para defender o SUS no nosso país. O debate de fundações ele não pode ser como disse o Humberto, um debate apaixonado, mas eu entendo que ele tem que ser um debate responsável com o SUS público estatal de qualidade nesse país, e por que tenho uma história, por que tem uma trajetória, em tendo que o SUS não se fortalece, não se efetiva com a proposta de fundação pública de direito privado, para mim esta proposta ela feriu dois princípios que já estão na lei do Sistema Único de Saúde, saúde é direito do estado e ficou muito bem claro aqui que o estado, que é dever do estado, que o estado está abrindo mão do seu dever, está entregando o seu patrimônio para ser regido pela forma privada, pelo direito privado, isto é uma questão. A outra questão é sobre a participação da iniciativa privada no SUS, é complementar, e o que nós estamos assistindo no país a fora é uma tentativa de transformar o SUS em fundação pública de direito privado, por que esta proposta ela aparece como a salvadora da pátria, eu até brincava lá em Sergipe que me parece programa do Casseta e Planeta, fundações tabajaras

todos os seus problemas se acabaram, e não é isso, esta é uma questão que eu queria colocar. Outra questão é em relação ao respeito ao controle social do SUS, a conferência estadual desse estado, a conferência nacional de saúde deliberou posição contrária as fundação públicas de direito privado, e estamos apontando através de vários seminários do Conselho Nacional de Saúde várias estratégias para resolver a questão de gestão e estruturação do SUS, por que o governo federal desrespeita uma decisão do controle social nesse país, isso enfraquece o controle social nesse país e não implementa as alternativas que o conselho e que a conferência deliberaram e que aqui foi muito bem explicado, então aqui trata-se sim de ser responsável com o SUS público, estatal e de qualidade e mais ainda, desrespeitar o controle social do SUS que foi conquistado e está sendo construído por cada um e cada uma a duras penas e com muito sacrifício e sem alto salário de diretor de fundação pública de direito privado.

Alan: Saiu na veja esse ano uma reportagem sobre minas gerais que era a política de incentivo financeiro aos profissionais no estado de Minas Gerais, a situação é, a Secretaria de Saúde estipulava metas, entre os profissionais, como mortalidade infantil, e pagavam um extra aos profissionais ao atingirem essas metas, gostaria que se vocês soubessem comentassem um pouco como funciona essa política lá, que a princípio pela reportagem parecia ser uma política interessante. Fiquei curioso em relação a fala sobre o PSF, eu trabalho no PSF, sou agente de saúde e ai o seu Gilberto falou que não foi a solução, pelo menos fez uma fala mais não explorou o tema de fato, eu tenho exemplos lá em Rio Grande da nossa descentralização do programa e até a gente teve uma reunião essa semana com a Secretária de Saúde e a fala dela bem clara sobre PSF foi assim, olha, onde tem PSF a saúde é uma, onde não tem a saúde é outra, nas reuniões deles pelo interior da cidade, tanto no meio rural como no urbano, era uma avaliação da prefeitura e da própria câmara de vereadores, e ai fica uma pergunta ao Dr. Francisco, uma pergunta mais de cunho pessoal, em relação aos agentes de saúde se o Conselho Nacional de Saúde tem um política salarial, alguma previsão, existe um projeto hoje no congresso em relação ao agente de saúde passar a receber 2 salários mínimos. Em Rio Grande nós temos uma luta de gratificação de PSF ao agente de saúde, obrigado.

Arlindo: Boa tarde a todos, meu nome é Arlindo, eu trabalho no grupo Conceição e faço parte da associação dos servidores. Esse projeto, o embrião dele e o grande laboratório foi o Conceição, a direção era do Barrichello, na época o João Mota, Dr. Amorete, pagarão na

faixa de 150 mil para fazer um estudo e chegou a esse projeto da fundação pública, hoje estatal de direito privado, então foi pago por dois economistas, para fazer um projeto que Lenir Santos e José Carlos, para montar uma solução para o GHC que acabou uma solução entre aspas, então a gente sabe que esse projeto lá no Conceição já tem uma aceleração da terceirização de serviços, na gestão do Barrichello ele terceirizou muito mais serviços, colocou lá dentro as OSCIPs, as OSs, nós entendemos que a fundação é uma filha das OSCIPs nada mais que isso, ou parente ou prima, então assim, agravou na gestão do Barrichello a questão da terceirização, na fundação com certeza vai agravar muito mais, a questão e grande mote da fundação acho que nosso procurador colocou muito bem aqui, é a questão dos altos cargos com altos salários, claro que o governo vai indicar o diretor geral e esse diretor geral os demais membros, esse que é o grande mote, se adonar daquilo que era público e passa para a pessoa jurídica privada, é o grande mote é pegar os cargos, pegar o patrimônio e mandar ao bel prazer de quem estiver lá naquele momento, aí vai ficar por 4, mais 4, fica por 20, fica por mais 50 anos, depois quando detonar a estrutura vai embora e ninguém responde, como ninguém responde em nada nesse país. A outra questão não é os recursos do GHC, a questão lá é gestão e não é no país gestão, no país falta é modelo de assistência, acho que está muito claro dentro do conselho isso, conselho municipal, estadual, tem que estatizar o que está na mão do privado, Santa Casa, o Hotel Moinhos de Ventos dá isenção 600 milhões para construir lá na vila nova, ou na restinga o pronto socorro da zona sul, esse é o grande xis da questão, é tirar da mão do estado de passar para o privado, a fundação é privatização sim, é terceirizar, é botar mais OSCIPs lá, estamos denunciando hoje aqui, é botar muitos mais cargos políticos, já tem no GHC hoje mais de 40 na gestão, e mais FGs, daí o Barrichello diz assim, não mas é do corpo funcional a muito tempo, mas não é o melhor corpo funcional, é aquele que é do partido, ou PT hoje, ou do PCdoB, ou do PMDB, então tem que acabar com isso, muito bem falou Francisco Júnior, tem que ser gestão do quadro, técnica e não tem isso hoje lá, falta gestão, falta competência no GHC.

Vitor Heberle: primeiro eu queria saudar esse debate, acho que nós voltamos aos bons tempos das plenárias dos conselhos de saúde, onde se tratam temas que nos atingem no dia-a-dia, na nossa prática, na nossa ação enquanto atores da saúde. Primeiro eu gostaria de colocar que a concepção do SUS ela se baseia tudo ao contrário do que está sendo colocado aqui e quem é responsável pelo SUS não é um governo, não é uma empresa privada, e sim somos nós os trabalhadores, os gestores e todos nós participantes desse processo de construção do SUS nesse último período, então a responsabilidade muitas

vezes dos gestores é jogar justamente isso, passar a responsabilidade para hoje, agora eu queria pedir para o doutor aqui como é que nós não conseguimos responsabilizar o estado que só passa 6% para a área de saúde, isso é que nós temos que começar a discutir, a gente não tem direito nem do percentual mínimo que os estados repassam, que a PEC nos coloca, e ai agora nós temos todo um debate em relação a PEC e ai muitos dizem o seguinte, mas a lei de responsabilidade fiscal como é que fica, e ai vem toda essa discussão da privatização da saúde e tudo mais. A outra questão que eu gostaria de colocar é que SUS não se constrói e ai nós temos que se organizar por que se nós não quisemos que isso passa, nós temos que sim, na nossa caravana da saúde agora que vai ter aqui, que a Adalgisa estava falando, fazer um grande movimento e dizer que nós não queremos isso, não adianta nós ficarmos chorando o leite derramado depois, e ai vai depender muito da nossa organização enquanto trabalhadores, enquanto usuários, e o SUS é o melhor plano de saúde sim que tem e não é com privatização e com outras formas de gerenciamento, e o problema e a responsabilidade de um monte de ladrão que tem no sistema de saúde também que também não foram responsabilizados criminalmente, isso também é um outro problema, que gerenciamento é esse, então dinheiro muitas vezes tem para o sistema, eu trabalho em um município que aplicou no ano passado 22% na área da saúde, da receita do município, fora o dinheiro que vem do estado e do governo federal, então essa é uma questão que nós temos que aprofundar, com vai ficar essa responsabilidade dos gestores também que não aplicam os percentuais mínimos que é para aplicar na saúde, e ai que começa a dar problema, e ai que não vai ter dinheiro para nada mesmo. Então essa acho que é uma questão que eu gostaria que o doutor trabalhasse um pouco, a defensoria pública está vendo isso também, essa questão da responsabilidade jurídica desses cidadãos que não aplicam o percentual mínimo na área das saúde.

Claudio Augustin: Tem mais uma questão que foi entregue na mesa da Laura de Novo Hamburgo: Esse momento já estava previsto pelas plenárias e conferências nacionais de alguns anos, houve o aquecimento do controle social, fizemos nada ou muito pouco, temos que reagir e é agora, proposta, primeiro união dos conselhos em prol do controle social, segundo emitir parecer e posição que oriente os conselhos da ampla divulgação na mídia, na rua, passeatas, etc. Nós temos agora 17 minutos para o término, então damos 7 minutos para cada um e agora invertemos, já que o Barrichello começou a falar, termina falando.

Humberto Jaques de Medeiros: Primeira coisa é com relação a Emenda 29, essa sim é um

briga muito maior que a do sofá, mas é claro, a final de contas quanto que cada um está gastando em casa, quanto que cada um está gastando com amante nessa relação, essa amante está muito cara, esse seu amante está muito caro, e a gente tem o orçamento doméstico, tem que colocar comida em casa, tem as crianças, sim a Emenda 29 é uma discussão mais consistente. É importante esse espaço para a gente prestar contas. O tribunal de justiça do estado do Rio Grande do Sul já julgou em segundo grau e condenou estado do Rio Grande do Sul a cumprir a Emenda 29 quantificando os valores não pagos, está patenteado pelo poder judiciário que o estado do Rio Grande do Sul não cumpre a Emenda 29, não sei como existe déficit zero, se você não está pagando a sua dívida. Então está evidente a dívida e agora o passo seguinte nosso é a discussão da cobrança desse passivo, mas em termos judiciais já não tem muito mais o que se fazer, de discutir que não existe a dívida e que é indevida, ela está patenteada, o problema é que os estados pagam as dívidas por precatório, e a gente sabe qual é a reputação de precatório no Rio Grande do Sul, mas judicialmente falando, já está bem posto, bem claro o débito gaúcho. Outra coisa é a regulamentação da lei complementar, da Emenda 29 no congresso, que a gente tem que estar muito atento. Com relação as fundações e encerrando a minha participação, obrigado pelos comentários, atentem em especial para que nenhum projeto de lei em nenhum município ou estado, seja levado a câmara de vereadores sem passar pelo conselho de vocês e sem a reflexão sobre, vamos olhar com tranquilidade aqui, que problema se propõe isso para resolver e que outros caminhos teríamos para resolver isso que não este, e enquanto não sair a lei federal complementar da fundação estatal todas essas estão precariamente criadas, então o fronte mais importante para a gente brigar ainda é o Congresso Nacional, mas a estratégia pró fundação privada é mais ou menos o que se fez com o PSF, botou PSF precarizado no país inteiro para depois regularizar, então se a gente conseguir deter o movimento formiguinha de criação desses monstrinhos sem a lei federal é mais fácil, por que depois vão dizer, tem que fazer uma lei federal por que já existem 400 fundações estatais de direito privado maravilhosas e se não sair a lei federal essas maravilhosas e eficientes fundações vão quebrar e desassistir a pobre população socorrida, então a parte que você pode fazer em seu município é segurar, botar o dedinho nesse furo do dique, e no plano nacional a gente tem que pressionar o deputado da sua região, o senador do seu estado para dizer olha, não vote com isso, não desvie o foco do problema, enquanto conselheiro municipal que acompanha diretamente a gestão, chega para o secretário e diz, meu amigo isso é uma quimera, isso é a ilha da fantasia, não adie o enfrentamento dos problemas para o dia que essa figura existir, por que essa figura não é a

solução dos nossos problemas, pode ser a solução do seu problema, mas não é a solução dos nossos problemas, então vamos encarar os problemas e não a aparente solução. Não deixem abrir uma estofaria para tirar o sofá da sala e vamos dizer, olha vamos discutir a relação de verdade, vamos discutir a quantas anda o dinheiro, e a estrutura jurídica da prestação de saúde aqui e não adie, não prometa que o dia que vier essa fundação todos os problemas estarão resolvidos por que a única empresa que usa esse slogan são as organizações tabajara, seus problemas acabaram, você tem a fundação tabajara de saúde que vai resolver todos os seus problemas. Então não é essa maneira panacéica, de panacéia, utópica de que virá um instrumento jurídico, gente se a solução do problema fosse só criar uma figurinha legal, já tinha existido a muito tempo, por que nada é mais fácil para nós do direito que fazer lei, se fosse só uma leizinha, que é um passe de mágica de tudo isso, já estaria a muito tempo feita, por que todo mundo sabe, se tem lei boa 8080, 8142 e estão aí fazendo aniversário de 19 anos. Então tudo que era de matéria legislativa para o SUS funcionar, nós temos desde 1990, a fundação estatal por lei, se ela fosse tão maravilhosa, tão resolutiva já estava feita desde 1990 com 8080, 8142, então não existe a varinha de condão da fundação estatal que faz toda a mágica, mas também não existe a caixa de pandora, o veneno absoluto que se você abrir a fundação estatal todos os males o consumirão, não, ela não é nem o fim do mundo nem a solução de seus problemas, ela é apenas e tão somente uma tentativa de algumas pessoas ganharem vendendo para todos, a solução que não solucionará e criando problemas que já existiam, que ela não está criando, já existem, mas que a discussão da fundação estatal está só explicitando, que servidor público perdeu a estabilidade com o governo Fernando Henrique por uma emenda constitucional, perdeu, isto já está na constituição, não é a fundação estatal que vai executar isso. A LRF já permitiu o corte de servidores por indicadores econômicos de saúde fiscal, isso já existe, não é a fundação que vai criar, então tinha que ter brigado antes, mas isso é mais um problema para a gente despertar na fundação, então ela também está mostrando problemas que já existiam, não satanizem ela, mas também não santifiquem, entendam que o problema está em outro lugar, não discutam o sofá, discutam a relação.

Claudio Augustin: De imediato já passamos a palavra para o Júnior, 7 minutos.

Francisco Batista Junior: Sobre os agentes de saúdes companheiro agente de saúde o Alan, na semana passada eu estive, aliás na semana retrasada, eu estive em São Luis no maranhão e conversei com uma das lideranças nacionais dos agentes de saúde,

conversamos sobre o piso nacional e ai eu coloquei para ele que pela experiência que nós temos é inconstitucional a proposta de estabelecer um piso salarial vinculada ao mínimo, várias categorias de profissionais já tentaram e não tem jeito, a constituição não permite que qualquer categoria tenha um piso salarial vinculada ao mínimo, conversei com ele, olha é bom vocês comecem a tratar disso logo tentar construir uma proposta com o valor numérico estabelecido, como é o caso dos professores que conseguiram o piso salarial com o valor estabelecido, e ai sim garantir a reposição periódica tal e tal, agora assumi o compromisso com ele de pautar a questão de vocês no Conselho Nacional de Saúde para discutir a questão do agente de saúde como um todo principalmente com relação ao descumprimento da emenda constitucional, que nesse momento que houve mudança de prefeito em todo o país, vocês não imaginam o que está havendo de perseguição e demissão de agentes de saúde, tudo quanto é município no país a fora os prefeitos estão demitindo os agentes de saúde e contratando o pessoal da turminha deles, e não dá para ser assim e tem sido sempre assim, bem como nós temos que discutir no Conselho Nacional de Saúde, cobrar do Ministério da Saúde uma posição em relação aos gestores que descumprem da emenda constitucional, que trata da efetivação do agente de saúde, isso ai deve ser pautado em maio mais tardar em junho, o Vitor faz referência ao descumprimento por parte do Rio Grande do Sul da emenda constitucional 29, eu tenho dito pelo país a fora que o maior problema que o SUS enfrenta é a impunidade, então a legislação, é o que o procurador acabou de colocar aqui, viram o que eu mostrei para vocês ai, não fui tirar o sofá da cama não, esgacei a relação, eu mostrei para vocês o quanto a relação está complicada, então não adianta tirar o sofá, não sei se é por que eu tenho experiência, eu estou no quarto casamento, então fico muito a vontade para falar de relação conjugal, mas enfim, concretamente a questão é muito mais complexa, os agentes etiológicos são todos aqueles ali que se não forem equacionados não tem nada que dê jeito, não vai ser fundação, não vai ser autarquia, não vai ser nada. Para concluir eu quero dizer primeiro o seguinte, eu volto a insistir, essa legislação que está ai é uma das legislações mais perfeitas do mundo e nos custou suor, lágrimas e sangue, para nós conseguirmos isso ai que está na constituição e que hoje diz que está superado e para nós não está, para nós continua super atual, não é por que o neoliberalismo tomou conta do mundo, não é por que o material também que a gente vai esquecer as nossas bandeiras não viu, nossas bandeiras continuam as mesmas, e essa legislação precisa apenas em alguns aspectos ser regulamentada, então se é verdade que temos problema de engessamento, então vamos tratar da regulamentação do inciso 21 do parágrafo 8 do artigo 37 da constituição federal, por que ai lá a gente vai estar resolvendo

a situação da autonomia administrativa da autonomia orçamentária financeira, da autonomia e flexibilidade da contratação e remuneração, tudo bonitinho, sem criar absolutamente nada de novo. Segundo, se não dá para avançar, eu aprendi na militância Marxista Leninista que eu não abro mão, que se não dá para avançar, não dá para retroceder também, se a correlação de força é desfavorável e não dá para a gente ir um pouco mais além, não dá para entregar o jogo para o bandido, a gente tem um instrumento hoje que é aproveitável de forma sobeja pelos grupos organizados, e a gente quer fortalecer esse pessoal criando um instrumento, que não é novo, já existia a muito tempo, o próprio Humberto reconheceu aqui, é o que eu falo, será que alguém imagina que vai ser diferente, será que alguém imagina que na hora que se criar a fundação de direito privado no estado do Rio Grande do Sul o governador vai ter toda a autonomia de nomear os diretores ou será que essa nomeação vai passar por debates, debates de base partidária, de interesse de ocupação de espaço, será que vai ser diferente agora por que é fundação de direito privado, nunca foi, vamos falar a verdade não é. A última coisa, ontem eu recebi o telefonema de uma conselheira de saúde bem humilde, usuária da cidade de Amargosa interior da Bahia, uma cidade com 45 mil habitantes, governada pelo PT, por que essa proposta muita gente diz, é a proposta de sanitaristas, é proposta de militância de reforma sanitária, é proposta de petista, e daí, é petista, é de reforma sanitária é atestado de perfeição, desde que eu entrei no movimento que eu sei perfeitamente separar o joio do trigo, o fato de se afirmar de esquerda para mim não vale de nada, eu quero ver a prática, eu quero ver o dia-a-dia, fazer discurso bonito é fácil, dizer que é de esquerda, dizer que é revolucionário, mas no dia-a-dia a gente sabe que muita gente boa que se diz de esquerda faz, para mim é melhor dialogar com direita, tranquilamente, para mim é muito tranquilo isso, não aceito portanto discurso de que a proposta é de pessoas de esquerda da reforma sanitária de militantes socialistas que merecem o respeito, para mim não, e quem é contra-corporativista é incompetente e desqualificado como tão acusando a gente do Conselho Nacional de Saúde, não aceitamos isso, tanto é verdade que apresentamos um monte de proposta ai, aliás as propostas outro dia apresentei para o Temporão, ele concorda com todas elas, eu falei diabo, se concorda com todas elas por que não põe em prática, mas o que acontece, a gente sabe muito bem o que acontece não é procurador, não vamos discutir isso agora que é questão interna, vamos resolver isso lá por dentro. Onde há debate as coisas mudam, então ela ligou para mim ontem dizendo que lá em Amargosa, lá o governo do PT da Bahia está saindo por tudo quanto é município do PT fazendo a doutrinação da proposta, ai sem contraditório, os caras são muito bons de discurso não é, o Barrichello é super bom de discurso, o cara é, de prática

também, eu conheço o Barrichello razoavelmente bem, mas enfim, ai chega no município daqueles sem muita informação, lasca o discurso, o pessoal aprova rapidinho. Em Amargosa o prefeito do PT mandou projeto direto para a câmara, sem passar pelo conselho de saúde como o Humberto falou aqui, só que a câmara lá, reconhece o conselho de saúde que tem uma atuação muito importante, ai a câmara mandou o ofício para secretária perguntando qual a opinião do conselho de saúde, não tem opinião porque não debatemos aqui, a câmara falou então vamos fazer um debate com todos os vereadores com todos os conselhos de saúde e me convidaram, eu debati com o prefeito e com o representante da secretaria de saúde do estado, o conselho voltou ontem, derrotou a proposta de fundação de direito privado lá, onde há debate a coisa flui. Agora o que não dá para acontecer é um governo que se diz popular, democrático como se diz o do Lula, ter um Ministro da Saúde que na maior cara de pau desrespeita uma conferência nacional de saúde, o que não dá para aceitar é que um governo que se diz popular democrático e diferente, desrespeita uma decisão do Conselho Nacional de Saúde, com os argumentos mais reacionários possíveis, como por exemplo que não compete ao conselho nacional discutir sobre gestão, que gestão compete a quem é gestor, como se gestão não fosse política de saúde, e não envolvesse recurso financeiro, por que para mim não tem problema nenhum em dialogar com partidos que tem um projeto que a gente sabe muito que é claro que são contrários aos interesses populares, a gente sabe com quem está lidando, agora, discutir com gente que se diz parceiro nosso como gente que está no governo lula e praticar o que está praticando, ai aumenta ainda mais a nossa responsabilidade e ai exige de nós todos uma maior mobilização ainda, muito obrigado uma boa plenária até o final.

Claudio Augustin: Obrigado Júnior, agora o Barrichello.

Gilberto Barichello: No SUS tem o princípio da democratização e da paridade, a mesa não foi paritária, eu tive 24 minutos contra 60 minutos, eu só fiz uma constatação, é mera constatação, calma, e quando eu falei ele disse que eu falei 24, o Júnior falou 27 e ele não falou que Júnior falou 27, só estou dialogando das relações, dos valores, dos princípios do SUS na mesa só isso, é bom fazer essa observação, não só no discurso mas na prática, o SUS não é só democratização da boca para fora. Eu quero dizer Júnior, e lhe conheço a tua luta histórica no SUS, respeito, eu também sou trabalhador do SUS, tenho a mesma luta, e o GHC, eu só quero dizer que quem formatou essa fundação não é leviatã do SUS, só quero dizer que quem formatou e eu ajudei a formatar, não sou leviatã do SUS, sou um construtor

do SUS, no meu hospital não tinha orçamento participativo, hoje tem, o Arlindo é pessoal, depois eu falo por que vou responder para cada um, aquele povo lá sabe muito bem, aquele povo lá quer o SUS, mas quer para os seus trabalhadores que é plano privado e negocia nas centrais sindicais planos privados e não o SUS e essa discussão nós temos que fazer aqui, essa discussão nós temos que fazer, para o povo, para o usuário, para os conselheiros, para o SUS, para os meus trabalhadores eu quero plano privado e o estado ajuda a pagar, essa é uma boa reflexão, é uma boa reflexão da gente fazer Dr. Humberto, Dr. Júnior, uma excelente reflexão, e eu quero dizer que eu não sou leviatã do SUS por que quem recebeu o prêmio nacional de participação do SUS foi o GHC por ter criado o orçamento participativo, por ter criado o conselho gestor, por colocar trabalhador no conselho de administração, eu só estou dizendo, e vocês aqui de Porto Alegre tem conselho gestor aqui, sabe muito bem que no GHC isso existe e existe de fato e de direito, eu quero dizer que a gente não é leviatã do SUS, a gente é companheiro, podemos ter idéias diferentes, conceitos diferentes, sim, agora no SUS também tem o respeito ao pluralismo e as divergências, e as diferenças de idéias, por que ali que pode nascer a originalidade e o novo, não é na unanimidade, é no contraditório que a gente pode crescer, é disso que eu estou falando, eu só quis dizer isso antes de responder aqui as questões, por que convenhamos, quem não foi criada por lei do estado foi a Fundação Roberto Marinho, ou é o governador do Rio ou o Lula que indica, não! A fundação estatal de direito privado vai ser criada por lei, vai ser discutida pelos vereadores, deputados, parlamentares e vai ser indicados pelo governo, então a Fundação Roberto Marinho não tem nada a ver com essa nossa fundação, por que ela é fundação privada de direito privado e aqui nós estamos discutindo fundação pública de direito privado, esta é criada por lei, a do Roberto Marinho ele não pediu licença ao Lula ou Governador do Rio. Eu vou responder o Francisco de Pelotas, ele disse: “mas que SUS tem no GHC?” a população gaúcha sabe o SUS que tem no GHC. O GHC antes da contratualização do Ministério, quando nós assumimos lá Francisco tinha cento e poucos leitos que era para atender plano privado, onde se atendia os privilégios e os parentes de amigos inclusive dos profissionais, para o usuário do SUS não tinha leito e para os outros sempre tinha leito por que tinha plano privado. Nós chegamos lá, sem ordem de ministro, sem nada por que temos concepção do SUS Júnior, nós imediatamente fizemos um ato, rompemos os contratos inclusive do IPE, o presidente do IPE me disse, Barrichello tu tens o IPE, eu sei, e abrimos 100% SUS no GHC, e 100% SUS não é só disponibilizar leitos, é ter democracia dentro do hospital como nós temos instrumentos de orçamento participativo, de conselho gestor, de trabalhador, não é só disponibilizar todos os leitos para o SUS ser 100% SUS, é ter democracia, é disponibilizar

toda a capacidade instalada, seja de leito, de democracia, seja de conhecimento, seja tecnologia, seja pesquisa, seja o ensino como nós temos lá dentro, tudo é para o SUS, e quero informar essa plenária, nós já estamos com o MEC adiantados para criar primeira escola técnica do SUS no GHC, para vocês do interior, só SUS, isso é construir o SUS, a gente tem divergência, tem, então no GHC é 100% SUS, nós nunca aparecíamos Humberto, na pesquisa da revista Amanhã que faz as principais marcas, nós sempre aparecíamos em 6º lugar, depois da Santa Casa, depois do Clínicas, depois do Moinhos de Vento, depois Mãe de Deus, nós conseguimos o 2º lugar sem fazer propaganda na rádio, venham no Mãe de Deus que tem urologia, tem isso... A população está indicando o GHC em 2º lugar como hospital mais reconhecido do Rio Grande do Sul, e na classe C e D, que é o cara que nós atendemos que não tem mais vaga para vender lá no interior, é o GHC que atende a média complexidade e a classe C e D, nesses nós estamos em 80% em 1º lugar, então isso é 100% de SUS, nós não tratamos o SUS como uma mercadoria, nem quem defende a fundação, eu vou entregar a lei ordinária por que tem uma lei complementar no Congresso, é o PL, Projeto de Lei Complementar 92, que cria a fundação, essa que nós estamos discutindo, lá ela só está definindo quais as áreas de atuação dessa fundação e algumas normas gerais, o que vai definir realmente o que é essa fundação é a lei ordinária que cria, tipo, fundação grupo hospitalar conceição, eu quero ter a honra e o prazer, se vocês pegarem a lista dos seus endereços dos seus telefones, eu quero mandar o nosso projeto de lei, por que toda essa democracia está lá no projeto de lei, só para o SUS, não pode vender serviços, para iniciativa privada, eu quero dizer que esta fundação é muito mais SUS que algumas secretarias de estado e dos municípios, e algumas entidades estatutárias, é muito mais, é um tema que a gente não pode confundir natureza jurídica com vontade política, e as vezes se confundem nesse debate, se confunde. Neuci, nós temos a plena consciência que saúde é dever do estado e direito do cidadão, direito a vida, nem vou entrar nesse debate por que não estamos aqui para discutir, e fundação não vai lidar com iniciativa privada, é exclusivamente para o SUS, não pode vender serviços, a única exceção é ensino e pesquisa por que todo mundo sabe aqui que o estado tem que ser bom para captar recursos para o SUS, para fazer pesquisas para o SUS, e não para os laboratórios. Neuci, nós não queremos transformar o SUS em formação, quem define as políticas do SUS é os conselhos de saúde, a fundação é para executar uma política de saúde definida pelo conselho, ou definida pelo conselho, ou gestor encaminhou para o conselho, a fundação não vai substituir gestor, secretaria e o papel do conselho, ela executa uma política decidida, esse é outro conceito que a gente tem que reparar aqui, o Alan de Rio Grande, tchê, metas: Minas Gerais, eu sou

contra aquele tipo de projeto, especialmente na área da educação, eu conheço, o GHC hoje trabalha com metas e indicadores, claro, não precisa ser fundação, obviamente, tenho plena concordância, nós não podemos confundir o que é de fundação e o que ela ajuda, ou não ajuda, o que é contra, por que alguns conceitos metas, plano de carreira, remuneração Júnior, remuneração não depende de ser fundação, ou ser da secretaria, isso depende de vontade política então não podemos confundir (Humberto: *Não, são coisas bem distintas, no serviço público quem define a remuneração é a lei, na fundação quem define a remuneração é o gestor, ou seja o gestor da fundação diz eu quero dar tanto para fulano, encerrado o assunto*). Alan, portanto metas nós estabelecemos agora esse ano para aumentar 8% o número de cirurgias no GHC, porque temos capacidade instalada, isso é bom para a população, e aumentar o número de cirurgias, isso é meta, isso não é pecado. Ter meta, é melhorar o ponto de vista de quantidade e qualidade dos usuários. Arlindo, meu companheiro lá líder do PSol e da associação aqui que nós dialogamos muito, democraticamente etc, não temos problema nenhum, sabe com quem nós temos um contrato de OSCIP lá que ele citou, nenhum enfermeiro, médico da área da saúde é terceirizado, nós contratamos 2 mil trabalhadores, de 2000 para cá, novos empregos, todos concursados, nenhuma empresa pública e privada desse estado contratou tantos trabalhadores concursados, 93.2% dos cargos do GHC são do quadro, ocupados, são do quadro, está publicado em jornais e podem conferir. Então as OSCIP, tem uma OSCIP que é 5 grupos de mulheres pobres da periferia de Porto Alegre, que tem uma rede solidária da economia solidária que produz os enxovais do GHC, só isto.

Questão de ordem: estou me sentindo assim, prejudicada, por que a pauta é fundações, e o Dr. Barichello está pontuando Conceição, Conceição, Conceição, nós estamos aqui para discutir as questões das fundações.

Gilberto Barichello: Veja bem, coordenador da mesa, eu estou respondendo em respeito aos usuários. Teve um menino que perguntou do Conceição, chamado Fernando, eu estou respondendo chamando nome de cada um que fez questão, e estou respondendo cada um deles, e eles colocaram várias perguntas relativas ao Conceição. Mas está bem, vou concluir, desculpa. Então gente, Humberto, Júnior, nós temos que continuar esse debate com mais tempo, eu me prontifico e já estou indo para o interior não há problema nenhum para fazer esse debate com calma, com jeito democrático como estamos fazendo aqui, mas fazer mais, se apropriar das normas dos projetos de leis, das discussões. Aqui tem

conselheiros que talvez seja a primeira vez que está ouvindo esse debate. Quero agradecer ao conselho estadual e que esse debate tem continuar, acho é um debate importante para a construção do SUS. Muito obrigado.

Claudio Augustin: Obrigado Barrichello, antes de concluir essa mesa, tenho alguns avisos que gostaria de dar, no dia 31 às 18hs terá uma reunião no Conselho Municipal de Saúde para organizar o dia 7, dia mundial da saúde, vai ter um ato, na terça-feira que vem vai ter uma reunião para organizar esse ato, continuar a organização desse ato, dia 6 às 14hs, no plenarinho da assembléia está se juntando várias entidades e estamos convidando quem quiser participar, para apresentar uma nova representação ao Ministério Público Estadual e Federal, para continuar com essas ações para o orçamento de 2009, o não cumprimento dos 12%, e no dia 14 e abril às 16hs, reunião para formação do fórum gaúcho contra fundações no Conselho Estadual de Saúde, obrigado encerrada essa mesa.

Dia 27.03.2009 - tarde

Paulo Humberto: Boa tarde a todos e a todas, estamos dando início ao segundo ponto do dia de hoje que é pacto pela saúde – financiamento. Eu gostaria em nome do Conselho Estadual de Saúde saudar a todos os conselheiros municipais estaduais de saúde e demais representações que se encontram nessa décima terceira plenária de conselhos municipais, os nossos debatedores de hoje desse ponto que é extremamente importante, pela ASEDISA Carolina Santana, pelo Ministério da Saúde Silvana Leite Pereira, pela Secretaria Estadual de Saúde Marli Morais Lima, eu passarei de imediato a palavra para a representante do Ministério da Saúde Silvana Leite Pereira.

Silvana Leite Pereira: Boa tarde gente, primeiro eu queria agradecer o convite, eu tive oportunidade de apresentar o pacto na Plenária Nacional dos Conselhos em Brasília e depois em uma reunião do Conselho Nacional de Saúde. Conselheiros por obséquio silencio para que possamos ouvir a palestrante. Lá no fundo por favor vamos se sentar não é, eu acho que vai ter que esperar porque eles estão brigando lá atrás. A discussão antes estava bem acalorada não é, mas eu acho que é muito importante na linha do que o promotor nos disse agente discutir o instrumento de organização que está posto para o SUS e discutir a qualificação da gestão porque na verdade é isso que vai fazer a grande diferença, então eu vou tentar, eu nunca falei do pacto tão rapidamente, porque falar do pacto em 20 minutos é

praticamente uma missão impossível eu vou tentar tratar dos pontos que a gente considera principais e depois no debate agente pode aprofundar em algumas coisas. Bom isso aqui é só para mostrar que o Brasil já tem um histórico de pactuações, então só para lembrar que desde 1999 nós tivemos o pacto da atenção básica. Em 2001 a secretaria de vigilância e saúde fez a primeira programação pactuada da vigilância e saúde. Em 2002 permanecem separadas e até 2006 as pactuações da atenção básica e da vigilância sanitária isso para os senhores não é novidade porque todas essas pactuações passam por discussão e aprovação nos conselhos. Em 2006 aquelas pactuações relativas a indicadores de saúde elas só vão se unificarem em 2007 já ligadas ao pacto pela vida, as prioridades do pacto pela vida que é uma das dimensões do pacto pela saúde certo, eu vou falar de alguns fundamentos jurídicos do pacto que eu acho que é preciso que todos os conselheiros conheçam não é, nós temos a portaria 399 de 2006 que trata das diretrizes operacionais do pacto, e a portaria 699 que regulamenta o pacto é na portaria 699 que os senhores vão encontrar os termos de compromisso de gestão que é o instrumento que formaliza a adesão ao pacto, tanto no âmbito municipal quanto no estadual, quanto federal, lembrando que todas as publicações relativas ao pacto estão disponíveis no site do Ministério da Saúde, e podem ser baixadas pela Internet. O que a portaria 699 que é a do regulamento, ela traz então o termo de compromisso de gestão enquanto uma declaração pública dos compromissos assumidos pelos gestores e a formalização dos pactos pela vida e de gestão, eu queria sinalizar que o pacto pela saúde ele é composto de 3 dimensões: o pacto pela vida, o pacto de gestão e o pacto em defesa do SUS. Em uma avaliação da implantação do pacto no Brasil realizada pelo conselho de secretários estaduais e municipais de saúde e pelo ministério da saúde em 2007, foi avaliado que o pacto em defesa do SUS foi na verdade o que menos caminhou até o momento a gente ainda não conseguiu fazer de uma maneira satisfatória essa disputa pela defesa do sus, e inclusive é muito louvável essa iniciativa do conselho nacional de saúde que está aí sendo incorporado pelos conselhos municipais e estaduais na caravana em defesa do sus, lembrando também que quando agente diz declaração pública dos compromissos assumidos pelos gestores, naquela lista de responsabilidade do termo de compromisso e gestão, não existe nada de novo, que já não fosse responsabilidade sanitária dos gestores municipais, quando um gestor municipal toma posse como um secretário municipal de saúde ele tem aquelas atribuições, aquelas são responsabilidades sanitárias o que muda no pacto gente é que explicita as responsabilidades sanitárias nós vamos ver a diferença entre uma gestão plena, o que você tinha numa gestão plena nas NOBs e nas NOAs? Você tinha lá uma lista de condicionantes para você se tornar

pleno de gestão, o que nem sempre significou uma maior qualificação da gestão, porque às vezes se cumpria àquela lista no momento de se tornar pleno e aquilo ia az vezes para dentro de uma gaveta e não imprimia qualidade na gestão o que o pacto mudou é que não existe condicionante, qualquer município pega aquele conjunto de responsabilidades expressas no termo e vai dizer o que ele já realiza daquilo, o que ele ainda não faz e com que ele se compromete a fazer em que tempo, certo? Ele não tem um condicionante como antes existia nos plenos, são anexos do termo de compromisso de gestão: o extrato do termo de compromisso entre entes públicos; a declaração de comando único; o termo de limite financeiro global que explicita a partir daquele momento qual vai ser o teto financeiro daquele município para fazer a saúde, para sua população; e o relatório dos indicadores. Isso aí é o que eu queria chamar a atenção de vocês. Lembram que eu mostrei que já tínhamos no Brasil uma história de pactuações da atenção básica da vigilância sanitária, e essas pactuações elas são de caráter obrigatório porque elas expressão responsabilidade sanitária estão ligadas a endemias e houve um acordo tripartite no Brasil entre secretários estaduais, municipais, e ministério da saúde, de que aquela pactuação ela era obrigatória, o pacto de gestão ele é expresso pelo termo de compromisso e gestão, ele é fruto de adesão voluntária, os municípios e estados aderem ao pacto ou não, então a gente viveu uma esquizofrenia aí, porque o pacto pela vida na verdade ele é uma dimensão do pacto pela saúde, mas ele tem caráter obrigatório, porque ele já tinha um caráter obrigatório, ta certo, e o pacto de gestão ele é por adesão voluntária, isso fez com que as pessoas compreendessem os processos como dois processos, mas na verdade não são, não é, porque na verdade os senhores apreciam nos conselhos as metas estabelecidas nos indicadores de saúde prioritários pela prioridade do pacto pela vida não é em separado e onde não foi feito ainda o pacto de gestão não há uma discussão sobre isso, ora, mas eu deveria estar fazendo uma discussão da qualificação da gestão que houvesse uma implicação nas melhorias das condições de saúde da população, ta certo, então na verdade eles são um processo só que não dado momento foi separado porque um é por adesão e um é de caráter obrigatório, mas na nossa cabeça isso não pode ficar separado não, eu faço o plano de saúde, eu qualifico a gestão eu explicito minhas responsabilidades sanitárias porque o que eu quero no final das contas é melhorar aqueles indicadores de saúde da população. Só para citar porque não dá tempo de detalhar, nós temos também ligada ao pacto à portaria 204 que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para ações e serviços de saúde, a portaria 204 é de 2007 e ela estabelece 5 blocos de financiamento para o sistema de saúde, que são esses: atenção básica, média e alta, vigilância, assistência farmacêutica e gestão do SUS. Cada

bloco desses abre geralmente em 2 componentes, a não ser assistência farmacêutica que tem 3 componentes, e cada componente abre lá nas suas funções programáticas, ou seja, a gente não conseguiu ainda ter um financiamento menos fragmentado, significou um avanço, mas nós ainda temos muitas funções programáticas aqui dentro, que tanto o gestor fica louco como os conselheiros também na hora de ver se os recursos estão sendo gastos adequadamente nas suas contas específicas. Lembrando que o pacto pela vida, em 2008, teve essas 11 prioridades. Todos os indicadores estavam ligados a essas 11 prioridades, sendo que 3 que estão marcadas em negrito, foram inseridas pelo Conselho Nacional de Saúde em 2008. Em 2007 nós tínhamos apenas 8 prioridades, chamando a atenção que em 2009 ficarão mantidas as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde, ou seja, em 2009 não haverá abertura de processo de pactuação de objetivos, metas e indicadores pelo pacto pela vida. Isto foi uma decisão da tripartite, em função de haver um acordo em função de que mal se terminava um processo de pactuação já estava se iniciando outro sem avaliar o desempenho que se teve no ano anterior e sem traçar estratégias para superação do que não foi atingido. Então vira quase que um processo compulsório, vai se pactuando sem nunca avaliar o que se está fazendo. Gostaríamos inclusive de contar muito com os senhores para que não abriremos pactuações, mas avaliar o que foi feito em 2008 e traçar estratégias para superação das fragilidades que nós ainda apresentamos, para alcançar as metas nos indicadores que são mais importantes para cada local. Então eu queria chamar a atenção para o pacto pela saúde que é um pacto federativo. O pacto pela saúde não é um pacto do município com o estado é um pacto entre os três entes federados que pela primeira vez explicitam em termos de compromisso de gestão as suas responsabilidades específicas e gerais e isso significa que essa responsabilidade é solidária, tanto que se chama um pacto definido como um pacto solidário, ou seja, o não alcance dessa responsabilidade é de responsabilidade dos três níveis e não apenas do estado ou do município ou da união. Então ha uma substituição do processo de habilitação pela adesão expressa na assinatura do termo de compromisso de gestão e o pacto coloca algo que eu acho muito importante, todos os gestores são plenos na responsabilidade de saúde de sua população, eu acho que isso é uma coisa importante que o pacto explicita porque ele não traz responsabilidade nova que já não estivesse posta, mas ele diz algo que quebra um pouco com aquela noção assim, antes na NOB na NOAs, não se eu sou um município de atenção básica eu tenho que dar conta só da atenção básica, nunca foi assim porque a integralidade sempre foi um principio constitucional do SUS, mas às vezes havia esse entendimento, a não só quem é pleno tem que dar conta de média e alta

complexidade. Não. O pacto ele traz de uma maneira muito radical a questão da integralidade pra mesa, se eu não tenho no município, eu sou responsável por pactuar na minha região de maneira solidária para que a minha população seja atendida no que eu não tenho. Por isso o pacto traz de uma maneira muito radical, também, a questão da regionalização o Brasil tem uma característica de ter descentralizado municipalizando, diferente de outros países que ao descentralizar já regionalizaram, isso significou avanços importantes no Brasil, mas significou também que os municípios se acostumaram a se ver muito como átomos e na saúde, se existe uma área que agente não resolve os problemas sendo átomo, é na saúde. Na saúde nós vamos ter que fazer discussões regionalizadas para dar conta de ter uma maior resolutividade nos problemas de saúde da minha população, porque não é razoável, é financeiramente impossível, e não imprime qualidade assistência eu ter serviço de alta complexidade ou hospitalares em todos os municípios de 20 mil, dez mil habitantes, e está provado pela organização mundial de saúde que a qualidade também depende de escala, quem faz um certo numero de cirurgias imprime maior qualidade aquelas cirurgia que faz, então não é só por conta da questão de recurso que agente precisa obedecer a escala, pronto, bom então só lembrando isso que eu já falei. Lembrando que o pacto também traz e coloca na mesa a questão da necessidade do financiamento tripartite e da necessidade da gente discutir critérios de equidade na distribuição dos recursos. O fluxo do termo de compromisso de gestão que vocês também vão encontrar na legislação, considera que os colegiados de gestão regional são espaços privilegiados da discussão dos termos de compromisso de gestão municipal exatamente porque a solução dos problemas não se dá só no município, é importante à coordenação do estado nesse processo, assim como a participação dos conselhos, lembrando que dentro das responsabilidades estão estabelecidas às responsabilidades do conselho de saúde na discussão e aprovação do termo de compromisso na participação da construção do plano de ação e definição de estratégia para alcance das metas e aprovar, acompanhar e monitorar a pactuação dos indicadores. O que os senhores já fazem hoje no município. Isso para dar um panorama do Brasil, então a diferença entre os municípios que foram habilitados em gestão plena no Brasil, somando NOBs e NOAs e os municípios que hoje já fizeram adesão ao pacto pela saúde, ou seja, passa de 681 municípios que eram plenos do sistema para 2728 municípios já com adesão ao pacto. Nessa adesão municipal foi agregado os estados por região do Brasil. O Rio Grande do Sul tem a mesma característica de Sergipe, Piauí, Pará, Amapá, de ter zero % de adesão. Observou-se nesse processo, e a área que eu trabalho, que é o departamento de apoio a descentralização, é a área responsável para acompanhar a

implementação do pacto no Brasil e uma coisa que agente viu que era interessante, que quando o estado não aderiu havia uma tendência a ter menos adesão municipal. O fato do estado aderir parece que puxa, tem um poder de puxar, as adesões municipais, à não ser quando você tem outros fatores ou determinações diversas que fazem com que haja uma definição a não adesão municipal. Nós consideramos que a grande novidade que o pacto traz em termos de avanço é o colegiado de gestão regional. Quem se interessar em ler mais, o livro 3 do pacto é o livro da regionalização, está lá no site do ministério da saúde. O colegiado de gestão regional tem uma proposta de que ele discuta o planejamento da região. Qual é o papel de cada município nessa região de saúde, e quais são nossos problemas comuns, que soluções nós vamos buscar para esses problemas. Essa é a situação da constituição dos colegiados hoje no Brasil, totalizam então 4578 municípios já que pertencem a colegiados e a gente tem um vazio maior na região norte, acreditamos até pelas especificidades que a região norte tem e das dificuldades de se discutir quais vão ser as características ou os determinantes da divisão regional dentro dos estados da região norte. O que é que chama a atenção quando agente compara o mapa das adesões com o mapa dos colegiados? É que a distribuição é extremamente diferente, ou seja, você tem uma série de estados que tem colegiado e tem baixíssima adesão municipal o que deixa a gente pensando qual tem sido o poder dos colegiados de fomentar a discussão das adesões municipais, e a adesão municipal é uma coisa que nos preocupa por quê?, Porque o poder que o pacto tem de transformar a realidade é menor se quem faz a ação de saúde é o município, desde a constituição, pois o estado deixou de ser prestador de serviço, quem executa a ação de serviço de saúde é o município, enquanto o município não adere, a gente tem que se perguntar qual é o poder que o pacto tem de mudança na realidade. Tem algumas questões que são postas ao se pensar o plano diretor de regionalização que não vai dar tempo para agente entrar, mas eu posso deixar também essa apresentação disponível para vocês. A comparação do que eu estava dizendo, você tem aqui no mapa das adesões uma série de brancos que você não tem no mapa dos colegiados. Isso é só para chamar a atenção para os senhores enquanto conselheiros estejam atentos à portaria 3176 de 24 de dezembro de 2008 que aprovou as orientações à cerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do relatório de gestão, porque para nós, termo de compromisso de gestão, plano de saúde e relatório de gestão, estão todos associados, são ferramentas de gestão, se não for assim não vai ter efeito de mudança. Se as fragilidades que eu constatei no termo, não tiverem refletidas no meu plano, e se eu não fizer uma avaliação disso no relatório de gestão, essa realidade também não vai mudar, nós precisamos retomar os instrumentos de gestão. Eu trouxe

especificamente a situação do Rio Grande do Sul, vou tentar encerrar brevemente. O Rio Grande do Sul tem então uma adesão estadual de 2007, um PDR de 2002, os relatórios anuais de gestão de 2007 e 2008, estão em análise pelo Conselho Nacional. Todas essas informações, são informações formais que nós temos no Ministério da Saúde, e é até bom quando apresentamos, se tiver uma outra informação ela precisa ser formalizada junto ao Ministério da Saúde, em relação ao relatório anual de gestão municipal, vocês já tem 92 por cento dos municípios com relatórios aprovados e apreciados pelo conselho e 11 em análise. Em termos de responsabilidades sanitárias realizadas e não realizadas e expressas no termo de compromisso de gestão do estado foi essa a situação, você tem um percentual maior de “não realiza”, em gestão do trabalho educação da saúde e participação e controle social, que são três eixos que no Brasil de maneira geral, são os três eixos onde se tem o maior percentual de “não realiza” mesmo. Em relação ao eixo 7, eu levei essa lâmina na plenária dos conselhos, e o pessoal gostou muito de ver, por isso que eu trouxe ela aqui, essa é a situação Brasil considerando 25 estados que haviam aderido até aquele momento, em relação à participação e controle social, chama a atenção que as duas responsabilidades com maior fragilidade no Brasil estão ligadas a serviço de ouvidoria e a educação popular, o que coloca para nós uma necessidade de discutirmos e vermos como que podemos superar nos 3 níveis essa fragilidade. E na participação e controle social do Rio Grande do Sul, esse eixo está dessa maneira: 25 por cento de “não realiza” e 75 por cento de “realiza” e o Rio Grande do Sul segue a tendência nacional que é exatamente esses 25 por cento, que é exatamente em educação popular e ouvidoria. A constituição dos colegiados no Rio Grande do Sul tem esse desenho. Eu trouxe aqui uma situação da alimentação do SIOPS dos municípios do estado de 2000 a 2008, onde se vê uma evolução enorme, tem apenas um pequeno percentual de municípios que, lembrando que nos SIOPS é o município que declara, então é ele que declara que não cumpre a emenda, em 2008 nós só temos até o momento 52 por cento de alimentação pelos municípios nos SIOPS, eu acho que isso é uma coisa que tem que ser observado, porque que 52 por cento já conseguiram fechar orçamento do ano anterior e jogar as informações no sistema, lembrando que os SIOPS é de preenchimento obrigatório e que essa informação que eu trouxe aqui está apenas organizada, mas essa informação é pública, qualquer um que acesse o site do ministério da saúde tem acesso a essa informação inclusive lá você consegue ver qualquer município do Brasil, para diversos tipos de consultas eu recomendo. Então só para dizer isso, que nós temos aí ainda 48% dos municípios que não alimentaram, acho que já encerrei, chamando a atenção para o que é novo para os municípios em relação ao pacto não é, apenas

sinalizando alguns pontos, então é isso gente, eu espero ter contribuído, foi muito corrido, mas também no tempinho que agente tiver para debate eu tento complementar alguma coisa. obrigada.

Paulo Humberto: Obrigado Silvana, passamos agora a palavra a Marli Moraes Lima, representante da SES e também conselheira estadual de saúde.

Marli Moraes Lima: Boa tarde, em nome da mesa, saúdo todos os participantes dessa 13ª plenária de conselhos de saúde aqui no estado do Rio Grande do Sul, em nome da nossa secretaria, do secretário Osmar Terra e da Secretária Arita Bergmann, que já esteve hoje de manhã presente na abertura da plenária. Bom, a Silvana enquanto Ministério colocou todo o processo do pacto desde sua criação. Nós fizemos uma apresentação, eu vou tentar não ser repetitiva, porque não tem como no processo do pacto nós não nos repetimos e vou tentar pular as partes que a Silvana já falou, o que se entende enquanto estado e como se deu, é o resultado daquela profunda análise de negociação entre o Ministério, o CONASS, e o CONASEMS, representantes dos estados do governo federal e dos municípios nessa negociação. Foi pactuado na comissão tripartite e aprovado pelo Conselho Nacional em 2006. Entende-se que este pacto responde hoje pelos desafios atuais da gestão e da organização do SUS. Ele vem reforçar um movimento da gestão pública por resultados e fortalecer a gestão compartilhada e o controle social e proporciona uma maior autonomia aos gestores na definição dessas prioridades. Entendemos como avanços, os 2 avanços do processo de habilitação, de descentralização, de municipalização, 2 avanços nesse processo do pacto. Primeiro que estamos saindo do extremos, a Silvana já colocou, era atenção básica ou era plena do sistema. Esta adesão ao pacto, a gestão, proporciona sair dos extremos. Nem ficar na atenção básica, nem pleno do sistema. Proporciona que o município assuma suas responsabilidades de acordo com os limites de suas capacidades. Através de compromissos pactuados no termo de gestão que é o que está faltando. Aquela parte que é por vontade de fazer que a Silvana falou não é o pacto pela vida, está lá ta dado, é obrigatório, são indicadores essenciais que sejam monitorados e avaliados em todo o Brasil. O pacto pela gestão não é este por adesão e é isso que agente fala que aqui nesse processo a gente sai dos extremos. Isso nós consideramos como avanço de todo esse processo, e outro avanço que nós entendemos também como secretaria é a questão do financiamento. A portaria 204 que a Silvana falou de janeiro de 2007, proporcionou uma mudança fundamental, neste financiamento de recursos federais dado até então, ta proporcionando

que o custeio com recursos federais sejam organizados e transferidos, em 5 blocos onde está sendo proporcionado uma maior autonomia na gestão desses recursos. Podem, dentro dos próprios blocos, serem utilizados livremente, com exceção do bloco da assistência farmacêutica. Isso dá uma maior autonomia ao gestor municipal, ao gestor estadual no financiamento das ações do serviço de saúde com o teto financeiro federal. O que eu vou me deter um pouquinho nisso aqui, no termo de limite financeiro global, que aquela parte do “realiza” “não realiza”, prazo para realizar e não se aplica. Essas são as condições de um termo de compromisso de gestão assumido e pactuado. O que significa para o município? De acordo com a pactuação que o município vai apresentar, com o que ele está dizendo que já faz, que está reorganizando no sistema, que está dando ciência à população de uma forma geral que já faz. Nem um compromisso é novo, que já tá organizado. De acordo com que ele tá dizendo ele já faz, vai receber no seu teto, ou igual ao que já recebe hoje de acordo com a complexidade que ele tem no seu território e com que ele faz, ou vai aumentar o recebimento direto no seu fundo municipal de acordo com a complexidade se tiver no seu território e ele vai assumir de forma paulatina, aprazada, conforme ele, gestor municipal e o seu conselho assim estão entendendo. Essa é aquela parte da autonomia financeira, da autonomia da gestão que agente entende que o processo tá conferindo. É o município olhar para dentro de si e dizer, eu já faço isso, estou organizado, tenho como fazer isto, era para eu estar fazendo ou eu não fiz ainda porque não pude. Então eu vou dizer não faço e vou fazer no prazo “X” ou não vou fazer porque não tenho, ou seja, não se aplica. Esta autonomia, esse olhar para si, essa pactuação, é uma das coisas essenciais desse processo pelo pacto pela saúde, então assim, de acordo com esses blocos, entre o PAB fixo O PAB variável, a média e a alta complexidade assistencial a assistência farmacêutica, a vigilância em saúde e a gestão, tanto faz para o estado e para os municípios o que nós gestores dizemos ali que fazemos o teto financeiro global vai botar no fundo, direto fundo nacional para o fundo estadual ou fundo municipal. No prazo que nós dissermos na avaliação e se nós estivermos fazendo, vai compor vai somar no nosso fundo ou estadual ou municipal de acordo com as pernas que se têm e com que entendemos de condição que tenhamos que ainda adquirir para poder assumir. Assim, no estado do Rio Grande do Sul este processo, a Silvana colocou o histórico geral do Brasil, aqui no estado como é que agente vem levando a situação de adesão à gestão? Não falo no pacto pela vida que é aquela obrigatória de indicadores e que já estávamos fazendo. Em 2006 a gente realizou eventos estaduais e regionais para divulgação e discussão do pacto para gestores e técnicos do estado e municípios ou seja, das coordenadorias do nível central da secretaria estadual e também

para os municípios. realizamos vários eventos no Rio Grande do Sul. Nós formamos, criamos um grupo técnico que chama-se até hoje de GT Pacto, para discussão e elaboração do termo de compromisso de gestão estadual, esse GT Pacto hoje no estado está junto com o GT de monitoramento e avaliação da secretaria já institucionalizado, onde fazem parte todos os setores das SES. Em 2006 ainda constatou-se que havia muitas dificuldades de entendimento dos vários aspectos da proposta, tanto do gestor estadual quanto dos gestores municipais. Houve resistência dos gestores municipais para adesão ao pacto por condições de financiamento estadual, principalmente, que é hoje a grande causa da não adesão municipal, o acréscimo de responsabilidades que os municípios colocaram que tinham frente a todos os compromissos que seriam assumidos e explicitados, mas que entendemos que é uma organização daquilo que constitucionalmente o município já tem, quando assumi por competência, lá no artigo 30 da constituição. E os municípios também entenderam que não havia perspectiva de mudança de gestão naquele momento, em 2006, porque estariam em prévias de período eleitoral, então foi o entrave que se teve. Em 2007 se reiniciou, fez o processo de adesão municipal com a retomada do GT Pacto, que também meio que parou em 2006 por todas as dificuldades encontradas no percurso. Voltou a realizar encontros, dessa vez encontros regionais, conseguiu-se fazer em 6 regionais de saúde com a participação de todos gestores municipais, e da coordenadoria é obvio, nós participamos de conferências municipais para divulgação e discussão do pacto pela saúde no estado do Rio Grande do Sul e elaboramos o termo de compromisso de gestão estadual nesse GT Pacto que abrange todas as áreas da SES. Hoje o GT de avaliação e monitoração. Em 2007 a gente ainda assinou o termo de compromisso de gestão estadual, foi aprovado no conselho em 28 de junho de 2007 pactuado na CIB em 18 de julho de 2007, homologado na CIT em 30 de agosto de 2007. Houve também o processo de constituição dos COGERES, como a Silvana falou, constituímos 19 COGERES aqui no estado do Rio Grande do Sul e elaboramos para discussão na CETEC o termo de compromisso de gestão municipal de um município por solicitação do município que não chegou a ser encaminhado a CIB porque o município retirou o pedido, há um dia ou no mesmo dia que estaríamos levando para a CIB, pela articulação do movimento dos municípios. Esse município que estava com o termo "ok", pactuado lá no município dele, retirou e a gente não chegou a levar foi só um município que nós tivemos com esse processo aqui no estado em 2007. A Silvana já falou que são os colegiados de gestão regionais, eu só queria dizer que, primeiro que tem que estar assegurada a participação de todos os municípios daquela região para discussão da operacionalização do SUS naquele espaço, naquele território, segundo que as decisões são por

consenso, e não por voto. Por consenso, eu preciso, tu tem para dispor, ... Nesta base da parceria entre a gestão municipal lá da região da gestão estadual que se discute e se pactua a operacionalização do SUS lá. E depois vem para CIB central estadual para homologação, são espaços permanentes e são denominados, de acordo com que se viu na época, que é o COGERE de cada regional de saúde. Importante dizer também que estamos criando, a ASSEDISA já indicou um grupo de trabalho para reavaliar essa divisão territorial dos COGEREs que se fez aqui no estado em 2007 por uma necessidade de entendimento de região sanitária. A região sanitária nem sempre coincide com a região administrativa da SES como o PDR 2002 traz e que a gente vai revisitar a partir do término dessa PPI da assistência que se está construindo em cima de parâmetros mais realistas da necessidade da população dos municípios. Em 2008 a gente estava já em efetivação do processo de regionalização da saúde com a implantação das redes regionalizadas por nível de complexidade nas diferentes especialidades, em todas regiões do estado. É um compromisso de um programa que tem esta ação em termos de governo de estado, não só da secretaria. É um programa estruturante com monitoramento continuado, assegurado com metas a cumprir estabelecidas. Continuamos com a elaboração da programação pactuada integrada da assistência à saúde com parâmetros, com a inserção da vigilância em saúde nesse processo e com parâmetros construídos a partir da atenção básica. Pela primeira vez uma PPI, como eu já tinha falado, mais adequada a nossa realidade e a realidade da necessidade da população em cada município em cada região. Ainda estamos no trabalho dessa PPI em conjunto com os municípios e Ministério da Saúde em parceria iniciamos a implantação dos complexos reguladores fizemos a implantação das comissões de integração ensino e serviço. Fizemos a pactuação e monitoramento de metas, objetivos e indicadores do pacto pela vida e do pacto de gestão 2008 da SES e a iniciada efetiva implementação do sistema de planejamento do SUS, onde estão lá sendo trazidos de volta a nossa cultura, a cultura do gestor, dos conselhos, a cultura do gestor estadual, do gestor municipal, os instrumentos que facilitam o processo de planejamento na gestão do SUS, que a Silvana já falou, que são: o plano estadual, o plano municipal de saúde, as programações anuais, os relatórios de gestão, que tem que estar articulados entre si para poder dizer que se tem a intenção de fazer, da intenção conseguiu efetivar isto, isso e aquilo, e o porque que o resto não foi feito, até para redirecionar o planejamento e é o que a secretaria hoje ta correndo atrás e ta tentando botar em ordem esses processos de planejamento, juntando, compilando, através de um plano da construção, de um plano estadual que é uma grande carta de intenção que não tínhamos. O plano ratificado até então, entregue ao conselho, validado pelo

conselho, estamos neste processo para tentarmos efetivar na utilização do planejamento enquanto gestor estadual e articulados com a gestão municipal, até para cumprirmos o nosso papel de assessoria técnica e de parceiro dos municípios nessa gestão. Em 2009 a gente está iniciando um processo de revisão do termo de compromisso de gestão estadual assinado lá em 2007, um ano e meio depois a gente tem no SISPACTO hoje um termo já colocado, o processo de avaliação do termo de gestão vai se dar no sistema, no SISPACTO, no mesmo onde estão colocados os indicadores que são pactuados pelos municípios, pela secretaria de estado com o Ministério. O termo tá lá e nós temos até maio, final de maio de 2009, no final da primeira quinzena de maio de 2009 para inserimos nessa avaliação que teremos que fazer. Desafios, desafios em termo de estado: não estamos em um ponto adequado, estamos trabalhando, estamos com parceria dos municípios, estamos com parceria dos conselhos, tanto estadual como municipais, estamos levando ao conhecimento dessas instâncias, procurando fortalecer, mesmo assim se considera ainda como desafios à serem atingidos em comparação das mudanças propostas no dia-a-dia da gestão do sistema nas esferas tanto municipal como estadual, e esse processo de construção coletiva é um grande desafio também já iniciado. A gente tem que não permitir que o processo de pacto seja meramente um instrumento burocrático, temos que instrumentalizar, intitucionalizar de forma mais enraizada, mais cultural o monitoramento permanente deste processo dos indicadores, das metas e dos prazos que a gente vai se dar. A gente tem que efetivar de forma a enriquecer o processo de regionalização, como eixos estruturante do sistema, o processo de planejamento. Ainda temos que articular de forma solidária entre as três esferas, e também isso ainda não existe no estado do Rio Grande do Sul. Não estamos na condição de hoje dizer que temos, não temos não, mas já estamos trabalhando, temos que usar os instrumentos de gestão nesse processo, para facilitar a visibilidade, monitoramento e o acompanhamento, e o entendimento geral da população. Temos ainda que finalizar a PPI da assistência, e fortalecer a participação social através dos conselhos e fortalecer a relação de parceria entre os gestores e este conselho além do fortalecimento dessa instância, o resto a Silvana já colocou, seria um comparativo dos estados, e lá por fim uma síntese da situação do Brasil como um todo, a gente tem, tinham dois ontem no site em processo de adesão, que já estavam na CIST que era o Amazonas e o Piauí, mas a Silvana está me passando que já está em 100% hoje, dos municípios. 2870 já com adesão ao pacto de gestão em 22 estados, e 5 estados sem adesão de municípios, que é o Amapá, Pará, Piauí, Rio Grande do Sul e Sergipe. Foram os dados que a gente tirou do site onteu am. Eu agradeço a atenção de vocês, a oportunidade de estarmos recuperando a discussão

do pacto, e irei ficar aqui a disposição para o debate posterior, obrigada.

Paulo Humberto: Antes de passarmos a palavra para a Carolina da ASSEDISA, gostaríamos de saudar a presença do deputado Ivar Pavan, Presidente do Legislativo Gaúcho, que está nos ajudando a fazer esse evento aqui da XIII Plenária Estadual dos Conselhos Municipais de Saúde, gostaríamos de convidar a participar da mesa e fazer a sua saudação aos conselheiros municipais, conselheiros estaduais, e demais entidades presentes nesse plenário aqui.

Ivar Pavan: Boa tarde a todas e todos. dizendo a alegria de estar aqui, mesmo eu tenha chegado atrasado, queria muito estar de manhã, mas hoje acabou coincidindo um evento aqui, e nós estávamos com um evento ali na Assembléia em uma audiência pública, debatendo o tema da crise. Estavam lá o governador do estado, a Ministra Dilma, iniciou as 10 da manhã e terminou as 14 horas quando terminou o debate, isso revela a importância do tema, mais de 80 entidades presentes, empresariais, trabalhadores, sociedades civis, estava lotado o plenário. Tivemos que abrir salas paralelas para podermos abrigar as pessoas. Isso me tirou da abertura que eu queria estar muito, agradeço o privilégio do espaço, chegar aqui e poder deixar um recado, e dizer da importância que tem um momento como este. Os conselhos retomarem o debate do tema da saúde, por que o momento como este, o tema que discutimos lá na assembléia seguramente vai repercutir aqui. A crise está encolhendo os orçamentos, dos municípios do estado e da união. Encolhe os orçamentos das empresas e por decorrência vai encolher os orçamentos das pessoas e quando começa a faltar dinheiro, normalmente o lugar onde os governos cortam é nas políticas sociais. Então é muito importante que os conselhos façam este debate para a gente garantir um equilíbrio e uma divisão da conta da crise para que ela não sobre apenas para as políticas sociais, políticas públicas sociais. Todo o debate que fizemos lá no parlamento em 3 audiências públicas no interior do estado, as entidades tanto de empresários quanto de trabalhadores, tem um acordo em torno de um conjunto de temas, que em síntese todos estão pedindo para uma redefinição do papel do estado. E que as políticas públicas, que são decisivas em um momento como este para enfrentar e para superar a crise. Agora é importante estar aqui discutindo o tema porque mesmo aqueles setores da sociedade que diziam que o estado era um estorvo para o desenvolvimento, agora eles vão lá junto aos governos buscar dinheiro para se salvar da crise, e os governos são chantageados de alguma forma, por que ou atende eles, ou eles demitem ou fecham empresas. Se o governo atender eles pode faltar

para nós, então o grande debate aqui precisa ser feito pára que os conselhos, o controle social, lá nos municípios, aqui no estado à nível federal, a gente consiga dividir o custo dessa crise, que ela ao sobre apenas de um lado. Ai quando o dinheiro é curto, se começa a forjar a interpretação, se amplia o conceito, como acontece inclusive aqui no nosso estado. Não conseguimos definir o que é o dinheiro para ações típicas de saúde, e ai cada governo vai fazendo a sua interpretação e vai colocando, tem temas que são duvidosos como por exemplo os recursos da saúde do IPÊ. Mesmo que ele seja um convênio privado, ele atende pessoas daqui, podia até ser tolerado digamos assim os recursos da saúde do IPÊ serem incluídos no orçamento da saúde, por que quem é atendido no IPÊ ele não vai buscar a saúde em outro lugar. Agora dizer que saneamento é saúde e deve acontecer em muitos municípios, bom, se ampliarmos o conceito até ali, nós podemos chegar a conclusão que o salário também é saúde, que a moradia também é saúde, e ai vamos concluir que todo o orçamento está sendo investido em saúde, não apenas 15% no município, 12 no estado, e a união os recursos de um ano acrescidos da variação PIP no ano seguinte. Então é nessa hora que a gente tem que estar atento, é nesta hora que a gente vê a importância de um debate do controle social, de reivindicar junto aos municípios. Por que se os municípios estão pressionados a cumprir o orçamentos, os prefeitos vão pressionar o governo do estado a cumprir o orçamento dele, e os governos dos estados os recursos da união, e assim nós vamos salvando o SUS, que é bem verdade que ele tem muitos problemas, mas foi por este caminho, que nesses 15 anos construímos todos os avanços e as conquistas do SUS. Foi o controle social prioritariamente que conquistou isso, nas suas lutas, nas suas reivindicações, nas suas negociações, nas suas denúncias. Conseguiu convencer os governos a ampliar os investimentos na saúde, ainda são poucos, mas começamos já a desenhar. Começa a engatinhar a política que a constituição prevê como a política prioritária, que é a política preventiva. Os PSF para mim é o ensaio, é o desenho inicial que vai começando a construir uma política de prevenção, uma política de proteção da saúde, de orientar as pessoas que tem saúde a cuidar dela. Evidente que tem muita coisa a ser aperfeiçoada, mas é evidente também que melhorou muito em relação a antes que não tínhamos todos esses programas, então é o estágio que estamos agora é o estágio desafiador, o controle social assume um papel importantíssimo para assegurar os recursos da saúde. Nós enquanto Assembléia Legislativa, comissão da saúde, tivemos uma reunião há 2 semanas com o presidente da comissão de saúde e acordamos um cronograma de debates para fazer um diagnóstico da saúde no estado e buscarmos as alternativas necessárias, com o objetivo de concluirmos no mês de junho com grande evento a exemplo deste que nós fizemos hoje para discutir a crise.

No mês de junho pretendemos na assembléia, vamos convidar o Ministro, vamos convidar o Secretário Estadual da Saúde, vamos convidar os secretários municipais, os conselhos municipais, para fazermos um grande debate em busca de alternativas para os problemas que a população enfrenta na área da saúde. Então esta é a contribuição que nós enquanto parlamento queremos oferecer, queremos percorrer o estado, visitar as regiões e a contribuição da presença de cada um e cada uma de vocês nestes seminários vão compor o conteúdo da propostas que depois nós vamos entregar aos governos para que eles adotem no próximo período, bom trabalho, sucesso para vocês que temos muitas tarefas e muitos desafios no próximo período.

Paulo Humberto: Agora passamos a palavra para a Carolina da ASSEDISA.

Carolina Santana: Boa tarde a todos, em primeiro lugar gostaria de saudar a mesa, aos meus colegas de conselho estadual e a todos que se fazem presentes nesta plenária. Gostaria de agradecer em nome da ASSEDISA o convite para participar desse evento e de pedir permissão para fazer minha fala sentada já que eu não vou apresentar nenhuma lâmina. A ASSEDISA enquanto uma entidade que representa todos os secretários de saúde, os dirigentes de saúde do estado do Rio Grande do Sul, tem atuado incansavelmente em defesa pelo pacto da saúde em todos os seus princípios, incluindo o respeito pelas diferenças loco-regionais, o reconhecimento da autonomia dos entes de todos os gestores como plenos, a relação cooperativa com co-responsabilização e cooperação técnica entre os entes e a qualificação do acesso da população a tempo integral com redefinição dos instrumentos de regulação, programação e avaliação. No que se refere as 3 dimensões do pacto pela saúde, especificamente pacto pela vida, os municípios vem implementando de forma efetiva o conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, pactuados de forma tripartite, acho que as colegas não mencionaram mas as 11 prioridades são: saúde do idoso, controle do câncer do colo de útero e mama, redução da mortalidade infantil materna, fortalecimento da capacidade de resposta das doenças emergentes e epidêmicas com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, a promoção da saúde, saúde básica, fortalecimento do trabalhador, saúde mental, fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde as pessoas com deficiência, atenção integral a pessoas em situação de risco, de violência e saúde do homem. O resultado desse trabalhos, que é efetivado lá nos nossos municípios, lá na ponta pelas nossas equipes de saúde que estão trabalhado diariamente lá na ponta diariamente com os usuário, se reflete na melhoria

significativa dos indicadores de saúde do país, essa é a prova de que esse trabalho está sendo feito lá na ponta pelos municípios. No que se refere ao pacto em defesa do SUS, lutamos para qualificar e assegurar o SUS com política de saúde pública, lutamos também pela garantia de financiamento de acordo com as necessidades do sistema. Defendemos o controle social e consideramos os conselhos de saúde espaço muito importante estratégica construção e monitoramento pelo pacto da saúde. A grande maioria dos nossos município tem dado suporte sim aos conselhos municipais de saúde, e todos os nossos 496 municípios realizaram conferencias municipais de saúde. Além disso o Presidente da ASSEDISA, que é secretário de São Lourenço do Sul, o Arílson Cardoso da Silva, ele é membro do Conselho Nacional de Saúde, representando lá todos o municípios do país. Em relação ao pacto de gestão que tem como diretrizes a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactual integrada (PPI), regulação, a participação e controle social, a gestão do trabalho e educação na saúde, fica definida através do termo de compromisso que todos os gestores são plenos, na responsabilidade pela saúde de sua população, assim sendo assumimos o financiamento referente a cada uma das 3 esferas de governo e a responsabilidade pelo atendimento integral aos nossos usuários. Em cima disso a ASSEDISA não pode deixar de fazer alguns questionamentos que são internos e também para os nossos parceiros que é o estado e a união, a gente não cansa de se perguntar, como fica a garantia de acesso dos usuários aos serviços? Como fica o financiamento solidário, tendo em vista que os municípios investem na sua grande maioria mais do que o exigido por lei e a união e o estado não, com a participação do estado no financiamento de média e alta complexidade e atenção básica? Então essas são perguntas que a gente não se cansa de fazer. Os municípios do Rio Grande do Sul ainda não pactuaram, na verdade nós não pactuamos, nós ainda não temos certeza ainda em relação a parceria do estado, no dia 10 de setembro de 2007 foi encaminhado ao Secretário Estadual de Saúde o Dr. Osmar Terra, um ofício elaborado em conjunto pela FAMURS e pela ASSEDISA onde condicionamos a assinatura do termo de compromisso de gestão municipal ao atendimento de algumas demandas importantes das nossas entidades, algumas delas já estão em andamento e outras não, a gente admite que a discussão da assinatura do termo de adesão ficou um pouco estagnada do ano passado para cá em relação ao período pré eleitoral, depois veio a eleição, trocas de gestores, isso deu uma estagnada nessa discussão, entendo que estagnou a nível do conselho de COGEREs, na própria ASSEDISA. Acho que em todos os níveis deu uma parada, e essa discussão está sendo retomada agora com bastante força por que a gente entende que esse ano nós temos que ter uma solução para esse impasse, nós

vamos ter agora em início de junho o seminário dos gestores municipais de saúde que vai ser nos primeiros dias de junho, ainda não está definido o local, e uma das mesas vai ser a relação, a questão do pacto. Então nós enquanto ASSEDISA estamos retomando sim, e a FAMURS que está representada aqui pelo professor Mariane, retomamos essa discussão e gostaríamos muito que nesse ano a gente consiga resolver essa questão. Eu quero pedir permissão para ler esse ofício que foi encaminhado a secretaria estadual, por que nele esclarece o que está fazendo com que os gestores municipais não tenham ainda assinado o termo de adesão. Então como eu repeti ele foi entregue, redigido no dia 10 de setembro de 2007, então tem alguns pontos, como datas, já são defasados, entendam em função da data. Nós escrevemos assim: *Sr. Secretário, a FAMURS, Federação das associações de municípios do Rio Grande do Sul, e a ASSEDISA, Associação de Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul, conscientes da importância do processo de descentralização e hierarquização do SUS, formalizam sua posição a respeito ao pacto pela saúde, afirmando que os municípios estão preparados sim para a assinatura do termo de compromisso gestão municipal, desde que, exista verdadeiramente uma proposta de financiamento solidário, como prevê a legislação por parte da secretaria estadual de saúde através de recursos voltados para o fortalecimento da atenção básica alocados no orçamento, desde que a secretaria estadual de saúde assuma de fato o processo de regulação de média e alta complexidade em todo o estado do Rio Grande do Sul, este é um ponto que já está em andamento, por que o complexo regulador estadual já está sendo implantado e já está fazendo a regulação de alguns serviços, mas não está da forma desejada, mas já temos alguns resultados bem positivos na ponta como a regulação das UTIs neo-natal que está sendo muito boa, desde que a CES construa um efetivo sistema de regionalização, destacando as macro regiões de estado em discussão com a FAMURS, então já tem várias redes de atenção que estão construídas que estão sendo implementadas mas ainda no dia-a-dia enfrentamos muita dificuldade de acesso, então isso ainda é uma constante no nosso dia-a-dia, conforme a lei ordena, entendemos por financiamento solidário que seja criado por parte do estado um piso estadual de atenção básica a saúde com o valor de 15 reais habitante/ano sendo passado mensalmente, fundo a fundo, para os municípios sem vinculação a programas ou convênios, já em relação ao Ministério da Saúde a este também cabe o cumprimento da Emenda Constitucional 29, através do aumento de repasses do PAB aos municípios ampliando seu valor de 15 para 25 Habitante/ano, além disso ressaltamos a necessidade a CPMF, entendam a data, ser partilhada entre o estado e o municípios a ser partilhada na mesma proporção do FPM, em suma para que possamos*

assinar o termo de compromisso de gestão municipal é necessário garantir contratualmente a forma de sermos solidários na manutenção do SUS do estado do Rio Grande do Sul e no Brasil. Esse ofício foi assinado pelo Presidente Flávio Luis Lamel e pelo então Presidente da ASSEDISA, Roberto Miele. Até hoje nós não tivemos nenhuma resposta oficial por parte do Dr. Osmar Terra a esse ofício. Algumas coisas como eu disse anteriormente estão em andamento e outras não houve nenhuma resposta. É essa é a posição da ASSEDISA. Eu não quis fazer uma apresentação formal por que eu sabia que as meninas iriam fazer, as colegas, então essa é a nossa posição, isso está fazendo com que nós não tenhamos feito adesão ao termo de compromisso.

Paulo Humberto: Obrigado Carolina, antes de abriremos para o debate gostaríamos de agradecer a presença do deputado Ivar Pavã. Não estou correndo com ele, ele pode ficar o tempo que quiser aqui, pode vir amanhã e ficar o tempo que quiser aqui, mas que tendo em vista a sua agenda apertada, ele tem um compromisso com uma reunião que está acontecendo agora, então, deputado fique a vontade, o senhor quer responder a questão, está bem.

Ivar Pavan: Recebi uma pergunta aqui que eu acho que é oportuna respondê-la antes de sair, é do Aníbal de Cachoeira do Sul. O que a Assembléia pode fazer para o estado colocar os 12% na saúde? Poderia dizer da seguinte forma, podemos fazer tudo e também não podemos fazer nada por que quem vota a lei orçamentária que destina os 12% é a assembléia, até hoje nós não conseguimos o número suficiente de deputados para aprovar os 12%, poderíamos fazê-lo, mas precisa ter voto, não conseguimos os votos que chegue. No entanto tem um outro problema, que é a lei orçamentária, quem trabalha junto com as prefeituras sabe, é uma lei que autoriza o governo a colocar 12% em saúde, está autorizado não é obrigado a colocar, então mesmo tendo a lei, se o governo não quiser não cumpre, então é muito importante a cabeça de quem governa a decisão política de quem está governando. Se quem está governando não quiser, os deputados podem aprovar ele não é obrigado a cumprir. Por que não é uma lei que autoriza o governo a cumprir, portanto se quiser cumprir, se não, tudo bem. Obrigado pela atenção gente, tchau.

Paulo Humberto: Já temos inscritos aqui para fazer as perguntas para o debate, questionamentos, o primeiro é Jaqueline da Silva Dutra, Pelotas.

Jaqueline Dutra: eu só gostaria de retomar um ponto do assunto que é de extrema importância e eu entendo que ficou um pouco quanto prejudicado. A gente entende as questões colocadas aqui pela ASSEDISA, nós todos que somos de muitos municípios sabemos o quanto os nossos municípios sofrem por ter um financiamento tão reduzido e quase nulo por parte do estado quando a gente vai avaliar os percentuais. Quando a gente vai avaliar percentual de recurso o que chega do estado para o município varia de um, um e meio, não chega nunca, pelo menos no meu município que é Pelotas nunca a 2% dos recursos que são aplicados em saúde dentro do município. Então é um recurso ínfimo e nós sabemos quanto o município é prejudicado, por que entra dentro do seu orçamento os recursos planejados e colocados pelo estado e na hora de repassar ao município o recurso não chega e o município nunca pode contar com esse recurso na realidade no final das contas. Então a gente sabe, essa defesa que a ASSEDISA faz nós conhecemos. Mas também temos que entender que a não assinatura do pacto pode vir a trazer aos municípios prejuízo, prejuízo financeiro inclusive. Essa realidade eu acho importante que todos os municípios estejam cientes, por que se tem que se fazer uma discussão entre os municípios e o governo do estado, os municípios tem que fazer pressão para que essa discussão aconteça efetivamente e não se comece a fazer essa discussão, como por exemplo agora, segundo eu tive a informação essa semana, conversando com a nossa palestrante de que, por exemplo, a segunda parcela da regulação, do financiamento do recurso da regulação para os municípios que não estão pactuados ela não vai ser liberada. Foi liberada a primeira a título de crédito, por que estava se trabalhando a questão da pactuação, se os municípios que estão trabalhando, estão fazendo o trabalho da regulação, estão trabalhando a questão da gestão, aperfeiçoamento, não vão ter a sua segunda parcela liberada, então isso já é um prejuízo, só para citar este ponto, não sei quantos mais nós poderemos ter envolvidos, eu gostaria de ver essa questão abordada. Um outro ponto importante que nós, conselhos municipais, estejamos atentos a isso, por que isso pode estar batendo na nossa porta muito em breve, obrigado.

Paulo Goulart Santos: Boa tarde a todos, represento então os usuários. Primeiro eu queria saudar o Conselho Estadual pela realização desse encontro e agradecer a Assembléia Legislativa em nome dos usuários por ter cooperado na realização do próprio, e Deixar o meu protesto veemente que é impossível que você faça o encontro desse e o governo no estadual convidando aqui, está aqui cheio de secretários e pessoas de todos os municípios do estado, e nem a água o estado não ajudou, isso ai é meu protesto veemente, você

convida uma pessoa para ir na sua casa no mínimo você oferece um copo de água, aí no interior eles oferecem muito mais, aí está o meu protesto, até por que estão alardeando que a nossa Corsan deu lucros astronômicos então é só isso que eu queria deixar aqui, muito obrigado.

Francisco Roig: Boa tarde a todos e a todas. Lamentavelmente o nosso deputado estadual Ivar Pavã se retirou, mas assim mesmo vou fazer o meu comentário que eu queria fazer com ele, ele colocou que o IPE atende a nossa gente, todos os planos atendem a nossa gente, então nos vamos ter que incorporar o recurso de todos os planos no SUS e vamos atender todos os planos privados, não concordo de maneira nenhuma que o IPE seja colocado como gastro de saúde, é um plano privado, atende seletivamente um grupo de pessoas não melhores e nem piores que nós, mas eles tem um plano deles, eles optaram por isso, e eles tem que ser atendidos pelo IPE, o dinheiro do SUS é Para o SUS, é para nós. Eu gostaria também de fazer um esclarecimento quando foi colocado muito bem aqui pela Dr. Silvana, os 5 blocos de financiamento, depois a Marli colocou muito propriamente que os blocos se comunicam entre si, esses recursos entre os blocos eles podem ser usados aleatoriamente, mas esqueceu de um ponto muito importante para nós controle social, eles podem ser usados desde que os conselhos municipais de saúde concordem, não é o gestor que vai dizer, a dentro do bloco vou pegar esse recurso e vou botar no outro, não, dentro do bloco se comunicam com consentimento do Conselho Municipal de Saúde, estejam atentos para esse ponto. Outro ponto que não foi muito bem esclarecido aqui é que a partir de não lembro o ano, todos os municípios estão em plena de atenção básica, isso não ocorria antes, hoje todos já estão, então conselheiros municipais de saúde estejam atentos quando o gestor municipal diz que não faz ações de atenção básica que não tem plena ou por que não assinou o pacto, independente da assinatura ou não do pacto ele está em plena de atenção básica. O estado do Rio Grande do Sul aderiu ao pacto, os municípios não. Eu concordo por que é uma política muito correta para tentarem angariar recursos na área da saúde, se fazem necessários, parabéns, nós precisamos da emenda constitucional, nós precisamos que o estado se comprometa, agora não podemos esquecer de uma coisa, nós temos um teto estadual que bem ou mal vem dando conta de todas as ações de saúde que se fazem necessárias, então eu gostaria que a nossa representante do Ministério explicasse para nós como nos outros estados eles sem terem a emenda constitucional e outros recursos conseguem fazer todas as ações que o pacto preconiza, acho importante nós saber, pode ser que nós aprenda como é que temos que fazer. Eu gostaria de fazer uma pergunta

também, a senhora falou no SIOPS, eu gostaria de saber o seguinte, o SIOPS leva o município, a não apresentação do SIOPS leva o município para o CADIM, ou não? Se não tem penalização nenhuma pela não apresentação do SIOPS, nós sabemos que temos imensas quantidades de municípios que não apresentam o SIOPS, e nada está acontecendo, então em outros fatores que é como está acontecendo dom o nosso estado aqui que aplica uma mixaria em recursos e continua em pune, então esse é um esclarecimento que eu gostaria de ouvir.

Edil: Eu quero salientar uma atitude que tomou o nosso Conselho Estadual de Saúde ao fazer uma solicitação para aquela audiência pública na Assembléia do Estado, agora na quarta feira. Ali foram feitas colocações com bastante propriedade a respeito do que deveria ter sido as aplicações do estado em matéria de saúde, então não sei se todos os conselheiros sabem 850 milhões de reais foram tirados na área da saúde e foram aplicados, isso foi falado agora a pouco, no IPE, no hospital da Brigada Militar, que não acesso a nenhum de nós e também na Corsan, mais de 500 milhões, e eu fico a pensar o seguinte: ninguém dessa outras instituições é privado de fazer uso do nosso SUS, e ai nós tiramos dinheiro quente do SUS, que deveria ser passado a todos, até o município está se queixando, o caso de Pelotas, e as pessoas fazem isso. Mas a Assembléia do estado também foi contemplativa com essas atitudes por que, acabaram aceitando, o Tribunal de contas também concordou. Com muita propriedade o Paulinho também naquele dia levantou lá que o tribunal de contas em uma primeira fase não concordou, em uma segunda concordou, que tipo de gente está atuando nessas áreas, isso nos choca por que enquanto nós batemos forte defendendo o nosso SUS, o que nós recebemos, nós recebemos esse tipo de coisa, nos deu até um certo sentimento que eu conheço a Arita a quanto tempo, tirando de cara uma posição política que foi tomada pelo estado, completamente equivocada com referência a saúde pública do estado. Então uma pessoa que batalha tanto a tantos anos, teve lá o momento de muito pânico e muito constrangimento diante da área política que fez esse tipo de lance totalmente equivocado, totalmente insano para a saúde pública do nosso estado, ou seja para o SUS, a gente não consegue entender como pessoas que tem uma vivência de tantos anos trabalhando nesse setor, não conseguiu, não entendeu o mal que fez para a população do Rio Grande do Sul, e ai fica todo mundo, ai a Assembléia do Estado comete aquele absurdo de ter criado as OSCIPs nas suas leis, e então eu pergunto, com que tipo de gente nós estamos tratando?

Leonildo Mariane: eu saúdo a cada um e cada uma, e Silvana uma simpatia, Jaqueline eu gostaria de começar com uma pergunta, eu não sinto até hoje pelo menos eu não tenho comunicado oficial de que algum município tenha sido prejudicado em função do pacto, por que se a adesão é voluntária, por que se é por adesão eu não posso retalhado por não aderir, por que se não seria compulsória. Mas os município do Rio Grande do Sul, Silvana cumprem em média, aplicam do orçamento municipal em saúde 20%, então o fato de não assinar, o problema esta nessa assinatura e não em cumprir as ações de saúde que é compromisso dos município. Eu quero que fique bem claro, a Carolina foi bem clara, a posição da ASSEDISA é a posição da FAMURS que eu represento, é assim uma posição de pressionar se há ou não justificativa legal da EC 29 ser regulamentada ou não, o fato é que ela não é cumprida, então nós queremos o cumprimento, o governo do estado está longe de cumprir e o governo federal segundo o projeto do Tião Viana que prevê a aplicação de 10%, aplica 7%, e os municípios do Rio Grande do Sul em média aplicam 20%, então nós estamos longe disso. O nosso problema não é não trabalhar em saúde, não atender em saúde, não é esse, não é essa a posição dos municípios, é o fato de assinar, de assumir compromissos, de enfrentar processo judiciais um a cada passo e a partir do dia em que tu assinou, que o prefeito assinou, que o secretário assinou, chegou no promotor ele vai dizer prefeito o senhor assinou, o senhor se vire agora. Então essa é a angústia, essa é a preocupação, essa é a seriedade com que os municípios gaúchos tratam a questão da assinatura do pacto de gestão, o Presidente do Conselho Nacional foi muito feliz quando defendeu a posição tripartite na contratação dos trabalhadores em saúde, a partir do momento em que o município assume, ele que vai, por que não se faz saúde pública nem privada, sem trabalhadores em saúde, ele vai assumir todo o compromisso de todos os trabalhadores, de plano de carreira, etc, etc, enquanto o Ministério não contrata e a secretaria da saúde não contrata. Obrigado, um abraço.

Luis Belletti: Boa tarde a todos e a todas, em primeiro eu queria fazer um registro que não apareceu no mapa dos COGEREs, o da 3ª regional, tinha antes a CIB e depois tão logo saiu a lei passou a ser COGEREs que reúne todos os secretários de saúde da região e no mapa que o estado apresentou não aparece, inclusive até agosto do ano passado o conselho regional era convidado para todas as reuniões que haviam, como convidado do controle social, nós participávamos pelo conselho regional. Agora provocar assim o Ministério a nos apresentar alguns dados sobre o que mudou nos municípios após essa gestão, após terem assinado o pacto, o que alterou, e aqui muito se fala em questão de recursos e esse é um

questionamento da ASSEDISA, que os secretários o que a ASSEDISA vai ter depois de assinada a EC 29, o que ela vai ter após a EC 29 ser colocada em prática, tanto a FAMURS quanto a ASSEDISA colocam a questão da EC 29, mas tem outros detalhes fora a EC 29 que precisam ser analisados, sei de municípios a nível de Brasil que mudaram seu tratamento de saúde buscando muito mais a prevenção, discutindo internamente com seus prestadores enfim, um trabalho de prevenção, algo mais que só a receita. Eu descii agora ao meio dia de uma reunião lá no Ministério onde estava se tratando do pró saúde 2 que engloba 8 faculdades aqui do estado e se discutia isso, a questão da prevenção na saúde. Que pode ser feito um trabalho integrado entre o ensino e os serviços buscando a prevenção e a diminuição de recursos, então só o recurso não é solução para todo esse quadro, e aí nós precisamos buscar outras alternativas nisso, desde a atenção básica até a internação hospitalar.

Paulo Humberto: Obrigado Belletti, passaria agora para os nossos palestrantes para responder as perguntas que são afetas as suas áreas.

Silvana Leite Pereira: Essa das visitas primeiro, não vem com essa não, o mais difícil é falar primeiro, com uma lista de questões! Olha gente, a questão dos recursos ela está muito presente aqui. A questão do financiamento, nós temos um subfinanciamento do sistema, isso é claro, em todos os níveis, seja no federal, estadual, municipal. Eu queria comentar algumas coisas e eu acho que a última fala foi muito importante, por que eu acho que nós temos que gastar energia discutir também, e se a emenda for cumprida, e se conseguirmos regularizar a questão da emenda constitucional que vai para o Senado, vai para a câmara, volta,... O Ministério por exemplo teve que instituir um jeito, um dos pontos de pauta é esse, em se regulamentando como é que vamos discutir a aplicação desse recurso a mais, eu acho que essa é uma pauta boa para a gente discutir. Como é que vamos, por que se não, assim como nas fundações a gente põe a solução do problema ali e não é o final da história. Se cumprir a emenda quem e qual será a correlação de força que vai se estabelecer onde o dinheiro vai ser gasto, por que uma coisa é que nós temos na fazer na saúde ainda é inverter modelo. Quando a gente fala, é orientado pela atenção básica, mas onde é que está mesmo o recurso da saúde sendo gasto? É prioritariamente na atenção básica, não é, não é lá que está o nosso orçamento, não se inverte o modelo só com o desenho de como deveria ser ou como é essa discussão. Onde é que está investido a maior parte do recurso, também ajuda muito a inverter o modelo. Em relação aos 5 blocos de financiamento eu acho que está

correto, o conselho precisa discutir, aprovar e etc. e nem é tão livre assim a mudança nos blocos de financiamento não, por que a portaria foi publicada e se disse que depois deveria ter uma portaria que definiria a mudança desse recurso e essa portaria nunca foi feita, está certo, então tanto que na minha fala eu disse que o dinheiro ainda é muito mais fragmentado do que nós gostaríamos e nós achamos que financiamento da saúde nessa questão ela ainda também permanece como uma pauta aberta no pacto. Se vocês forem abrindo vocês vêem a fragmentação, por que você tem em 2 blocos vários componentes e cada componente as vezes se abre em 5 ações programáticas. Funções programáticas que não podem ser alteradas, que tem portarias específicas para aquelas funções programáticas, então na verdade não é ainda o financiamento dos nossos sonhos, mas é a portaria que está em vigor, significou um avanço, mas nós temo que saber que ainda temos essa pauta para avançar, em relação a questão de ter recursos vinculados ao pacto. Em 2007 nós tivemos várias portarias que vincularam recursos ao pacto, o recurso do colegiado de gestão regional sempre foi vinculado ao pacto, adesão ao pacto, o recurso das comissões de integração, ensino e serviços era vinculado ao pacto na medida, isso eu acho importante todo mundo saber. A comissão que discute educação permanente ela é atrelada ao conselho de gestão regional. A portaria coloca claramente é um colegiado que vai definir a política e de que forma o recurso da educação permanente será gasto, então nessa medida ela vincula a adesão do estado, a gestão participativa também ao pedir um plano de ação para, em 2007, para onde o recurso de gestão participativa também pediu a questão da adesão ao pacto, em 2008 e 2009. Em 2008 o recurso da regulação aconteceu o que, o recurso da regulação sempre esteve vinculado a duas coisas, apresentação de projetos de regulação e em aprovando o projeto teriam prioridades aqueles que já tivessem aderido ao pacto, a primeira parcela de 2008 que já foi toda transferida aos municípios que tinham projeto, ela foi desvinculada da adesão, mas a segunda parcela não foi desvinculada. E isso não quer dizer uma punição, quer dizer que o ministério ao querer estimular a adesão ao pacto, alguns recursos que são ligados a projetos específicos, não são aqueles de recursos federais transferidos fundo a fundo, são recursos ligados a projetos específicos. Se ele quer fomentar a adesão ele continua com a segunda parcela do recurso vinculada, nisso não é novidade, o ministério sempre teve políticas que ele queria induzir e ele financiava essas políticas. A saúde da família foi sempre assim, agora eu não acho que essa seja a questão central, não é por causa do recurso da regulação que eu vou aderir ou não, acho que a conversa é outra, acho que não cabe ao ministério da saúde entrar no mérito se essa é e melhor estratégia ou não é a melhor estratégia, é a estratégia que os municípios do Rio Grande do Sul adotaram,

toda a estratégia política tem ônus e bônus e que adota uma estratégia sabe disso, eu parto desse princípio. Eu acho que não implica em desqualificar a gestão, de maneira nenhuma, você pode estar fazendo as mesmas ações de saúde de maneira qualificada ou não tendo aderido ao pacto ou não. Agora que há um movimento nacional rumo a adesão e que a adesão municipal está na agenda como prioritária para nós está, por que, por que o pacto é hoje o instrumento organizador do SUS, ele substituiu a NOAS que eram a norma organizadora, então ministério está no seu papel de fomentar essa adesão considerando que aquelas responsabilidades sanitárias ou seguir a discussão colocada ali, tem qualificado as gestões municipais, estaduais ou o que for, agora, ele garante sozinho uma qualificação, não, não garante. Agora, gente, eu só queria trazer para vocês que assim como o estado aderiu a essa estratégia outros estados na relação COSEMS, secretária estadual, outras estratégias foram definidas, e funcionaram ou não funcionaram. Eu sei que vários COSEMS no Brasil apresentaram a questão de co-financiamento por parte do estado, como um problema no momento da adesão, isso foi relatado, eu tenho ido a vários estados no Brasil e isso foi relatado. Agora, alguns estados tencionaram de uma outra maneira, por exemplo teve estado que a CIB não aprovou o termo estadual enquanto o co-financiamento da atenção básica e da assistência farmacêutica não foi discutida. e ai nós entramos na discussão, tentamos construir consensos, até que construiu um consenso sobre o co-financiamento e ai o termo estadual foi homologado na CIB. então o que eu quero dizer é que, em diferentes estados traçaram diferentes estratégias com maior ou menor poder de sucesso nessa estratégia. O que eu acho que tem que ser avaliado é afinal de contas o estado já aderiu, o estado recebeu os recursos que lhe cabiam nessa adesão, e os municípios estão parados na adesão por um decisão que é deles. eu acho que não cabe ao ministério dizer se essa é a melhor ou pior estratégia, o que eu acho que nos caberia como sugestão é que independente da adesão que o termo pudesse ser usado como, vamos dizer, um roteiro de discussão, para as discussões como por exemplo nos colegiados, coordenados pelo próprio estado. acho que as secretarias estaduais tem um papel fundamental nos colegiados de coordenação dessa discussão, no que está posto nos termos de compromisso, por que tendo os municípios aderido ou não a responsabilidade sanitária do gestor que está empossado ela tá lá viu gente. eu tenho assistido o presidente dos colegiados e secretários municipais de saúde falar nas oficinas de acolhimento dos novos gestores que com o termo de compromisso de gestão assinado ou não, aquele conjunto de responsabilidades sanitárias está sob responsabilidade do gestor municipal. não tem nenhuma responsabilidade que seja nova, então de qualquer maneira tendo o município aderido ou não, na região eu acho

importante que estado e município discutam sobre aquela responsabilidade e de que maneira vamos vencer as dificuldades para que elas virem realidade, de uma maneira solidária. Por que assim como há responsabilidade sanitária para o município elas estão também postas para os estados, e essa responsabilidade deve ser assumida solidariamente.

Paulo Humberto: Obrigado, passamos agora a palavra para a Carolina, mas antes disso eu gostaria de fazer uma fala, a questão da água para mim a água não é mais importante que o debate, o que aconteceu, é que nós tivemos problemas operacionais para alugar esse lugar aqui. Nós temos que repartir entre todos as responsabilidades, não tem a água, a responsabilidade pela locação do local foi da Assembléia Legislativa, o conselho estadual tentou conseguir água, conseguiu duas caixinhas com a Corsan, devido ao tempo exíguo que nós tivemos para organizar o evento, o que é mais importante, a água, é o espaço físico para o debate, nós entendemos a preocupação, mas esse é o nosso entendimento.

Carolina Santanna: Bem rapidinho por que eu sei que o tempo está bem curto, em resposta a Jaqueline, a gente tem ciência que em algum momento a não adesão, nós temos consciência que toda a ação gera uma reação, então foi uma decisão política não assinar até para se levantar as questões que há muito tempo ninguém olhava para elas. Então a gente sabe que em algum momento isso ia bater nas nossas portas, que o ministério condicionaria alguns programas específicos a assinatura do pacto, então nós temos sim muita vontade de avançar nesse debate, não agora, mas desde sempre a gente continua discutindo, mas a gente continua na intenção de fazer uma assinatura do termo de adesão no bloco dos municípios. A gente não quer que os municípios comessem a assinar individualmente por suas necessidades ou por pressão, de complexo regulador e etc. Nós continuamos trabalhando em cima da discussão pela entidade e somos para reverter a decisão da entidade, entende, e que todos os municípios possam fazer a assinatura. Outra coisa que gostaria de falar, acho que foi o seu Francisco que falou sobre o relatório de gestão e SIOPS, o Rio Grande do Sul é um dos estados que mais informa relatórios de gestão e SIOPS, os municípios trabalham duro nisso, e a questão do SIOPS de 2008 é por que realmente ainda não houve o tempo hábil a troca de gestão. Várias coisas influenciaram isso, mas é um estado que é modelo no país pelo cumprimento de apresentação de SIOPS. A questão do Belletti, o que a ASEDISA ganha com a regulamentação da emenda? E acho que a Silvana também falou da atenção básica, é claro que nós não conseguimos hoje, fazer atenção básica como nós queríamos, por que nós continuamos ainda pagando incêndio lá na ponta, a

gente continua tendo que pagar consulta de média complexidade, exame de média e alta, a gente continua tendo que comprar medicamentos especiais, excepcionais, a gente continua não tendo acesso, continua tendo que comprar leitos por ordem judicial. Então a gente está trabalhando. Nós consideramos sim que o compromisso sanitário é uma responsabilidade nossa, dos municípios, nunca dissemos que não era. Nós trabalhamos duro para cumprir, para trabalhar em cima das 11 prioridades, isso nós não abrimos mão, mas ainda não conseguimos fazer de acordo com o que é necessário, por que a gente apaga muito incêndio no dia-a-dia. Então a regulamentação da emenda vai nos favorecer nesse sentido, de ter um recurso municipal mais livre para trabalhar na atenção básica.

Marly Moraes Lima: Para mim é difícil falar pouquinho agora não é, depois de toda a lista que eu fiz, então assim, vou tentar resumir. Responsabilidade solidária no financiamento e no desenvolvimento dos serviços de saúde no estado do Rio Grande do Sul. Nós entendemos enquanto secretaria que a gente tem sim essa responsabilidade solidária, que nós também estamos querendo a regulação da emenda constitucional e entendemos também que, pode não ter sido enviado oficialmente do ofício dirigido ao Secretário Osmar em 2007, mas na instância da CIB, nas audiências que ASSEDISA e da FAMURS tem tido com o secretário e a secretária, acho que a gente está expressando o desenvolvimento de algumas ações que estão contemplando em parte aquelas solicitações de 2007. Como parceiros eu acho muito mais eficaz nós estarmos desenvolvendo as políticas, do que estarmos oficialmente respondendo, o que fica no papel a gente esquece não é, é um compromisso na hora, mas as ações continuadas elas se tornam institucionalizadas e tendem a perdurar enquanto houver necessidade. A Silvana falou sobre a indução de políticas, enquanto nós não temos regularizada a emenda constitucional, nós temos sim, como o deputado Presidente da assembléia disse, o orçamento aprovado na Assembléia Legislativa, com o percentual de 12% para a saúde, não dentro das condições que a emenda prevê, que é também o que nós esperamos na regulamentação, mas está lá dentro de como ele falou aprovado pela Assembléia Legislativa, não aprovado pelo conselho, mas mostrado para o conselho enquanto proposta, disponibilizado lá na intranet, o conselho tem acesso, disponibilizado na página da Secretaria de Planejamento, lá botando 12% na saúde de acordo com o percentual da receita tributária líquida etc, etc. Como manda a legislação. Não estou dizendo, enquanto a EC29 não estiver regulamentada, este tem sido o procedimento, após a regulamentação da emenda, talvez a gente atenda a reclamação principal da ASSEDISA que é o recurso percapta. Daí a gente possa conseguir atender isso que é o grande sonho dos

municípios e não deixa de ser nossa, e dos conselheiro também, por que ela na que ela na instância municipal que a gente tem a maior autonomia de resolver e de decidir onde que tem que ser aplicado o recurso. Enquanto isso o ministério faz portarias específicas como a Silvana disse, atrela no início todo o repasse financeiro estava atrelado ao pacto, mas como os municípios do Brasil custaram a aderir, alguns foram liberados, outros continuam atrelados a adesão ao pacto aos municípios. Mas o estado também tem políticas emergenciais indutoras para nas diretrizes do sistema único na organização e composição aqui no estado, nós tivemos sim um período de dificuldade financeira muito grande durante uns anos, alguns pares de anos, mas que, neste orçamento que infelizmente já tem uma crise pré-anunciada que nós vamos enfrentar, mas que pela primeira vez a gente está com recursos financeiros para investimento, vou fazer minhas palavras as da secretária Arita, inclusive para a construção de unidades básicas de saúde em municípios que ainda tenham dificuldades, com prédio que sejam locados ou que não tenham, ou que não tenham ainda condições de por não ter unidade disponibilizar ESF, como qualificação básica em saúde. Temos recursos financeiros disponibilizados em investimento para os municípios, para os hospitais, para a regulamentação quanto ao processo de vigilância sanitária que a grande maioria não está adequado no estado. Então temos recurso para investimento em ampliação, adequações, obras e equipamentos também, 75 milhões para orçamento da saúde em 2009, pois aqui há anos a gente não conseguia colocar. Temos recurso para custeio 63 milhões como incentivo aos hospitais para desenvolvimento de políticas, uma parte como incentivo básico, outras para políticas específicas como gestação de alto risco, casa da gestante, incentivo a leitos de saúde mental em hospitais psiquiátricos, hospitais gerais, para fazer como diz a lei redução de leitos em hospitais psiquiátricos e o aumento gradativo em hospital geral. Então atendendo a reforma psiquiátrica, então 63 milhões também para isso, e tem um outra série de coisas que eu poderia estar falando aqui, acho que não cabe, está disponibilizado na página da SES, o conselho tem também na intranet, acho que a muitos anos não tinha uma boa previsão orçamentária. O deputado Ivar Pavã disse, a gente autoriza a gastar até lá, a lei disse isso, a lei essa de 2009, só que não é crime gastar menos, o crime é gastar mais do que aquilo que está previsto sem ter suplementado aquele orçamento. Então em termos de financiamento, de parceria, de solidariedade acho que nós temos sim intenção e temos conseguido chegar perto dos municípios e chegar perto do controle social, perto do conselho, através da nossa participação, representada por mim e meus colegas, e fazendo o que está ao nosso alcance. Temos sim fragilidades, muitas, não pude comentar todas ali no sistema, temos sim várias queixas reconhecidas dos municípios,

dos conselhos que a gente está tentando na medida que passa o tempo minimizá-las e reduzi-las. É um processo, é, estamos tentando, estamos tentando ser solidários e estamos aqui aberto para isso, quanto as políticas indutórias de ações indutórias do governo, nós temos repasses para as equipes complementares, as equipes de saúde da família, com repasse diferenciado para equipes diferenciadas em áreas indígenas, etc. Lá dentro dos presídios localizados, posso citar a primeira infância melhor, posso citar a assistência farmacêutica que nós ficamos 2, 3 anos sem dar a contrapartida, e que nesse orçamento estamos botando a desse ano e a de 2007 que nós ainda não demos, ou seja nós estamos como eu disse antes, correndo atrás e tentando assumir e contemplar frente ao controle social e a ASSEDISA que é a nossa parceira. Saúde não se faz sozinho, isso já foi muito bem dito, saúde se faz em conjunto, em conjunto gestores, trabalhadores, prestadores de serviço e a população em geral. É assim que a gente está conseguindo melhorar alguns indicadores do estado do Rio Grande do Sul que refletem, apesar das nossas dificuldades, dos nossos grandes desafios, o esforço que nós todos juntos temos desenvolvido em prol da organização e da saúde aqui no estado do Rio Grande do Sul, vamos estar à disposição sempre lá na secretaria e no conselho estadual com uma atuação mais efetiva que é o que a gente está buscando, junto com a ASSEDISA e também na CIB, estaremos sempre a disposição de vocês, obrigada. Francisco, não tem nada a ver, o CADIN é o cadastro de inadimplência aqui no estado. Aqui, frente ao Brasil, temos um processo avançado onde os municípios como a Carolina disse, já estão com a cultura de apresentar prestação de contas de recursos financeiros, ações e serviços de saúdes desenvolvidos pelos relatórios de gestão. A CAGE, a controladoria geral do estado, assumiu esse processo e bota lá no cadastro de inadimplência o município que não entrega em tempo hábil o relatório de gestão, às regionais e que constem no sistema. Esse é o processo estadual que tem um avanço de mil anos luz com a colaboração efetiva dos municípios. A questão do SIOPS, não tem hoje em dia uma punição, tem, depois de um certo tempo, o cadastro no CAUC, eu não sei nem direito o que é, mas é o CADIN nacional, e que daí entra no processo de bloqueio de recursos, depois de um certo tempo de alimentação e isso vale tanto para municípios como para governos estaduais. Então no nível nacional é o CAUC, no estado é o CADIN, e esse sim bloqueia o repasse de recursos aos municípios que não estão em dia com a prestação, ou que a regional não tirou, não deu baixa no sistema, para repasse de recursos da área da saúde. Se ele estiver no CADIN por prestação de contas, por falta de prestação de contas da saúde, os outros recursos não impedem, já tem esta exceção na lei, mas se tiver na saúde impede. As vezes o município custa até por falta de dados dos bancos entregar, ou é

entregue na regional, a regional meio que se atrapalha, também dá algum problema, cadastra no CADIN, assim que detectado se tira, esse é o nosso grande empecilho, o nosso grande calo no pé, é o CADIN).

Paulo Humberto: Antes de terminarmos o debate e gostaria de dar alguns avisos, o início dos trabalhos amanhã começa as 8:30h, o certificado serão entregues a partir da 10h no local onde foi feita a inscrição, a partir das 8:30h será distribuído um envelope com material para 1 representante de cada conselho municipal, no mesmo local lá onde foi feita as inscrições. Antes de terminar, a Silvana queria dar uma palavrinha.

Silvana Leite Pereira: Saiu recentemente eu acho que para os conselheiros é muito importante, o livro 6 de planejamento do SUS, que na verdade ele é um desdobramento da portaria de relatório de gestão, ele vai dizer como fazer, como faz plano, como faz relatório, como faz programação anual, e vincula esse instrumentos ao compromisso de gestão também, mostra qual é a relação que existe entre eles, e eu acho que ficou em uma linguagem muito boa, de fácil entendimento, eu acho que ele ficou bem legal, ele funciona quase que como um manual, eu recomendo, ele também está na pagina do ministério da saúde, pode ser baixado pela internet, certo, e tem 32 páginas, só tem um aqui, se quiser sortear podem.

Marly Moraes Lima: Só complementando, os 6 cadernos de planejamento de sistema do SUS são interessantes, gente para conselheiro e para gestor, e estão disponíveis na página do Ministério da Saúde, planejasus, e todos são interessantes, 3 atualizados e revisados, e um é pesquisa feita em todos os estados quanto a situação das secretarias municipais de saúde.

Paulo Humberto: Muito obrigado as meninas da mesa que abrilhantaram o nosso debate, uma boa noite a todos e até amanhã as 8:30h impreterivelmente.

Dia 28 de março - manhã

Jacqueline Dutra: Informes – A Comissão de Saúde da câmara municipal de vereadores Novo Hamburgo, convida a comunidade para participar da discussão sobre fundação de saúde que acontecerá no próximo dia 2 de abril quinta-feira as 19h no plenário da câmara municipal de Novo Hamburgo. O evento contará com a presença do Ministério Público Estadual e Federal, Tribunal de Contas, Conselho Estadual e Nacional de Saúde, Conselho Municipal de Santa Rosa, Gestão Estadual de Saúde e a Gestão Municipal. Então esse convite está sendo feito pelo Conselho Municipal de Novo Hamburgo, interessados podem entrar em contato com os conselheiros que estão presentes aqui na plenária. Um outro informe já encerrando o meu trabalho como Coordenadora Estadual de Plenárias de Conselhos de Saúde, é informar que para ficar bem claro e para que os municípios já possam ir se articulando, a caravana estadual em defesa do SUS para a qual eu faço propaganda hoje com a minha camisetinha aqui, ela acontecerá no nosso estado no mês de novembro, está agendada para o dia 6 de novembro, então os conselhos já podem ir se programando, aqueles que tem mais dificuldade em se organizar em função das questões financeiras, liberação de verba. Os conselhos municipais já se organize, disseminem a informação para aqueles conselhos que não estão aqui, aqueles tem possibilidade de fazer contato. Essa informação eu ainda estou mandando no meu último informativo para todos os conselhos, mas a gente sabe que muitos não recebem, então eu ainda vou estar fazendo essa informação, vou estar encaminhando essa informação, mas já comecem a se organizar para o dia 6 de novembro no estado. Os municípios que quiserem fazer as caravanas municipais, também podem solicitar informação, eu vou estar mandando informação de como organizar. Essa informação já foi passada pelo Conselho Nacional e eu vou estar passando para os municípios que é importante também. Também na função do coordenador, até para que vocês saibam o que é função do coordenador, que é disseminar informação, nós estamos trazendo hoje aqui a pedido do Ministério da Saúde, um pedido que ele fez na reunião que houve agora em março da Coordenação da Plenária Nacional, que é divulgar a situação da Hanceníase no estado, então eu convido para fazer parte da mesa a Márcia Lira que é coordenadora do programa estadual de controle da Hanceníase no estado do Rio Grande do Sul e que vai fazer uma breve explanação da situação da doença no estado. Eu pediria atenção dos conselheiros por que essa apresentação é de caráter informativo, então não vai gerar debate. Se alguém quiser outra informação pode até ao término conversar com

a Márcia, mas essa explanação é em caráter de informação para que nós não atrasemos o programa, como foi uma solicitação do ministério de pronto nós atendemos, mas como o programa já estava pronto nós não podemos encaixar essa apresentação como discussão, então vou passar a palavra para Márcia Lira que vai fazer a sua apresentação.

Marcia Lira: Bom dia senhoras e senhores, em primeiro lugar eu queria agradecer o convite da Jaqueline por abrir esse espaço para a Hanseníase, eu não fiz uma apresentação cheia de gráficos, cheio de números, eu vou dar um panorama geral da Hanseníase no estado para vocês e do que é a Hanseníase, não o conceito científico, mas o que é ter Hanseníase, suas conseqüências para a pessoa que é atingida por ela. Esse é o nosso logo, que eu fiz questão de colocar. A Hanseníase tem cura, por que hoje o tratamento leva de 6 a 12 meses, é um tratamento gratuito, todo o paciente diagnosticado que é e que é colocado no sistema de informação o SINAN, ele recebe o tratamento gratuitamente, assim como recebe o tratamento de pós alta, que muitos pacientes entram no que a gente chama de reações eles também recebem o tratamento gratuito. Eu queria dizer em primeiro lugar para vocês o que é Hanseníase. Em primeiro de tudo é uma doença que existe, ela está ai, apesar muitas pessoas não saberem o que é, ou quando a gente fala em lepra as pessoas se antenam para o que é a Hanseníase, por que lepra é o antigo conceito da Hanseníase, mas principalmente a nova geração de médicos, nunca ouviu falar de Hanseníase, nunca viu a Hanseníase. Eles encontram um caso e eles não tem noção do que seja, tanto que até umas duas semanas atrás eu falei com uma senhora que é atendida no ambulatório de dermatologia sanitária, aqui em Porto Alegre que é a nossa referência estadual e ela me disse que ela passou por 13 dermatologistas antes de chegar a um diagnóstico, e não é a única, não é a primeira, várias pessoas estão nessa situação. Tanto existe, que o Brasil ele é o primeiro lugar no mundo em prevalência, a gente passou até da Índia, que era o primeiro, entre aspas a gente pode dizer que hoje é o país mais leproso do mundo, e se vocês disserem que eu falei essa palavra eu nego até a morte, porque hoje chamar alguém de leproso dá cadeia, desde 1995 quando foi instituída a lei que diz que a doença de Hansen é Hanseníase, não é mais lepra. A lepra confunde com outras doenças como sarna. Qualquer doença horrorosa que deixasse a pele feia antigamente era chamada de lepra. E somos o segundo em casos novos por ano, com coeficiente de 23,5 isso em números dá uns 47, 48 mil pacientes por ano no Brasil. Para vocês terem uma idéia na América, no Brasil, a gente teve 47.612 casos em 2007. Sendo que em tratamento, na base de 64 mil. A distribuição da Hanseníase no Rio Grande do Sul, está mais localizada, mais concentrada nas zonas de fronteira. O nosso desenho do Rio

Grande do Sul meio que reproduz o desenho do Brasil. No Brasil a Hanseníase se localiza mais nas fronteiras. Naquela região de Uruguaiana, Frederico Westphalen. Nessa região fronterissa a gente tem uma coisa que se chama importação e exportação de Hanseníase para o Mato Grosso, eles dizem que é a gente que manda, e a gente dizia antigamente que eles mandavam para a gente, mas na verdade é uma rua de mão dupla, acontece da gente mandar e acontece de eles mandarem para cá, e as vezes a gente perde esses pacientes, a gente não consegue localizar, por que elas se mudam, não informam nada, muitas vezes tem famílias nos dois lugares onde moram, não é, e complica bastante. Aqui como é que estão, mais ou menos, nas regionais? As nossas regionais mais críticas em termos de coeficientes mudou, antigamente o nosso coeficiente para calcular era dividido por 10 mil, hoje é dividido por 100 mil, são a 10^a, 11^a, 12^a, 14^a, 15^a e 19^a. A 19^a é a mais complicada de todo Frederico Westphalen, e uma coisa assim que é importante vocês saberem. Existem duas formas que a gente classifica essa doença, multi bacilar, ou seja, muito bacilo, ela é uma doença transmitida por um bacilo como a tuberculose, é transmitida pelas vias respiratórias, mas ao contrário da tuberculose, na Hanseníase os sintomas demoram de 3 a 5 anos para aparecer, enquanto na tuberculose, em 15 a 20 dias você já está tossindo. Então, a Hanseníase ela é complicada por causa disso. A gente muda de cidade, muda de estado e vai ficar doente muito depois, então é complicado de fazer a vigilância dela. A detecção no Rio Grande do Sul é de 1,7, 189 casos novos em 2007 mais não estão todos os casos aqui, a nossa média de casos anual é 250. A gente teve um problema com o SINAN. Está um pouquinho complicado, não subiram todos os casos para o sistema, mas assim, eu sou coordenadora da Hanseníase, mas sou a primeira em dizer que eu acho que esse número está subestimado. Eu acho que existem mais casos que realmente são registrados. Pois, como eu estava falando para vocês, a doença tem duas formas, a multi bacilar que é a mais contaminante, tem muitos bacilos, e a Paucibacilar que é a menos contaminante. No Brasil a média é de 50% de cada uma a distribuição, no Rio Grande do Sul nós temos mais de 80% dos pacientes multi bacilares, mais de 80% dos pacientes contaminantes, e se vocês pensarem que para se calcular uma prevalência oculta a gente faz vezes quatro, vocês imaginam o número real de 250, digamos que seja, que eu não acredito, acho que são mais, então nós temos mais ou menos 1000 pacientes contagiando em uma prevalência oculta. Os números baixos significaram uma acomodação por parte dos gestores que em 1995 o Rio Grande do Sul atingiu a eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública. Me arrepiava quando eu ouço essa palavra eliminação, não se elimina Hanseníase, não se erradica Hanseníase, por que muita gente ouve a palavra eliminação e entende a palavra

erradicação. Hanseníase não foi erradicada, ela existe, mas como muitos gestores, pelos números baixos acham que não vale o investimento, ela continua aumentando e gera uma coisa que a gente chama diagnóstico tardio. Um paciente só vai cair na rede e ser atendido e diagnosticado como um paciente de Hanseníase quando ele já desenvolveu uma coisa que a gente chama incapacidade. Para vocês terem idéia da gravidade disso, 50% dos pacientes quando são diagnosticados, já são diagnosticados com alguma incapacidade diagnosticada. O que significa incapacidade? Ele perde o controle dos músculos do rosto, ele fica com a mão em garra, cai o punho, ele não tem controle desse músculo, o pé fica em garra, faz úlcera no pé por que ele começa a pisar todo errado. É um paciente que é de alto ônus por que ele vai ter que ser atendido para o resto da vida. Então a prevenção ela é muito melhor. Resultado de diagnóstico tardio em 50% dos pacientes com algum grau de incapacidade instalada, mãozinhas em garra, ele não consegue esticar essa mão, punho caído, essa criança tem 10 anos, não é nossa, é do estado do Amazonas, mas a gente já diagnosticou aqui. A gente tem muito pouca criança aqui. Uma outra coisa que me deixa um pouco arreliada, ela não consegue erguer essa mão, outra mão em garra que está iniciando. Vocês podem ver que são esses dois dedos primeiro e depois vai pegando em garra em todos eles. Isso é um pé com úlcera, como é que acontece? Esse paciente tem que ser atendido assim a perder de vista, se for um paciente diabético então, acaba em amputação, e se não for também pode acabar em amputação se ele não cuidar. Uma coisa que vocês tem que pensar é o seguinte, esse paciente não sente nada, e não é uma maneira figurativa, a gente já teve paciente que caiu uma tampinha de refrigerante dentro do sapato ele ficou o dia inteiro com a tampinha, chegou no osso a lesão e ele não sentia nada. Paciente que pisa em prego e não sente, encrava a unha, cai a unha, inflama e ele não sente nada. Então é complicado esse tipo de manutenção. Olha esse pezinho também, vocês reparem que ele não consegue esticar os dedos e pisar direito, ele muda os pontos de apoio, se esse paciente não for atendido, ganhar uma palmilha, ter uma manutenção mais intensiva ele vai ficar com o pé daquele jeito cerrado também. A gente faz as palmilhas, são produzidas no Hospital Colônia Itapuã na nossa oficina mas eles são atendidos no ambulatório. A gente achou que ia facilitar o acesso e realmente, de 12 palmilhas por ano, nos passamos a 80 palmilhas por ano no ambulatório. Isso daqui é como o pé do paciente cai, ele não consegue fazer essa movimentação, é colocado uma férola nele como se fosse uma caneleira para segurar o pezinho e ficar pezinho de palhaço e ele conseguir pelo menos andar assim. Começa como uma manchinha assim, branquinha, é uma manchinha esbranquiçada que não coça, não dói, e pode virar. A gente tem casos aqui assim, isso a gente chama de paciente

virchoviano, é o último grau de um paciente multibacilar, ele parece o coisa, aqui não aparece mas ele já não tem mais sobancelha, o nariz dele desabou, ele não tem mais cílios, então ele não consegue fechar os olhos, se for inverno e ele estiver dormindo com cobertor e entrar uma felpa ele não sente, pode inflamar, ele pode ficar cego. Assim eram como os pacientes antigamente tinham que se vestir, eles ficavam todos cobertos e andavam com uma sineta, por que onde eles fossem passando eles tinham que tocar a sineta para as pessoas abrirem espaço porque o leproso estava passando. Então vocês imaginem a cara de preconceito que existia e existe até hoje, por que a idéia que se tem é essa. O que a gente pode fazer e é essa ajuda que eu peço para vocês, com gestores de vocês. É estimular a busca dos novos casos de Hanseníase junto as famílias que são os contatos intradomiciliares que a gente chama, para poder quebrar a cadeia de contágio da Hanseníase é a única forma. Entre as pessoas que convivem com doentes nos últimos 5 anos que é o contato intra domiciliar. Esse contato ele tem que ser avaliado e ai entra aquela coisa, se a incubação da doença é de 3 a 5 anos ele não pode ir uma vez e nunca mais voltar, ele tem que ser avaliado uma vez por ano pelo menos durante os 5 anos para saber se essa doença vai surgir ou não. A utilização da BCG. Isso é feito nos contatos se eles não estão doentes. E a prevalência oculta, então a nossa dificuldade é o período de incubação da doença, falta de divulgação dos sintomas, a baixa cobertura do programa de controle de Hanseníase no estado, e a falta de centralização de diagnóstico na CRS ou referência direta para Porto Alegre, os médicos não estão sabendo diagnosticar a Hanseníase, nem suspeitar, então acaba referenciando para a CRS. Se a CRS perde o médico como aconteceu com a 19ª agora, ai é um caos, a coordenadora está tentando um novo médico para a ser referência que a gente vai treinar, mas ai complica muito o diagnóstico e por isso que vai demorando, demorando, demorando. Em maio nós estávamos com total de 237 pacientes em tratamento, 604 familiares registrados e apenas 327 avaliados, faltavam 277 para avaliar ainda. Esse controle a gente faz mensalmente. Hospital Colônia Itapuã, nós não caminhamos sós. Uma coisa que eu queria falar para vocês é que eu enviei para todos os delegados, para todos os coordenadores, um calendário de capacitação do ano. A gente tem capacitações para médicos, para enfermeiras e técnicos, oficina de prevenção de incapacidade, onde se liga para prevenir essas lesões, essas garras, essas úlceras que podem se formar. A CRS, vocês devem ser estimuladas a fazer capacitação para agentes. A gente mandou esse calendário para todos, para que todos pudessem participar efetivamente. Como a gente não o número de profissionais, na coordenação, para que a gente possa viajar, para capacitar, então o pessoal começa a ver, são 11 capacitações que vão haver

esse ano. Bom, isso eu levo para a minha vida e para o meu trabalho também, as vezes é difícil mais eu levo. Definição de insanidade: “fazer tudo do mesmo jeito por anos e anos a fio e esperar por resultados diferentes”. Essa é uma antiga ilustração de Hanseníase, obrigado pela atenção de vocês, eu queria passar um filmezinho do Paraná que é só um minuto mais o som não está funcionando infelizmente, se funcionar a Jacqueline passa para vocês à tarde está bem. Obrigada pela atenção, qualquer coisa eu estou a disposição.

Jacqueline Dutra: Nós gostaríamos de agradecer a Márcia pela apresentação sucinta que ela conseguiu fazer. Essa foi uma solicitação nossa e vamos chamar então de imediato a mesa, primeira mesa do dia, e para isso nós vamos chamar a Maria Letícia que é quem vai coordenar e chamar os integrantes da mesa.

Maria Letícia de Oliveira: Bom dia a todos conselheiros e conselheiras presentes nessa nossa plenária de conselhos, a todos os participantes. Imediatamente eu passo a chamar o representante do Conselho Estadual ou melhor o presidente do Conselho Estadual de Saúde Carlos Alberto Elbeling Duarte, da Associação dos Municípios do Rio Grande do Sul, Dr. Elir Domingues **Girarte**, o Dr. Mariane que está representando a FAMURS. Da Associação de Secretários e Dirigentes Municipais da Saúde – ASSEDISA, Dr. Arílson da Silva Cardoso e do Ministério Público Estadual a Dr. Marinês Assmann. Primeiro antes de passar a palavra aos nossos convidados eu gostaria de fazer algumas considerações, sempre que eu vou representar o Conselho Municipal de Porto Alegre que é o conselho que eu coordeno, eu tenho feito algumas manifestações que para mim já estão funcionando quase como um mantra. Algumas falas que eu tenho dito, então eu vou dizer o seguinte, nós temos dito cada vez que falamos em nome do conselho que o Conselho Municipal de Saúde é órgão deliberativo do Sistema Único de Saúde, temos afirmado esse SUS é a política mais inclusiva do sistema brasileiro independente da condição social econômica, todos os brasileiros em maior ou menor grau, usufruem das ações dos serviços de saúde do SUS na medida em que ele é responsável, daí vem o mantra, pela qualidade da água que bebemos e dos alimentos que comemos, dos diversos serviços e produtos que produzimos. Mas como e que podemos fazer a disputa e a luta pela construção desse sistema de saúde, nós aqui em porto alegre elegemos duas estratégias, uma a mobilização e a outra é a educação permanente para o controle social, experiências que nos conduziram, e ai eu trago para dividir vocês a premiação na terceira edição do premio Sérgio Arouca que reconhece a experiência exitosa em gestão participativa promovido pelo Conselho Nacional de Saúde,

pelo CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde, pelo Ministério da Saúde, e pelo Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde – CONASSEMS. Então as duas experiências, uma delas foi a utilização de implantes sub-dérmicos em adolescentes de baixa renda, que o conselho além de não aprovar, denunciou o caráter preconceituoso e antiético ao deslumbrar os indícios de ingerência da indústria farmacêutica na condução do mesmo, então esse texto que foi reconhecido pelo premio Sérgio Arouca se chama “Uma ação sinérgica em defesa de uma política dos direitos sexuais e reprodutivos” de autoria da jornalista Télia Negrão com co-autoria de uma conselheira do Conselho Municipal de Saúde, Neusa Raisal. O segundo trabalho e que é muito caro para nós se chama “o processo de educação permanente potencializando o controle social no SUS”, que foi elaborado por uma conselheira do Conselho Municipal de Saúde que está aqui presente, a Heloísa Alencar, uma outra questão que eu gostaria de trazer para vocês e que chegou para nós, e acho que serve para nós começarmos a nossa discussão através da mesa constituída e para o nosso debate no início da tarde. Recebemos agora na quarta feira, é uma auditoria do DENASUS, que trás algumas recomendações relativas ao controle social. Essa auditoria ela foi realizada em 2006 aqui na secretaria municipal de auditoria de gestão da cidade de Porto Alegre, então eu vou ler resumidamente, não vou citar todas as leis mas para vocês entenderem e para nós, de como esses instrumentos do próprio SUS são importantes para o exercício do controle social. Dizem as recomendações referentes ao controle social: recomendamos a secretaria municipal da saúde de Porto Alegre, que agiliza a revisão da lei de criação do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, visando adequar a sua real composição ao que determina o quarto artigo, primeiro e recomendamos a secretaria municipal que observe o papel deliberativo e fiscalizador do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre propiciando discussão desse conselho do orçamento da saúde, conforme determina o parágrafo, cita a lei 8080, 8142, recomendamos a secretaria municipal da saúde de Porto Alegre que observe o papel deliberativo e fiscalizador do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, propiciando a discussão neste conselho da programação pactuada integrada (PPI), conforme determina. Recomendamos a secretaria municipal da saúde de Porto Alegre que observe o papel deliberativo e fiscalizador do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre propiciando a discussão deste conselho das deliberações sobre a contratação, credenciamento dos prestadores de serviço, bem como determina recomendamos a secretaria municipal da saúde de Porto Alegre que implante de imediato o sistema de ouvidoria do SUS, e por fim recomendamos a secretaria a realização de pesquisa de satisfação de usuários do SUS e no âmbito municipal. A gente elencou essas

recomendações na medida em que elas podem e devem contribuir para futuras mobilizações de todos os conselhos no sentido de colocar para esses órgão do sistema único de saúde as questões pertinentes dos nossos conselhos e que a gente vem lutando. Por fim eu cito, por motivo de alegria e temos aqui a presença do Dr^a Marines Assman, que a ação civil ajuizada pelo Ministério Público estadual, que o tribunal de justiça julgou procedente condenando o estado do Rio Grande do Sul a depositar na conta do fundo estadual de saúde, o saldo correspondente ao percentual da receita líquida de impostos e transferências em 2003 relativos a 10% dos gastos em ações e serviços públicos de saúde, que acho que depois a Dr^a Marinês deve certamente abordar conosco. Então é isso que eu tinha para dizer de informações e passo de imediato contando sempre com o tempo, temos 20 minutos para cada um dos expositores, passo de imediato ao Presidente do Conselho Estadual de Saúde.

Carlos Duarte: Obrigado Leticia, queria dar o meu bom dia a todos e todas aqui presentes, participantes, e a mesa, o Arilson Presidente do conselheiro da ASEDISA e secretário municipal de saúde de São Lourenço, a Leticia Presidente do Conselho Municipal de Saúde, a Marines Assman do ministério público estadual, professor Mariane, representando a FAMURS e também conselheiro do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, cumprimentar a todos. Eu tenho uma apresentação, mas antes de começar esse tema eu gostaria de fazer uma menção com um evento que aconteceu aqui na quinta feira durante o dia, o 1º encontro de usuários de saúde mental do Rio Grande do Sul, que aconteceu aqui nesse mesmo espaço na quinta feira durante todo o dia, da associação de usuário de saúde mental e que contou com mais ou menos 250 participantes que foi um evento muito bom e bonito de se ver quando se viu muitos usuários presentes falando e fazendo protagonismo, assumindo seu protagonismo enquanto usuários do sistema, enquanto detentores de uma patologia, e fazendo a defesa de SUS. Eu queria dar os parabéns ao Fórum gaúcho de saúde mental por ter realizado esse evento e dizer que é assim que a gente constrói o SUS, com a participação do usuário, com a protagonização desse usuário dizendo como é que ele gostaria de ser tratado e deve ser tratado pelo SUS. Eu vou falar de pé por que ai eu fico de frente e consigo ver as minhas transparências daqui. Vou começar falando, como o nosso tema é controle social, eu vou começar falando de conselhos regionais de saúde, por que a partir da análise dos conselhos regionais de saúde feito pelo Conselho Estadual de Saúde a gente fez alguns levantamentos sobre como anda o controle social no Rio Grande do Sul e os conselhos municipais de saúde, e como nós estamos aqui na plenária de conselhos municipais de conselhos de saúde, nada melhor do que discutir diretamente conselhos e

conselhos que todos nós de uma certa forma podemos até dizer de que forma nós estamos trabalhando e está vendo os nossos próprios conselhos. Eu queria passar o primeiro que é conselho regional de saúde, então só lembrando assim, a lei que cria os conselhos regionais de saúde a 10.097 de 1994, fala que compete ao Conselho Estadual de Saúde atuar para o desenvolvimento e formação de conselhos regionais, por que isso, vamos lá, a lei 8142, que cria os conselhos de saúde fala na criação de conselhos em cada instância de gestão, ou seja, nós temos conselhos na gestão federal, Conselho Nacional de Saúde, estadual, Conselho Estadual de Saúde, e municipal, conselhos municipais de saúde, o conselho regional de saúde ele é uma instancia descentralizada do conselho estadual, ele é uma instancia do Conselho Estadual de Saúde na região, então na verdade os conselhos regionais de saúde são parte integrante do Conselho Estadual de Saúde, eles não são independentes e isso tem que estar bem claro quando a gente fala em conselho de saúde. Então os conselhos regionais de saúde estão regularizados pela resolução 02 de 2008 que substitui a resolução 02 de 2000, do CES-RS em caráter permanente propositivo fiscalizador no âmbito regional, tendo como objetivo contribuir na área do conselho com o Conselho Estadual de Saúde, na área geográfica da sua região, acho que isso é importante frisar. O Conselho Estadual de Saúde realizou uma análise dos conselhos regionais conforme a legislação, ou seja, viu como é que estavam os conselhos regionais de acordo com a 8142 e com a resolução 333 do Conselho Nacional de Saúde. Essa análise revelou algumas irregularidades, algumas profundas irregularidades, que geraram a resolução 01 e 02 do Conselho Estadual de Saúde. A resolução 02 fala no seu artigo 4 que os conselhos regionais de saúde para serem homologados pelo conselho estadual, devem ter de pelo menos 70% dos conselhos municipais de saúde em pleno funcionamento de acordo com a legislação vigente. No seu parágrafo 3, diz que o seu ato convocatório, essas são algumas questões legais eu não quero nem me fixar muito, isso está na resolução, é só vocês pegarem a resolução e se depois tiverem alguma dúvida a gente pode discutir eu não vou me deter nestas questões, agora uma das questões importantes é que no ato das disposições transitórias dessa resolução fala que o preenchimento dessa vagas, todo mundo sabe, os conselhos municipal de saúde ocupam 5 vagas no Conselho Estadual de Saúde no segmento usuário, que o preenchimento dessas vagas destinadas ao conselho regional de saúde no conselho estadual se dará por ordem de regularização dos conselhos regionais, enfim. Está na resolução, então no momento em que os conselhos regionais estiverem regularizados eles vão assumindo as vagas no conselho estadual até o número de 5 vagas, e depois no momento que chegar aos 19 conselhos regionais, aí começa a troca,

substituição, o rodízio dos conselhos regionais junto ao Conselho Estadual de Saúde. Então o Conselho Estadual de Saúde padronizou a análise para que a gente tivesse por onde seguir, então a instalação dos conselhos regionais, a composição, o regimento interno e a mesa diretora, para vocês terem idéia dos 19, apenas 8 encaminharam documentos para o Conselho Estadual de Saúde que cumpriu com essas questões, com a ata de instalação, composição, regimento interno, com a mesa diretora, para que pudesse haver a análise de como é que estava a regularização desses conselhos. Então dos 19, apenas 8 encaminharam a regularização. Alguns exemplos de problemas encontrados que levaram as resoluções, representação de segmentos das micros regiões que compõem os conselhos regionais, com trabalhador prestador agrupados, governo agrupados em um único segmento, sem ter como o Conselho Estadual de Saúde avaliar se estava ou não cumprindo, a gente não conseguia ver quem era gestor, quem era trabalhador e quem era prestador de serviço, eles estavam todos agrupados em um único segmento. Então tinha os usuários e os demais segmentos e a gente não conseguia ver quem era quem, e quem ocupava a vaga de quem. Outro problema, apresenta integrantes de usuário, por exemplo, na vaga de usuários do conselho regional tinha secretário municipal de gestão, ou seja, gestão na vaga de usuário, a gestora municipal de um município que inclusive compunha a CIB. Segundo a resolução da própria CIB ela fazia parte do colegiado da CIB. Ela ocupava uma vaga de usuário no conselho municipal. Secretário municipal de saúde ocupava vaga de usuário e o presidente da câmara de vereadores também ocupava a vaga de usuário em conselhos regionais. Outra questão, vaga de trabalhadores, Associação de Engenheiros Agrônomos ocupava vaga de trabalhadores, e a associação brasileira de odontologia num determinado conselho ela ocupava, uma cadeira de usuário e uma de trabalhador, no mesmo conselho. Então alertado pela situação que se encontravam os conselhos regionais, o Conselho Estadual de Saúde consultou o cadastro nacional de conselhos de saúde. O cadastro que todos os conselhos municipais preenchem, são dados preenchidos pelos próprios conselhos municipais, para saber como estavam os conselhos municipais a partir do cadastro nacional de conselhos. O que a gente encontrou, dos 496 municípios que preencheram o cadastro, ou seja, todos os conselhos municipais preencheram o cadastro, dos 496 município, 311 conselhos afirmavam que estavam regularizados, cumprindo a 8142 e a 333 do Conselho Nacional. 94 municípios apresentavam no cadastro, ou seja, preenchido por eles mesmos, apresentavam menos usuários, menos de 50% que determina a lei 8142. 91 conselhos municipais apresentavam mais usuários do que os 50%. Então os próprios conselhos já apresentavam que eles estavam irregulares no cadastro nacional. O que a gente fez, a gente foi revisar todos os

cadastros dos 496 municípios, então a partir disso a gente viu também que os 31 municípios que se diziam regulares, não estavam tão regulares como se diziam estar, estavam com irregularidades na sua composição. Por exemplo apresentavam como usuários a Brigada Militar, apresentavam Secretaria Municipal de Saúde, por exemplo, representante do PSF, da epidemiologia e da vigilância em saúde com representante de usuários, SIND saúde como representante de usuário, secretaria de educação, de agricultura, fazenda, de obras, de assistência social, todos ocupando vaga de usuários. Câmara de vereadores, escolas municipais e estaduais, hospitais e também COREM, CREFITO e CREMERS todos ocupando vagas de usuários, isso nos conselhos municipais de saúde. Exemplos também de equívoco de representação de trabalhadores, EMATER, que para o Conselho Estadual é prestador de saúde e se apresentavam como trabalhadores em saúde, sindicato dos trabalhadores rurais como trabalhadores em saúde, também secretaria municipal de saúde, ou seja, uma UBS ocupava vaga de trabalhador, o PSF, não a unidade, o PSF, a equipe de esterilização ocupava vaga de trabalhador, hospitais, secretarias municipais, sindicato dos bancários, indústria de couro, trabalhadores das indústrias e comerciários, associações de bairro, associações de jovens ocupando a vaga de trabalhadores. Outros exemplos de irregularidades que nós encontramos na composição: tinha conselhos municipais que tinham 40 conselheiros e nenhum era usuário, todos dos outros segmentos, tinha conselho com 17 conselheiros e 1 usuário, apesar de ter número ímpar, ele ainda era apenas um 1 usuário dos 17, tinha conselhos municipais de saúde com 36 conselheiros onde 31 eram usuários e nenhum trabalhador, isso é apenas algumas coisas que a gente encontrou, isso se repete em vários municípios, em vários lugares, isso deixou a gente realmente preocupado, por que como é que está realmente e efetivamente funcionando os conselhos de saúde do estado? Aqui é um percentual por região dos conselhos municipais de saúde em regular funcionamento, para vocês terem uma idéia, aqui a 1ª regional apresentava 13 municípios, 13% dos seus municípios com regularidade na composição dos conselhos, tinha por exemplo a 5ª regional não apresentava nenhum município com regularidade com relação a sempre com relação a 8142 e a 333 do conselho. Então a 5ª a 10ª a 12ª e a 18ª regional, nenhum conselho municipal apresentava regularidade e aí os outros vai variando alguns apresentam 16%, se a gente olhar aqui em cima tem 28%, ou seja, nenhuma das regiões apresentava pelo menos 50% dos municípios com regularidade. A partir dessa análise que a gente fez, a gente viu que pela resolução 333, 36 municípios apresentam legalidade, 7%, 28% dos municípios declararam não adequação a 333 do conselho nacional, isso no cadastro nacional de conselho, e aqui 432 municípios, e aqui estão aqueles 311 que apresentavam

regularidade, 432 não se adequavam, não estavam adequados apesar de declararem que estavam, os municípios não estavam, então hoje a gente vê 432 não estão adequados mais os que se declaravam adequados são 460 , ou seja, apenas 36 municípios do Rio Grande do Sul tinham adequação. O que aconteceu, a resolução 01 e 02 do conselho suspendeu os conselhos regionais de saúde por que a base dos conselhos de saúde são os conselhos municipais. Se os conselhos municipais não estão regularizados como é que a gente vai querer que os Conselhos Regionais estejam? Então uma das maiores tarefas dos Conselhos Regionais de Saúde que é a descentralização, friso isso, dos Conselhos Regionais nas regiões é acompanhar o controle social das regiões. Então não tinha, dentro dessa avaliação, como a gente manter os Conselhos Regionais de Saúde funcionando quando quase 90% dos conselhos municipais de saúde não estavam regulares, e os conselhos regionais também não apresentavam regularidade. Então a única forma foi suspender os Conselhos Regionais até que se trabalhasse nas regiões pela regularização dos conselhos municipais e pela regularização dos conselhos regionais, a gente votou que o mínimo para se formar o conselho regional de saúde tem que ter 71% dos conselhos municipais de saúde regularizados, vamos pensar que nós estamos a 20 anos trabalhando com conselhos municipais de saúde, não é mais admissível que a gente não tenha conselhos municipais de saúde regularizados, a gente sabe que essas questões não são apenas questões que dependem dos conselhos municipais, dependem muito da gestão, dos conselhos, das secretarias municipais de saúde, dependem das prefeituras também, dos prefeitos, mas essas questões não podem ser mais admissíveis do que os conselhos de saúde não funcionem. Nós temos a legislação do SUS ela é muito clara com relação ao funcionamento dos conselhos municipais e a gente não pode permitir que isso aconteça. A partir disso, análise das leis e regimentos dos conselhos municipais por parte do CES, desde então o Conselho Estadual vem solicitando a todos os conselhos municipais o encaminhamento das leis dos conselhos municipais e do regimento para que a gente possa fazer uma avaliação da lei e do regimento, por que aquela avaliação foi feita pelo cadastro nacional de conselhos, que é preenchida pelos conselhos municipais, cada Conselho Municipal de Saúde tem uma senha para acessar o cadastro do conselho nacional e a partir dessa senha ele pode alterar a composição, enfim, conforme as leis do conselho vai sendo modificada, conforme as modificações do conselho vão sendo feitas, então se os próprios conselhos apresentam as irregularidades no preenchimento do cadastro nacional de conselhos, a situação está mais grave ainda. Por que tem consciência das suas próprias irregularidades, e a gente vem solicitando essas leis desde então. Então, quais são as providências para a regularização?

Nós temos visitado as regiões, para solicitar leis, por que nós não temos recebido as leis dos conselhos municipais. A gente tem tido dificuldade de fazer contato com os conselhos municipais assim como a Jaqueline falou, que ela tem dificuldade de contato. O Conselho Estadual também tem, pois a nossa base de contato e comunicação, também é o cadastro nacional de conselhos. Se ali o e-mail está preenchido e não é mais, por que ali muitos conselhos não tem e-mail funcional, usam o e-mail ou da secretaria, ou de algum conselheiro, ou de algum presidente que não é mais presidente, enfim, fica difícil contato. O endereço não chega, as correspondências voltam, isso que o conselho estadual envia por correio as correspondências, encaminha por e-mail também, então a gente está fazendo as reuniões descentralizadas do Conselho Estadual de Saúde, esse ano nós vamos fazer 6 reuniões, o próximo slide mostra as reuniões. Solicitação das leis e regimentos dos conselhos, recebemos até o momento cerca de 70 leis apenas, dos 496 municípios, recebemos da 1ª, 2ª, 3ª, 5ª, 11ª, 18ª, a gente fez um contato direto com a ASSEDISA, FAMURS e as coordenações regionais de saúde para que essas instituições falem com a região para que encaminhem as leis e os regimentos para o conselho estadual para que a gente possa fazer essa avaliação. Participamos também de reuniões da FAMURS e ASSEDISA que foram feitas com os conselhos municipais de saúde onde a gente falou dessa questão dos conselhos municipais e essa XIII plenária de conselhos de saúde serve também para isso, por que nós estamos aqui também como conselheiros, os principais interessados nessa regularização. Aqui estão as reuniões ordinárias, friso reuniões ordinárias descentralizadas do Conselho Estadual de Saúde nas regiões, nós já fizemos a reunião de Osório na 18ª. Ela foi realizada no dia 19 de fevereiro, teve participação de mais ou menos 80 conselheiros de 16 municípios. A gente já tinha feito uma reunião preparatória antes onde estiveram 19 municípios e a gente fez reuniões um dia antes e um dia depois da reunião do conselho, da plenária ordinária para discutir com o conselho regional e com os conselhos municipais da região, quais eram os problemas que estavam enfrentando para regularizar as leis e regimentos internos, isso aconteceu. O Conselho Regional de Osório, a gente definiu que esse conselho da 18ª vai ter 30 dias para encaminhar todas as leis para o conselho como regimento interno já do conselho para que a gente possa avaliar e possa estar no máximo em 60 dias funcionando regularmente esse conselho. Dia 30 de abril nós estaremos em Pelotas, dia 25 de novembro, nós já estivemos em Pelotas no ano passado, só estou me referindo a outras reuniões já foram feitas em Pelotas e outras regiões. Dia 25 nós estivemos lá e falamos com o conselho regional. Dia 8 de abril nós temos uma reunião preparatória lá na região para organizar a reunião do dia 30, e nós vamos para lá no dia 29 ou até mesmo

no dia 28 para reunião com os conselhos municipais para poder, assim proximamente conversar sobre as leis e ver quais são as dificuldades de cada município. Dia 18 de junho nós estaremos em Cruz Alta na regional, dia 30 de julho em Erechim na 11^a, dia 24 de setembro em Cachoeira do Sul na 13^a, e dia 19 de novembro em Alegrete na 10^a coordenadoria. Nós não conseguimos ir as 19 regionais em um ano, nós temos em torno de 20 reuniões do Conselho Estadual de Saúde por ano, então a gente elencou as 6 regiões agora e pretendemos ano que vem fazer outras até a gente conseguir ir em outras regiões. A gente espera que no mínimo esses 6 conselhos regionais, essa 6 regionais estejam regularizadas até o fim do ano, mas na verdade a gente espera. A gente não precisa fazer reuniões descentralizadas do conselho para regularizar o conselho, basta nos ligarem, a gente está indo nas reuniões para fazer isso. Aqui só uma questão com relação ao Conselho Estadual de Saúde, por que parece que o conselho estadual não tem problemas, mas nós também temos nossos problemas em relação a lei do Conselho Estadual de Saúde de 1994, portanto ela é anterior a resolução 333 do Conselho Nacional, hoje nós temos 52 conselheiros, nós temos 10 trabalhadores, nós não estamos adequados a resolução 333 do conselho nacional, nos faltam 3 trabalhadores para que a gente alcance os 25%, a gente já se adequou com relação a mesa diretora, o Conselho Estadual de Saúde tem uma mesa diretora formada por 8 conselheiros paritariamente, 4 usuários, 2 trabalhadores, 1 gestor e 1 trabalhador, então com relação a isso a gente já conseguiu se organizar, pois isso dependia apenas da regimento interno do conselho e não da alteração da lei do conselho. A composição do conselho é um dos problemas, ela está na lei do conselho e não no regimento do conselho. Então qualquer alteração na lei do conselho tem que passar por uma lei do executivo. Ser encaminhada na Assembléia Legislativa, para que a Assembléia aprove e discuta a lei. Então a gente tem propostas para fazer esta alteração, nós estamos discutindo a alteração da lei, mas a gente sabe que uma lei quando entra no legislativo, a gente sabe como ela entra mas a gente não sabe exatamente como ela sai, a gente tem dificuldades. Então, é indispensável que para que a gente mude a lei do Conselho Estadual de Saúde, que exista uma articulação muito grande de todos os conselhos municipais de saúde do Rio Grande do Sul, de todas as regiões para que a gente possa articular nas regiões, com os deputados das regiões a aprovação da lei que favoreça o controle social, e que não venha a ser uma lei que prejudique ainda mais o controle social no Rio Grande do Sul. Então a gente tem medo de encaminhar uma lei para a Assembléia Legislativa propondo 52 conselheiros, e sair com uma lei com 300 conselheiros por que os deputados podem querer colocar novamente na lei, organizações que fazem parte de sua base, enfim,

algumas questões assim, o que nós queremos é tirar as organizações da lei do conselho, deixar as organizações no regimento interno para que a gente possa alterar sempre que necessário. É isso aí, agradeço a atenção de vocês, estou aberto depois para várias perguntas e questionamentos que estou certo que virão e a gente espera que venham.

Maria Letícia de Oliveira: Passamos então de imediato para o professor Mariane representando a FAMURS.

Leonildo Mariane: Um bom dia especial! É uma alegria e eu gostaria de começar com uma frase de Joe Parker um congressista americano quando ele fala na mudança de paradigma, ele diz assim: “aqueles que não acreditam que dá para fazer devem sair do caminho daqueles que estão fazendo”, eu repito: “aqueles que não acreditam que dá para fazer devem sair do caminho daqueles que estão fazendo”. Se nós estamos aqui no sábado de manhã, minha esposa reclamou que eu não estou em casa no sábado de manhã, em um sábado de manhã lutando pela saúde pública coletiva, é sinal que nós acreditamos, por isso todos nós 121 e meio que estamos aqui, acreditamos que é possível fazer um trabalho e é possível construir o controle social na saúde pública. Eu não sou Elir Domingues Girarde, ele estava programado para ontem, mas ontem também ele não viria por que ontem chegou a ministra no palácio e ele teve que estar na hora assim como o Presidente da Assembléia. Então eu estou substituindo, eu sou Leonildo José Mariane, eu trabalho na área da saúde na FAMURS a 6 anos. Eu defendo os municípios por que eu fui 8 anos prefeito quando estava iniciando o SUS em 1989 quando a gente começava em falar em conselho municipal, quando a gente começava a municipalização. Dr. Arílson, e eu lhe peço desculpas e eu vou saudar a mesa, Dra. Assman, é um prazer sentar a mesa do seu lado. Presidente do conselho estadual, é uma alegria muito grande, ele disse muito bem, nós o convidamos em todos os nossos encontros de FAMURS e ASSEDISA, e lá ele tem oportunidade de ter vez e voz para defender e para falar para os gestores a necessidade e importância da criação dos conselhos municipais, do funcionamento correto dos conselhos, Letícia é um prazer, parece que tu estás muito concentrada e séria, Dr. Arílson a gente trabalha muito junto, a federação dos municípios e a associação dos secretários, então o Girarde não está aqui, mas a gente pede desculpas por eles. Vamos apresentar o nosso trabalho. O controle social na saúde, somos todos nós, eu discuti com o presidente e nós ficamos, por que todo mundo sabe, somos todos nós, usuários, nós trabalhadores, nós gestores, nós prestadores, que dizer, o prefeito ele também tem que se olhar no espelho, ele tem a obrigação não só de fazer a

prestação de contas, mas cada dia fazer uma análise do que ele faz, e ouvir o secretário dele, prefeito o senhor está falhando nisso na área da saúde, prefeito o senhor precisa mudar nisso, ele tem que ter essa consciência de que ele também é controle social, não é o dono da verdade. A partir do momento que ele foi eleito, eu fui prefeito do município de Estrela só para dizer, mais alfabetizado do Brasil no recenseamento de 1970, graças a iniciativa, Dra Assman a senhora que é de origem germânica, graças a iniciativa da comunidade alemã, que não pedia para os governos os professores, eles criavam, alguém era pastor, alguém era padre, alguém era ferreiro para fazer as rodas das carroças e necessariamente tinha que ter um professor, por isso nós conseguimos em Estrela o título de cidade mais alfabetizada do Brasil, graças a organização comunitária, quando eu assumi em 1989 o município, tinha 11 escolas comunitárias e 1 ou 2 municipais, para vocês terem idéia de como funcionou, de como se organizou uma comunidade que buscava solução para seus problemas dentro da comunidade, todos nós queremos promoção, proteção, recuperação da saúde, isso nos une. Todos nós queremos isso, aliás Dr. Arílson sabe o que eu estou sentido, nessa caravana do SUS, eu que senti essa caminhada, quando eu assumi a prefeitura 1 posto de saúde, terminei com 10, com 10 médicos, nas UBSs, as internações hospitalares em 4 anos caíram em 50%, no começo eu vinha para Porto Alegre pedir mais AIHs, no fim o município devolvia autorizações de internações hospitalares pela redução, na infância a redução das internações hospitalares na área infantil é impressionante. Isso se deva a que? A esse processo de municipalização do SUS que passou a responsabilidade dos municípios segundo o artigo 30 da constituição para os municípios. Essa é uma conquista nossa e é um grande talento que nós temos pra defender o SUS, então a lei é sábia quando nos une pela responsabilidade pela saúde. Compete aos municípios, eu citei o artigo 30 da constituição, compete aos municípios e aí uma grande questão que o gestor se faz com a cooperação técnica e financeira da união, do estado, serviços de atendimento a saúde da população, essa constituição de 1988 entrou em vigor em 1988 e quando nós assumimos em 1989 nós tínhamos que, compete ao município, não tinha o que dizer, isso é constituição, vamos brigar pela cooperação técnica e financeira, mas nós não podemos fugir da responsabilidade de que a saúde passou a ser responsabilidade nossa, os municípios compreendem o que é previsto no pacto, aí o presidente queria colocar, isso já foi colocado ontem, mas só para vocês terem, os municípios querem assinar o pacto pela saúde, ontem a nossa colega Carolina fez essa colocação, nós temos e ela leu inclusive a carta que a FAMURS e a ASSEDISA entregou para o secretário Terra. Nós queremos assinar, a angústia é assinar um termo de compromisso com alguém que tu não sabe se vai cumprir, o

pacto é tu assinar contrato com alguém que tu confia, se de repente tu tem desconfiança ou provas que ele vai cumprir, aí tu assina, agora o pacto pela vida todos aqueles 9 itens os municípios fazem muito bem, agora nós estamos trabalhando na pactualização, na regionalização, etc. O nosso problema é justamente, talvez alguns achem que não é essencial, mas não se faz saúde sem trabalhadores em saúde, não se faz, não se tem trabalhadores em saúde sem uma justa remuneração justa aos trabalhadores, aliás eu gostaria de lembrar uma colocação feita pelo Júnior, Presidente do Conselho Nacional de Saúde, ele disse, a solução dos trabalhadores em saúde passa pelos três entes federados na contratação desses trabalhadores, Júnior disse ontem aqui na frente, escorado nessa mesa, os três entes tem que assumir. O que está acontecendo hoje, que não é conversa para defender prefeito, é que existe uma lei de responsabilidade fiscal que limita o teu investimento com os trabalhadores do município, alguns tem CCs demais, alguns tem não sei o que, tudo bem, mas para muitos é sério esse problema, para o ministério que não contrata mais ninguém não é nenhum problema, para a secretaria que não contrata mais nenhum não é nenhum problema, para os prefeitos, para os municípios isso é um problema muito sério. A saúde, defendia o Júnior, a saúde deveria não estar jogada no meio dessa lei de responsabilidade como todos os outros compromissos, os municípios não assinam para exigir, isso já foi comentado ontem. 20% é a média que os municípios gaúchos aplicam em saúde, isso é um orgulho para a gente, a gente aplica tudo que devia, talvez não, mas nós estamos aplicando bem mais do que a lei determina, isso também é verdade, tem alguns desvios talvez, tem algum prefeito que usa saneamento básico como saúde, pode ser, mas em alguns municípios, e a média que o Rio Grande do Sul aplica em saúde do orçamento municipal é 20%, e aí nós questionamos o estado e a união, por que a EC 29 não é regulamentada, falta vontade política do congresso nacional, por que se a desculpa na não regulamentação, existe o congresso nacional, existe um projeto de lei do senador Tião Viana, não, não tem vontade por que se tivesse já teria sido aprovado. Nós todos moramos em um município, por isso precisamos unir forças para fortalecer o SUS em nosso município, é aqui que nós precisamos questionar o que está errado no município, questionar o que falta, e eu sentia muito quando a menina da Hanseníase falou isso. Quantas vezes um conselheiro se não acontece no município ele não questiona o gestor, secretário por que não existe nada no nosso município sobre isso? Prefeito por que o senhor não faz uma campanha no nosso município contra esse problema que nós temos? Esse papel não pode faltar, e esse papel do usuário, do conselheiro, quando ele questiona o gestor ele não precisa se ofender por isso. Ele tem que acordar e aprender que ele precisa fazer. Então o nosso fortalecimento a nossa

união, por que as coisas acontecem no nosso município e nós juntos devemos encontrar soluções dentro do nosso município, não dá para fugir. Eu gostaria de lembrar que a lei 8080, e isto, pode parecer para alguns que não é, mais é muito importante analisar. No artigo 2, parágrafo 2 da lei 8080, diz assim o dever do estado não exclui o das pessoas, o primeiro responsável pela minha saúde sou eu, o primeiro responsável pela saúde do meu filho sou eu que sou pai, fui eu que botei no mundo, a lei é clara nisso e o consenso diz isso, o das pessoas, das famílias, das empresas e da sociedade. Eu não posso lavar as mãos se o trabalhador que trabalha na minha empresa de pedras preciosas, ele tem um problema grave de pulmões e ele vai morrer por isso, eu não posso dizer que eu não tenho nada a ver, que eu pago o salário no fim do mês, que eu pago as obrigações sociais, etc. Eu tenho que ir além disso, a responsabilidade com a saúde de quem trabalha nas pedras preciosas é da empresa que tem que cuidar desse trabalhador, dos pulmões dele, que tem família, que tem filhos, e da sociedade, o dever do estado não exclui o das pessoas da família, das empresas e da sociedade. Está claro que a empresa está responsável pela saúde de seus trabalhadores. Está claro que a família está responsável. As pessoas idosas, se o município, eu sou fã disso, não só por que eu cheguei aos 65, mas acho que vocês tem um papel importante já na segunda, na terça, na quarta feira quando voltarem para o município. Se não tem nenhuma política para os idosos, façam com que isso aconteça, surja. Que no plano municipal isso apareça, isso esteja lá e seja dada uma atenção especial ao idoso. Se não nós não vamos chegar lá. Quem não chegou aos 65 vai chegar lá e é o meu desejo, que cheguem ao 80, 90, eu vou viver 108. considerações importantes, o Conselho Municipal de Saúde não é um partido político, e por isso não deve necessariamente ser contra ou a favor do prefeito municipal. O conselho municipal não é também um concordino que assina em baixo tudo que o vem do secretário e do prefeito, mas também ele não precisa ir de encontro a tudo que o prefeito faz. Existem para construir junto, o Conselho Municipal de Saúde é um órgão colegiado que deve brigar pela saúde pública priorizando a comunidade, priorizando essa saúde coletiva. Eu tenho e como o Barrichello colocava ontem, problema do meu Conselho Municipal de Saúde do SUS não é para me defender, não é para defender o IPE, é para defender quem não tem o IPE, ou todos, tendo ou não o IPE. Conselho tem por obrigação saber que representa uma comunidade, não a si próprio. Que o diálogo é o caminho mais eficiente para a solução do problema. Isso é uma questão muito importante e que a gente acentua com o conselheiro, eu estou representando aqui a FAMURS, eu não posso falar em nome da minha entidade se eu não sei o que ela me diz, eu não posso, não é a minha opinião que vale aqui, é a opinião do gestor. Eu tenho que ter essa consciência, eu

tenho que ter a consciência de que quando eu estou em uma reunião do conselho de saúde eu represento um bairro, eu represento associação de mulheres, trabalhadores rurais, enfim, o grupo que me elegeu para me representar, eu tenho que ter essa consciência e nós. Conselho tem a obrigação de participar do plano municipal de saúde. Nós temos encontros da FAMURS sobre plano municipal de saúde e esse ano é o ano em que os municípios tem que ter o plurianual, eles tem que fazer os planos até o fim do ano, até agosto eu acho eles tem que entregar para a câmara. Tem um debate para aprovar, que vai ser lei por 4 anos, pega 3 anos da gestão do atual, mais 1 da próxima gestão. O plano de saúde deve estar, também ser plurianual, e ele necessariamente tem que estar dentro dessa lei é a orientação que a gente dá para os secretários Arílson e tu sabe muito bem, tu também dá essa orientação, que eles construam o plano municipal de saúde junto com a comunidade, o Bolsan que foi o secretário de saúde de São Francisco de Paula, que esteve em nome do Ministério da Saúde falando também sobre plano municipal de saúde, ele diz, nós fizemos o plano nas reuniões comunitárias, junto com o conselho municipal, entregamos para o promotor, eu disse que tinha que ser convidado para construir junto. Tem gestores que as vezes não se entendem com o promotor que tem obrigação funcional, do compromisso, do juramento dele em fiscalizar, em exigir aquilo que é de utilidade pública, aquilo que é bem coletivo, ele exigir o comprometimento do gestor, construa junto. Mostre para ele, estes medicamentos vão absorver 90% do orçamento da saúde do município, nós precisamos que isso seja compromisso do ministério, da secretaria da saúde, nós precisamos dividir responsabilidades. Se aquele que tem função de me fiscalizar constrói junto comigo e ele vê que isso é sensatez, e ele vê que isso é o melhor, que isso é o legal, ele vai ajudar a me defender depois. Se eu construo isso eu digo para os secretários, se eu construo o plano anual com o conselho municipal, olha eu preciso de uma UBS, se o conselho me ajudou a decidir ele vai me ajudar a construir, ele vai me ajudar a defender depois a necessidade. Tem que ter a cabaça no meio das orelhas, saber que dialogar, saber sentar, saber convidar para construir juntos, para saber a respeito das questões importantes como por exemplo quais as responsabilidades da união, dos estados e do município de distribuição de medicamento. Existe, o Arílson sabe disso e nós estamos tomando posição, existe no supremo uma chamada súmula vinculante, quem é de direito sabe disso, mas que ela vai acabar dando uma cacetada na cabeça dos gestores, por quê? Porque ela defende eu resumo, que a responsabilidade é solidária ponto, não interessa se esse medicamento custa a metade do orçamento do município em saúde. Então nós temos que dividir responsabilidades de acordo com as condições do orçamento de cada um dos 3 entes federados. A FAMURS a

ASSEDISA e o Conselho Estadual, irão elaborar em conjunto. É mais ou menos essa linha presidente que nós decidimos em reunião entre a FAMURS e ASSEDISA. Nós juntos orientarmos para o funcionamento correto, para a composição correta dos conselhos municipais de saúde, é nossa intenção, é nossa vontade política. Como entidade, que os conselhos funcionem bem, corretamente, ter um apoio das entidades, dos secretários e dos prefeitos, não tem nenhuma vontade política que não funcione bem, não é e nós tomamos essa posição junto com o conselho estadual e estamos dispostos a trabalhar a mercê disso. Um abraço, saúde, paz, um muito obrigado e um bom domingo para vocês.

Maria Letícia de Oliveira: Muito obrigada professor Mariane, antes de passar para o Arílson, eu vou solicitar que as pessoas, os participantes os conselheiros e conselheiras façam um pouquinho mais de silêncio, pois embora o nosso aparelho de som seja muito bom a acústica do local não. Então para que todos possamos aproveitar essa mesa com tanta qualidade. Passo para o Dr. Arílson, ASSEDISA.

Arilson Cardoso: Bom dia a todos os conselheiros e conselheiras. Bom dia aos colegas participantes dessa mesa. Eu quando recebi o convite para nós conversarmos aqui a respeito do controle social, eu fiquei pensando no que eu vou debater com os conselheiros que estão presentes nessa plenária. Vou falar da construção do SUS, desde a 8ª conferência nacional de saúde, lá em 1986, a nossa luta pela nossa construção do SUS, a luta unificada de trabalhadores, de usuários, é para que nós pudéssemos ter no nosso país um sistema único de saúde, um sistema que fosse cidadão, que atendesse as necessidades de todos, um sistema que atendesse de forma universal. Vou discutir com esses conselheiros a legislação do SUS, a constituição federal a lei 8080, 8142. Mas me pareceu que acho que as pessoas que estão aqui hoje nessa plenária, elas são pessoas que já vieram selecionadas nos seus conselhos, são pessoas que já foram selecionadas em suas regiões, são pessoas que já tem conhecimento dessas legislações, eles já passaram por essa trajetória. Muito bem, o que nós vamos discutir hoje aqui, o que vamos falar de controle social, acho que uma boa partida para essa discussão essa avaliação que o Carlos apresentou na fala dele que o conselho estadual fez da estrutura dos conselhos municipais de saúde, acho que ele bem ela disse que nós temos já uma trajetória de 20 anos de construção do SUS, bom se nós pensarmos em 20 anos como tempo real são 2 décadas, são 20 anos, e é uma quase existência dentro dessa trajetória, agora se nós pensarmos em tempo histórico 20 anos ele é 1/5 de um século. Então se nós pensarmos em toda a nossa trajetória, em toda a cultura que nós temos

descentralização de poder, 20 anos é um espaço de tempo muito curto para que nos consigamos mudar muitas coisas, principalmente a cultura do poder que está arraigada nas pessoas. Quando nós falamos em controle social, nós temos que pensar que esse controle social fala basicamente, principalmente em divisão de poder. Em compartilhamento de poder. Ele diz que, aquele poder que ele era concentrado nas mãos de um indivíduo que executava as funções que ao sentar em uma cadeira de gestor, seja ele federal, seja ele estadual, seja ele municipal, ele decidiria o que ele iria fazer, segundo a sua proposta, segundo aquilo que lhe passava pela cabeça quando se candidatou, quando ele assumiu o cargo. Ele decidiria como ele iria aplicar os seus recursos, como esses recursos seriam distribuídos pela união, pelo estado, ou no seu município em cada uma das regiões, em cada uma das ações de saúde que ele fosse fazer. Então se nós pensarmos que o controle social ele tem que trabalhar com a mudança de postura, com uma de hábitos, 20 anos é um curto espaço de tempo, se nós pensarmos também que além da distribuição e compartilhamento desse poder, nós vamos trabalhar também com uma sociedade que estava acostumada a receber os serviços, a reclamar quanto muito para que tivesse o atendimento a sua necessidade, e que nesse momento de controle social, ela vai ter que passar a propositiva, ela vai ter que passar a avaliação, ela vai ter que passar a fiscalizadora e não mais simples aquele que está lá solicitando, 20 anos é um curto espaço de tempo. Então aí nós podemos começar a entender aquelas dificuldades que nós temos muitas vezes com o gestor, que muitas vezes o gestor tem dificuldade de sentar com o seu conselho de saúde e dividir aquela fatia de poder. O Gestor que fez uma campanha eleitoral ou o gestor que foi escolhido para estar ali na secretaria de saúde, decidindo e encaminhando as coisas. Ele sentar lá no conselho, submeter o seu projeto, discutir com as pessoas e daqui a pouco entender. Olha o meu projeto não foi aprovado aqui nesse fórum, eu vou ter que reformular o meu projeto, botar o projeto, que muitas vezes sentando lá com a sua equipe, ele achou que fosse a oitava maravilha do mundo, achou que aquilo seria a salvação da lavoura, eu vou plantar isso aqui e vou resolver o problema da mortalidade pública, eu vou receber o problema de atenção ao hipertenso, ao diabético, vamos reduzir a internação de AVC, reduzir a internação por insuficiência cardíaca, aí ele sentou lá no conselho e os conselheiros, não, não é por aí. Então nós temos que entender as dificuldades que nós temos. É uma construção, é um processo longo de construção, ao mesmo tempo nós temos que entender também, aquele usuário que quando nós vamos lá na unidade de saúde e nós dizemos para ele, olha pessoal nós temos que participar, temos que ir para a reunião, a gente tem que ir lá tem que decidir. E aí tu faz uma reunião e não aparece ninguém. Quem é conselheiro e que trabalha com a

base, que trabalha com o seu usuário e com quem representa, sabe a dificuldade que tem. Sabe a dificuldade que tem de chegar de noite lá na associação de moradores e chamar uma assembléia para discutir saúde, e aí são questões tão importantes que tem que ser discutidas, e muitas vezes aquele representante se mobiliza e leva o secretário de saúde, leva o médico do posto, o enfermeiro, às vezes as pessoas que trabalharam o dia inteiro e vão para a reunião, chamam a reunião e aí tem 2, 3, 4 pessoas para fazer a discussão. Isto também é uma mudança de postura, também é uma mudança daquilo que vem arraigado na cabeça das pessoas. Então pessoal, eu acho que essa discussão que nós estamos fazendo hoje aqui ela é de extrema importância para a construção do SUS, nós temos que identificar novas formas de seduzir as pessoas para participarem, O senhor Odil esteve lá em São Lourenço ontem e ele é um preocupado com essa situação, ele dizia assim, eu sento nas mesas e eu me preocupo, quem é que vai seguir defendendo o nosso SUS? Quem são as pessoas novas que vão vir? E nós temos que nos preocupar com isso, nós temos que saber formas de como nós vamos cada vez mais aproximar a gestão da comunidade. Se esse gestor que tem essa idéia de concentração de poder, e entender, e a ASSEDISA tem trabalhado isso junto com os gestores, nós temos que aprender que o compartilhamento do poder, não é uma coisa ruim para o gestor, é uma coisa boa, uma coisa extremamente boa. Porque no momento em que tu compartilha e tu discute, tu vai construir a tua política o mais próximo da realidade das pessoas. No momento em que tu participa com elas, e tu compromete aquelas pessoas com aquela política, tu faz aquela política de acordo com o que é o anseio das pessoas, tu vai ter mais facilidade de adesão das pessoas naquele projeto, naquele programa, e no momento em que tu compartilha uma política com as pessoas, tu vai estar dividindo com essas pessoas os méritos que essa política teve, mas também tu pode dividir com essas pessoas, os problemas que essa política possa advir. Aquelas questões adversas que possam advir dessa política. Então isso nós temos trabalhado, o Mariane trabalha isso nos cursos que ele faz na FAMURS, nós trabalhamos isso nos nossos seminários, e nós temos conseguido trazer os gestores cada vez mais para próximo do controle social, uma demonstração disso bem prática é que a última conferência, as últimas conferências que nós fizemos eu tive a felicidade de saber lá na conferência estadual de saúde que os 496 municípios do estado do Rio Grande do Sul, realizaram conferência municipal de saúde, coisa que nas outras conferências anteriores, não era realidade. Nós não conseguíamos ter este envolvimento dos gestores, por que na hora em que tu vai organizar uma conferência de saúde, é de extrema importância o envolvimento do gestor. Se o gestor não se envolve, se o gestor não dá condições para que essa conferência

aconteça, dificilmente a conferencia vai acontecer. Então isso é uma prova de que os gestores estão hoje envolvidos na questão do controle social. Agora nós temos hoje uma trilha grande ainda a caminhar com os gestores. A gente sabe que tem gestores ainda que tem a prática de fazer a política e querem empurrar a sua política para o conselho, assim como a gente sabe também que nós temos práticas dentro de conselhos que são também práticas condenáveis. Nós temos conselheiros que se perpetuam dentro dos conselhos e que não transmitem para a sua base a discussão que está acontecendo lá dentro daquele conselho. O conselho, como o Mariane estava falando, que está falando pela FAMURS, que representa uma associação de prefeitos e eu falando pela ASSEDISA, represento uma associação dos secretários municipais de saúde, mas eu não posso estar aqui falando por mim, eu tenho que estar aqui falando pela minha associação e quando eu tiver nesse debate aqui, eu tenho que retornar lá na minha associação e discutir com os meus pares, e os meus pares serem informados do que a gente discutiu, e do que nós tratamos, só assim nós vamos conseguir crescer. A mesma coisa os conselheiros, o SUS, o controle social ele só vai estar entranhado na comunidade, quando aquelas pessoas que representam realmente os usuários, que representam os trabalhadores de saúde, retornarem para as suas entidades, retornarem para o seu sindicato, retornarem pra a sua associação, e fizerem a discussão do SUS na sua base. Fizerem a discussão do que está acontecendo com aquelas pessoas que eles realmente representam. E a gente sabe que a mesma forma condenável que é o gestor autoritário, é o conselheiro perpétuo, que representa a si mesmo, e isso nós temos que discutir. O controle social só vai evoluir, no momento em que nós enfrentarmos essas questões, que são questões cruciais. Quando o Carlos apresentou as laminas da análise feita da estrutura da legislação dos conselhos, a gente se assusta, quanta irregularidade tem, quanta situação complicada tem, ai ele apresenta uma lâmina que diz que 36, apenas 36 dos 496 conselhos do estado estavam em situação legal. Perfeito, 432 não estavam regulares mas declaravam estar regulares, ai eu pergunto, o que esses 432 que declaravam estar regulares, eles declararam por má intenção? Não declararam. Eles achavam que estavam regulares, eles tinham a plena certeza, e isso eu posso dizer para vocês que lá na nossa reunião nós fizemos essa discussão. Nós acompanhamos, o Belletti ta ali, ele foi várias vezes na ASSEDISA, na Azonasul, com a planilhas, sentar com os secretários. A ASSEDISA e a Azonasul destacou uma secretaria que deu condições para que o Belletti pudesse visitar o municípios, pudesse acompanhar, discutir. Colocamos fax a disposição do conselho regional, para que nós pudéssemos regularizar a situação, e quando nós íamos discutir lá, isso o Belletti pode nos garantir, os municípios achavam que estavam regulares, pelo pleno

desconhecimento do que seria a regularidade dentro da legislação proposta. Então o que me parece, que 432 mais 36 estavam funcionando cientes da regularidade. Estavam funcionando não de uma forma a burlar o sistema, que quando tu analisar o inverso e tu diz que 432 mais os que declaravam não estar regulares, ai tu me parece, mais que baita falcatrua com o controle social, mais que baita falcatrua com o SUS, os cara estão lá montando conselho a qualquer jeito e fazendo o que faz o controle social, então eu acho que nós temos uma trilha grande ainda a trabalhar e nós temos que vencer, vencer essa situação que é uma situação de puro desconhecimento das pessoas, e ao nós temos um papel importante do conselho de saúde está exercendo por que no decorrer desses 20 anos os conselhos foram se constituindo e nunca tinha sido feito uma avaliação dessa situação, nunca tinha se feito um raio-x. Olha como estão os conselhos, como eles estão funcionando. Acho que eu tenho que fazer também, me obrigo aqui a fazer uma defesa do Ministério da Saúde, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde que tem procurado colocar esforços para que os conselhos possam trabalhar e possam se capacitar. Hoje nós temos uma série de portarias que o Ministério da Saúde editou, com recursos para a formação de conselheiros, e nós temos aqui no estado do Rio Grande do Sul um valor considerável na portaria 3060 e já temos a outra portaria com o mesmo recurso referente ao ano de 2009 que nós vamos estar trabalhando quanto a aplicação. Essa é uma questão muito importante pessoal. A capacitação, nós podemos, os conselheiros poderem conhecer com o que estão trabalhando, e ai nós vimos o seguinte, os conselheiros não estavam conhecendo a legislação de constituição dos conselhos, por que quando esses 432 declararam que restavam regulares, eles declararam por desconhecimento da legislação. Então isso reflete em um terceiro eixo que nós temos que atacar que é a questão do conhecimento, da formação do conselheiro. O conselheiro no momento em que ele entra para um Conselho Municipal de Saúde ele tem que saber que ele vai se apropriar para poder fazer a sua discussão com qualidade, para poder representar o seu segmento ele vai se apropriar de uma área específica do conhecimento, que é a da área da saúde. E o conselheiro além de ele entender a legislação do SUS, que é uma coisa que a gente bate muito, os direitos do usuário e tudo mais. Ele vai ter que entender o que é atenção básica em saúde, e o que se faz na atenção básica em saúde, que tecnologia se usa, ele vai ter o que é uma média, uma alta complexidade, que tecnologias tem isso, como se estrutura uma rede de atenção, e isso nós temos que propiciar, o conselheiro vai que ter cursos de qualificação para aprender, ele vai ter que aprender modelos de saúde, como esses modelos e que tipos de modelo de saúde existem no mundo para a gente poder dizer com propriedade olha esse

modelo aqui me serve, esse modelo aqui não me serve. Eu não quero que o conselheiro vire um técnico da saúde, agora, o conselheiro para poder trabalhar, para poder avaliar, para poder dizer, ele vai ter que se capacitado, ele vai ter que ter conhecimento. Então assim, acho que nós evoluímos muito nesses 20 anos no SUS, nós temos que evoluir e nos qualificarmos cada vez mais, e eu me entrego ao controle social por que o gestor, ele faz parte do controle social, ele ta lá dentro da lei 8080. Quando o pessoal do controle social chega e diz que quer conversar com o gestor, eu digo assim: que bom, o gestor vai conversar com ele mesmo! Pois o gestor é membro integrante do controle social. Muitas vezes o conselheiro fala que é controle social e você é o gestor, eu digo a muito obrigado, acabei de ser excluído do processo. Então gente nós temos que trabalhar de uma forma conjunta, trabalhar por usuário, gestor, trabalhador, prestados, sabendo da particularidade que qualquer um tem, sabendo que o conselho é o lugar onde nós temos que colocar essas particularidades, e coloca-las em disputa e que nem sempre um projeto meu vai ser o que vai ser aprovado, vai ser o que for discutido e tomado como resultante daquela discussão. Saber que todos nós defendemos o SUS, que todos nós estamos construindo o maior sistema de saúde do mundo, que todos nós estamos inseridos nessa construção, que ela não é de nenhum isolado, ela é uma construção de todos, muito obrigado.

Maria Letícia de Oliveira: Muito obrigado, Arílson, então passamos para a manifestação do Ministério Público Estadual através da Dra. Marinez Assmann.

Marines Assmann: Eu queria iniciar cumprimentando a todos vocês, dizendo que é uma alegria estar aqui nesse sábado, discutindo e tratando de questões que para mim são da maior importante, quando se diz respeito ao controle social, a participação social na administração, na gestão do SUS, cumprimento a pessoa do Presidente do Conselho Municipal, do Conselho Estadual a todos aqui presentes. Achei muito interessante as falas anteriores e aproveitei nelas as minhas. Gostaria de reprisar alguns pontos que parecem muito importantes. A auto análise, a análise feita pelo Carlos, que diz respeito aos conselhos no Rio Grande do Sul me parece assim um ato de amadurecimento, de efetivamente um profissionalismo do conselho e que merece ser elogiada e replicado por todo o Brasil. Não sei se isso foi realizado em outros estados da federação, mas revela assim, sem dúvida um instrumento bastante qualificado para melhorar uma questão importantíssima e uma premissa importantíssima que diz respeito aos conselhos que é a legitimidade, também quanto da fala do Dr. Girarde a respeito dessa questão dos gestores, das dificuldades

encontradas pelos gestores para execução das políticas públicas do SUS. Isso nos traz a questão da permeabilidade dos conselhos que diz respeito a fala do gestor. Nós não somos Ministério Público e conselhos opositores e nem devemos ser gestores, devemos dialogar com ele para a construção de um SUS efetivo. Também da representante da ASSEDISA colhi muitas informações importantes e que mais tarde acho importante reprimir aqui com os senhores. Mas não se pode iniciar uma conversa sobre controle social sem reafirmar umas questões importantíssimas. Alguns dos senhores já sabem, sobre a constituição de 1988, sobre a luta dos movimentos sanitários. Eu tenho para mim que essas luzes estão sempre a nos nortear quando vamos analisar com que a questão diz respeito ao sistema de saúde. Essas novas questões aparecem muitas vezes disfarçadas, mas se nós olharmos sobre a luz inicial, dos fundamentos da república do Brasil, dos princípios, nós vamos conseguir enxergar melhor uma solução. Então quando eu analiso as questões do SUS, conselho, eu tenho que partir dos princípios e dos fundamentos da república, por que nós existimos como país, como estado, é para diminuir as injustiças sociais, é para promover a dignidade da pessoa humana. Quer dizer quando nós vamos lá para discutir se o hospital de clínicas vai abrir uma fila especial para quem paga, para quem tem convênio, os outros municípios vão nos orientar. Se nós existimos para reduzir desigualdades, a luz interpretação de qualquer lei que venha ser promulgada é diferente. Quando a lei federal 8080 fala que é dever da família, da sociedade, da empresa, prestar saúde. Quando nós formos interpretar uma cláusula de um plano de saúde, nós temos que chamar este artigo, as disposições da constituição para análise dessa questão. Portanto para mim é paradigmático, só que nem nós, nem nós mesmos que somos da sociedade, ministério público, nem os julgadores, nem prefeitos, ninguém, ainda, eu digo eu mesmo não pratico esse novo paradigma que a constituição federal nos trouxe, que é uma política diferente. A nossa força como cidadãos não se esgota mais no voto, é isso que mudou. Pelo menos teoricamente e nós temos que fazer isso acontecer na prática, nós partimos de uma democracia em construção, ainda engatinhando a partir de 1988, eminentemente representativa para o início de uma democracia mais descentralizada e mais participativa, onde a voz de cada um de nós pode ser ouvida. A participação da comunidade não se esgota logo após as eleições. A partir do momento que nós estamos cientes das responsabilidades que essa mudança constitui. Nós sabemos que democracia no país hoje, no meu entendimento, ela sem dúvida nenhuma ela depende de nós, dos conselheiros, já estou falando em nome dos senhores, mas eu me identifico muito com os conselheiros, mas é de nós cidadãos e conselheiros principalmente que depende o fortalecimento da democracia desse país, nós achamos que já estava falecida. Sociólogos

estão falando de uma onda de endurecimento nas políticas em todo o mundo a partir de recessão, então nós temos que estar sempre atentos a essa questão, a democracia. A constituição de 1988 trouxe ao ministério público essa importante questão, defesa dos direitos sociais e defesa dos serviços de relevância pública, então interessa ao Ministério Público se o conselho está bem representado, o Conselho Municipal de Saúde está cumprindo a resolução 333. Interessa por que o Ministério Público segundo o artigo 127 da constituição 129 e outros, ele é responsável pelo regime democrático de direito, nós estamos falando que participação efetiva de conselhos é garantia de democracia, nós estamos falando que interessa ao ministério público se o conselho está constituído, se ele tem orçamento, e se ele tem esse orçamento se ele consegue fazer esse orçamento ser movimentado a tempo de fazer uma viagem para Porto Alegre no dia de uma plenária. Que por ai que nós começamos, quer dizer que eu fiquei um pouquinho assustada eu confesso com a fala do Carlos, com uma avaliação feita por ele, por que no meu sentir eu não tinha ciência dos dados, essa fase já estava, pelo menos no Rio Grande do Sul conquistada não Carlos? Pois a gente vai em outros estados e se vê relatos de situações e conselhos que funcionam menos das metades dos membros, em que os prefeitos são eternamente presidentes dos conselhos, que não tem orçamento Mas achei que no Rio Grande do Sul essa questão de constituição já tivesse superado. Mas me parece que dentre as questões que enterram uma eficácia maior, por que é o que a gente quer, é efetividade, não interessa o conselho existir e não ser efetivo, interessa é que ele lá no final, garanta a qualificação dos serviços prestados pelo SUS. Isso que a gente quer, que a comunidade participe para que os serviços sejam qualificados. Mas nós conseguimos nesses 20 anos a fomentação dos conselhos, a criação e fomentação. Não pode ser ignorado pelo o que eu dizia para o senhor, por que a democracia representativa que é a de voto, depende da democracia participativa que é essa realizada pelos senhores, e só pelos senhores. Num segundo momento nós temos uma questão que é importante, a legitimidade. Hoje nós temos o que diz respeito a legitimidade, um dos princípios do conselho, quer dizer, o conselho tem que representar a sua comunidade. Tem que espelhar a comunidade, de usuários, funcionários, enfim, será que isto está acontecendo aqui no Rio Grande do Sul? Nós temos pequenos desvios e o que nós podemos fazer para isso, acho que em primeiro lugar o que já está sendo feito, que é o chamamento. Me parece assim que, com chances de resolver assim 80% a 90% das situações naqueles municípios que insistirem em não se adequar ou insistirem na não adequação. Se pode eventualmente ingressar com alguma ação ou uma outra providência, mas cabe essa premissa da legitimidade. A segunda questão importante é

a da autonomia. Eu não sei se dos conselheiros que tem aqui presentes quantos tem dotação orçamentária nos municípios. Uma gama ainda bastante, acho que a maioria não tem. Quem não tem, é a segunda pergunta. Desculpa, era só um primeiro apanhado para nós termos uma visão, é um problema, não interessa o número mais ainda é um problema. Nós vimos aqui que a Letícia nos trouxe uma leitura de uma conclusão de uma auditoria, com algumas recomendações de uma auditoria do DENASUS com relação a conselhos. A minha prática é sempre muito objetiva, não quero impressionar vocês, quero tentar ajudar em falar da minha dificuldade e falar o que nós podemos contribuir para a melhoria, para o fortalecimento dos conselhos, já nos chegou uma idéia que foi bem interessante. Essa conclusão da auditoria em relação ao município de Porto Alegre não vale para todos os municípios do Rio Grande do Sul? Me parece que sim. O município teria que demonstrar que é diferente, que não é assim. Então essa auditoria podia ser usada, utilizada, como instrumento para junto aos município serem tomadas as providências a partir de representações do conselho, no sentido de atendimento aquelas recomendações. Essa é uma providência que me parece objetiva em relação a isso, eu conversava com o Carlos também antes em relação a isso, ele disse uma sugestão por que eu acho que uma das chaves do fortalecimento do conselho é uma maior articulação e visibilidade, de se agendar por exemplo uma data determinada no calendário do conselho em que todos os conselheiros municipais encaminhem aos seus prefeitos, enfim, aos representantes do Ministério Público, uma petição no que diz respeito a questão da autonomia. Isso requer articulação e busca visibilidade, para depois dessa dotação orçamentária partirmos para uma terceira fase que é a fase da eficácia, por exemplo, hoje vocês sabem qual é o movimento mais visível no estado do Rio Grande do Sul no que diz respeito a área de saúde? O SIMERS. É quem mais aparece, tem alguém que mais aparece em jornal do que SIMERS? Representa uma categoria médica. Então é importante essa questão de visibilidade, acho que há medidas concretas que podem ser tomadas com relação a isso, como organização de redes de e-mail por exemplo, e os senhores tem tanta força só que no que diz respeito a representatividade, quando nos encaminharam, o Conselho Estadual de Saúde a representação a respeito do orçamento, nós vimos ao judiciário, ministério público e o judiciário mostrar uma auditoria, dizer que o estado não está aplicando as verbas devidas a saúde é uma coisa, não está aplicando a lei. Nós dizermos que nós estamos amparados pela representação da comunidade riograndense. Nos traz mais legitimidade, nos traz mais força, e nós precisamos de vocês, eu cobro do conselho, nós tivemos recentemente essa briga do clínicas. Entramos com ação para que o clínicas atenda somente SUS, ai no debate conversas cruzadas, claro

que iam todas as representações para cima do Ministério Público, não tinha conselho para participar, ai ficou 2 ministério público, um promotor e um procurador, nós precisamos de vocês, claro que não foi nenhuma má vontade em participar, nós precisamos disso, mas faltou uma articulação, faltou articulação para chamar o conselho e ter lá o Conselho Estadual de Saúde do nosso lado. Assim nos municípios, essa questão que a legislação, nós estamos esperando a regulamentação da emenda, nós precisamos dela urgentemente, nós precisamos também de um código de responsabilidade sanitária. Existe lei de improbidade, mas não existe código de responsabilidade sanitária para ninguém. Não estou falando de gestor especificamente, quase todas as nossas cobranças são quase sempre em cima do gestor, estamos falando em responsabilidade sanitária de cada cidadão, inclusive por exemplo do patrão em relação ao empregado, não é só do gestor. O estado do Rio Grande do Sul por exemplo fornece saúde para os seus funcionários públicos, todo mundo acha fácil, mas é o dever, patrão dos funcionários públicos estaduais, em outros níveis não se cobra essa atividade com outro rigor. Mas eu falava da regulamentação da emenda, essa ação que nós ganhamos em 1º grau, a partir de uma representação do conselho de saúde, ela representa no 2º grau com a confirmação da decisão pelos desembargadores uma mudança de visão muito importante, é a primeira no Brasil que reconhece que o gestor estadual, gestor municipal é fácil cobrar. Que o gestor estadual não pode aplicar verba da saúde como quer, como bem entende. Isso é muito importante por que o judiciário tem bastante reserva em interferir, decidir em respeito de orçamentos e em todo o Brasil existe essa briga até hoje por que a gente não tem essa lei, mas será que nós precisaríamos mesmo uma lei para regulamentar? Falta vontade política. A Alemanha por exemplo, lá não tem praticamente nenhum artigos sobre direitos sociais, nós temos aqui inúmeros na nossa constituição. Que bom que temos, só que a Alemanha não tem. A maturidade das organizações sociais dentro daquele país, a força da comunidade e o amadurecimento. Acho nós temos que trabalhar a questão da legitimidade, com a regularização daqueles conselhos que ainda tem problemas na sua composição, prioridade, autonomia, representar, acho que eu sugeria, todo o estado do Rio Grande do Sul ao mesmo tempo. Bater na tecla da autonomia orçamentária para os conselhos, a questão da permeabilidade de haver efetivo ouvidos para o gestor, não é só dizer o que temos que fazer, também temos que saber escutar e construir um diálogo. A visibilidade, que vocês precisam, a voz precisa ser ouvida, em vez de meio jornal, palestra, eventos, fóruns, enfim, e articulação dentro dos conselhos, entre os conselheiros, com o conselho estadual, com o ministério público, afinal de contas todos nós somos os representantes, fizemos controle social de uma forma ou de outra. Temos que nos articular

para que consigamos construir um SUS de verdade não é? Eu tenho plano de saúde eu estou tranqüila, agora os pobres que precisam de uma consulta, necessitam de um exame é muito difícil, deve ser muito difícil. Obrigada pela atenção.

Maria Letícia de Oliveira: Nós temos até o meio dia, esse é o nosso teto. São 11hs, estão abertas as inscrições. Nós já temos 10 inscritos, como combinamos no início do evento por regimento, nós temos 3 minutos para cada manifestante, para cada conselheiro participante se manifestar. Portanto nós já temos 30 minutos, até as 11:30h. Depois a gente passaria para a manifestação dos nossos convidados e encerraríamos. Vou pedir a contribuição do cronômetro, pode ser? O primeiro inscrito é Humberto Escorsa de Porto Alegre. Gente eu só gostaria de solicitar mais uma vez silêncio, e pedir a colaboração de todos e lembrar a todos que a gente pudesse estar acolhendo o que muito bem nos disse o Dr. Humberto Jacques, ontem em discutir o que realmente é importante para nós, que é a construção do SUS, discutir a relação e não os acessórios.

Humberto Scorza: Bom, eu quero iniciar a minha fala saudando a mesa, saudando a qualidade das mesas que aconteceram que nos propiciam discutir algo que para nós é muito importante e muito vital que é o SUS. Eu vou fazer um pequeno reparo, o senhor tem 65 e eu tenho 70 anos e estou muito contente. Eu acho que isso é um sinal de que a perpetuidade do conselheiro não é problema. Tem que ver se é um conselheiro que leva para a sua comunidade o que é discutido. Tendo participado durante tanto tempo, como conselheiro que fui até outubro, como trabalhador em saúde e agora não mais, eu faço um pequeno reparo. Não se é por que estamos na quaresma que fazemos um pouco de penitência. Em outros havia coffee break tão exagerados e nesse nem água tem. Então acho que isso faz um pouquinho de diferença. Eu acho que a nós vamos fazer a próxima conferência depois da páscoa, que ai libera um pouco mais de comida. Vou dizer uma coisa para vocês, a gente fala muito da falta do usuário, o usuário não participa, o usuário não vai, o usuário não representa, o usuário muitas vezes é representante de si mesmo, nós sabemos que é assim. Mas eu me questiono e tenho questionado como sempre, sabendo dos esforços da FAMURS e da ASSEDISA. Que gestor que chega a ser secretário de saúde conhecendo o SUS? Pergunto pois nós temos experiência aqui nessa cidade mesmo, de gente de boa, gente que tu não tem nada para dizer contra, mas que não sabe nada de SUS, e que são convidados para gerenciar a saúde do seu município, não conhecendo o SUS. Isso vale aqui, vale para o interior. São cargos meramente políticos. Que são divisões da colcha de retalho, e que gente

não capacitada certamente e aí cria as dificuldades para o Conselho Municipal de Saúde. Então para mim quando diz assim, chega o controle social e diz assim, tu és o gestor e eu sou o controle social até que tem um pouco de razão, por que ele não sabe nada do SUS, ele vai aprender conforme os interesses das corporações que o apóiam, e quando a senhora coloca que o SIMERS pauta por aqui, logicamente, o SIMERS inclusive escolhe, ajuda a eleger o próprio secretário de saúde. Tendo em vista a briga que nós tivemos nesse município levado ao Conselho Municipal de Saúde, solicitando a presença, em poder manter aquilo que mandaram que faça a lei, a permanência dos trabalhadores de saúde, tivemos uma briga contra, e o conselho foi inclusive aliado naquele momento das discussões, por influência, de uma corporação a qual eu pertenço, eu sou trabalhador em saúde, e assim é difícil. Vocês se esforcem e convidam para ensinar esses secretários de saúde que vem chegando, a entender o SUS. Eu acho que devia ter assim, quando se escolhe um ministro, antes de ser secretário, deviam ser submetidos a uma sabatina para ver se sabe o que é SUS. E esses mesmos que nos atacam por aí através da imprensa, sabem que ele é invejável em toda a América Latina, e os Estados Unidos com esses milhões de desempregados, pensa, onde estão esse povo agora tendo atendimento em saúde? A própria Hilari Clinton, ela propunha a criação de um sistema único de saúde, então me sinto feliz por ter participado nesse encontro e que o controle social inflame cada vez mais, qualificando o usuário e principalmente começando a qualificar o gestor.

Paulo Michellon: eu sou conselheiro municipal de saúde pelo fórum de saúde mental. Quero dizer que eu estou gostando da participação desde ontem dessa plenária e colocar que essas coisas da relação do gestor com os conselhos e com outras corporações também. Existe acho que muito corporativismo nisso aí. Existe muito interesse corporativista que vem e aparece as vezes dentro dos conselhos com essas representações todas. Eu não estou dizendo que cada um tem que defender a sua entidade, as várias instâncias, só acho que tem que se pensar mais no controle social, nas pessoas que estão necessitando de atendimento, essa coisa toda, mais nesse ponto de vista do controle social do que corporativismo dessas relações todas. A gente tem outro problema que eu vejo que é a questão partidarismo que aparece as vezes, é uma coisa que tem que se pensar, por que sempre que chega época de eleição começa a vim coisas mais sérias e tal, aí trazem pro conselho avaliar projeto, ou coisas assim. E a gente sente que por traz daquilo ali tem interesse partidário, interesse político, político-partidário. Nós temos que fazer política sim, mas política de saúde, política de saúde pública, eu acho que os conselhos em uma relação

com o gestor, isso que o Humberto falou, concordo plenamente com ele. As vezes o gestor trabalha mais na desconstrução, no descontrole social do que ajudando o controle social. Quando que acontece isso, quando passa por cima dos conselhos de saúde por exemplo, quando inventam leis e portaria e tal, e projetos de saúde e não levam isso para a instância do conselho, como tem uma coisa muito grave acontecendo dentro das nossas cidades e que o conselho pauta por exemplo, algum problema e que o gestor não comparece e se comparece manda alguém do quarto, quinto, sexto escalão. Quando é um assunto grave, assunto de importância então eu acho que o gestor tem esse problema em relação ao conselho. Claro que não é todos, muitos não são assim, mas tem muitos que fazem isso, que passam por cima da instância do conselho, acho que isso a gente tem que cobrar enquanto conselho, por que o papel do conselho, do controle social é cobrar do gestor, não é relação de amiguinho não. Eu sou controle social, tu é gestor, nós somos amiguinhos e vamos trocar figurinhas. Não! O nosso papel é cobrar é fiscalizar.

Laura de Novo Hamburgo: Bom dia, eu queria cumprimentar a mesa e o plenário, eu sou assistente social e represento no meu conselho de saúde a categoria dos trabalhadores do serviço social, os assistentes sociais. Em primeiro lugar eu queria fazer as minhas palavras a o Dr. Humberto falou, eu escrevi para não passar muito no tempo, e eu senti muito contraditória a fala do Dr Arílson, ou eu não estou entendendo muito. O meu sentimento é que nós estamos realizando a Plenária Estadual de Conselhos de Saúde por esforço da Jacqueline, do Conselho Estadual de Saúde, pois ela deveria ter acontecido no ano passado. Por que nós tivemos a plenária nacional e nós conseguimos levar o grupo sem a discussão prévia para os debates nacionais, e que hoje nós temos esse número de delegados aqui. Graças ao esforço também de cada um, por que e não por apoio dos gestores, por que se os gestores estivessem apoiando o controle social, seria necessário um espaço pelo menos 3 vezes maior que esse, por que em plenárias estaduais do passado a gente sabe bem não é, assim como o conselheiro falou do Coffee breack. Nós estamos recebendo conselheiros de todo o estado e nem um cafezinho, nem água está podendo ser servida. Também Dr. Humberto eu falo que os gestores municipais, e ai eu incluo os prefeitos, os procuradores gerais do município e os secretários de saúde, devem receber capacitação sobre o controle social, pois muitos de nós já recebemos documentos escrito dizendo que o controle social estava usurpando do poder público que é privativo do executivo, e cumprimento o Dr. Mariane quando ele fala que a FAMURS, incluído com ASSEDISA, vão trabalhar junto com o Conselho Estadual para a regularização dos conselhos municipais de saúde e que talvez

essa seja uma boa oportunidade para que os gestores tenham uma capacitação sobre controle social.

Odil Gomes: represento o Conselho Estadual de Saúde, e quero aqui um pleito de relembrar algumas coisas do passado. Uma figura na nossa pátria, exerceu a sua cidadania, pagou com a vida, que foi Tiradentes. A constituição de 1988 dá uma oportunidade para todos nós aqui presentes sermos cidadãos brasileiro, exercendo as nossas funções, nós tivemos no Conselho Estadual de Saúde uma figura, quero lembrar, Dr. Ernesto Castro, parceiro do Dr Humberto, essa pessoa disse para mim que está se criando tanta coisa na nossa medicina que chega a ser impossível de ver aquela proposta mundial que existe que seria 1 médico para cada Mil habitantes. O que ocorre hoje é uma quantidade muito grande de médicos que estão disputando o mercado de uma maneira enfadonha até mesmo. E os órgão que nós estivemos, a Dr. Maria Rita, defendendo a sua categoria, um direito que os cabe, não vamos negar isso, ela dizia que tem município do interior que o prefeito recebe pouco mais de 2 mil reais e que não seria justo o salário que deveria receber o profissional que lá estivesse desempenhando a sua função, nós propusemos a 12 anos atrás ao Dr. Ernesto Castro que nos ajudasse em uma proposta que seria, que todos os receituários tivessem 3 vias e que uma dessas vias, de todas as receitas, constassem o Código Internacional da Doença, quando fosse prescrito medicamento, para que esse medicamento fosse em função da doença detectada pelo profissional que estivesse trabalhando, a categoria votou contra que é a nossa proposta. Hoje eu estou tentando ver aqui se nós conscientizamos o maior número de pessoas para que nós fazemos um contra-ponto desse salário que estão pedindo, fazer um contra-ponto que também tem que ter ao escrever uma receita que tem o nome do medicamento bem claro e também o código internacional da doença que é o CID, para que nós possamos também fazer um contra-ponto a isso que nós estamos vendo no nosso país, se recebe cada receita que olha, não leva sequer um minuto fazendo a prescrição e eu duvido que essa medicina que tem aí, seja uma medicina que tenha caráter com a saúde das pessoas. Por isso estou levantando isso para que nós, todos nos unamos no sentido de buscar esse contra-ponto aos altos salários que querem. Bom, se nós conseguirmos isso, acho que nós vamos ter muito mais responsabilidade ao escrever a receita da pessoa.

Maria Letícia de Oliveira: Mais uma vez a mesa solicita a compreensão de todos no silêncio para que todos tenham o entendimento do debate, fica muito ruim, não se consegue escutar, a mesa não consegue escutar o inscrito, o conselheiro que está falando.

Leocádio Rodrigues: Bom dia a todos e a todas, meus companheiros, meu nome é Leocádio Rodrigues, sou conselheiro do Conselho Municipal de Saúde de Viamão, eu represento a entidade FRACAB - Federação Riograndense de Associações Comunitárias de Bairros, eu ouvi um relato aqui, da doutora e do representante da ASSEDISA. Quanto aos conselhos municipais de saúde, tem Conselho Municipal de Saúde nos municípios que não existe, praticamente não. Estão completamente desrespeitando a lei. Eu quando fui em 2005 indicado pela minha entidade que era a União das Associações de Bairros a participar do Conselho Municipal de Saúde de Viamão, e comecei a perceber que ele estava completamente, desde a sua composição de conselheiros, irregular, desrespeitando completamente a lei. Depois de um ano, dois anos, eu comecei a trabalhar, fazer entender que o conselho só tem legitimidade quando ele está adequado plenamente com a lei. Fui para a câmara de vereadores, pro Ministério Público, a buscar orientações de como nós poderíamos fazer. Depois que eu consegui colocar mais ou menos, veio a eleição do conselho, não tinha quem assumisse o conselho municipal, ninguém queria pela desorganização, um desrespeito. Eu assumi, fiz uma chapa com muito sacrifício, e consegui, eu consegui ficar 6 meses como presidente do Conselho Municipal de Saúde, quando eu comecei a levantar, e querer organizar, e trazer a composição dos conselhos e como é da maneira desrespeitosa da lei, que é encaminhar pelo secretário da saúde os projetos, eu fui destituído. Mas eu tinha uma farta documentação comigo das irregularidades, para poder provar perante a justiça da ilegalidade daquele conselho, desde a estrutura, eu fiz um relatório e encaminhei para o Ministério Público desde o orçamento do conselho, eu comprei uma impressora, eu comprei caneta, comprei papel do meu miserável salário mínimo de aposentadoria para fazer com que este conselho respeitasse os direitos daquela comunidade. Eu fui destituído, ontem eu recebi do Ministério Público uma comunicação que essa documentação, tem documentação minha a disposição, mas eu sei que o Ministério Público tomou providências sim, e eu quero conversar com uma promotora por que eu tenho mais documentos, não me importa o que eles vão fazer contra mim, eu fui ameaçado de morte, presidente atual deste conselho, foi presidente da entidade que agora estou representando, pediram para me tirar desse conselho como representante. Colocaram outro conselheiro lá por que eu não servia mais, e se lá eu entrasse eu ia ser jogado escada abaixo. Essa entidade covardemente, não quero dizer o nome dela aqui nesse momento, essa entidade acatou, ainda estou lá no conselho como suplente com muita briga. E quanto a inclusão digital eu quero dizer que eu fiz a inclusão digital, foi enviado ao conselho um

computador e esse computador está a serviço do conselho e não dos conselheiros, o curso que eu recebi eu vou começar a passar a OAB, já passei a OAB, já passei, nós vamos começar a trabalhar juntos, por que a OAB também é também desrespeitada dentro desse conselho, esse conselho é completamente engessado ao gestor, muito obrigado.

Heloísa Alencar: sou do conselho municipal de Porto Alegre, bom em primeiro lugar eu gostaria de repetir algumas coisas que foram ditas anteriormente com relação a qualidade do debate, dessa mesa. Eu fiquei muito feliz das coisas que eu ouvi hoje de manhã, acho que valeu muito a pena acordar cedo e vir pra cá de manhã, especialmente eu queria referir a fala do Carlos por que eu acho muito importante esse trabalho corajoso do Conselho Estadual de Saúde de colocar, de olhar para as suas próprias fragilidades de tentar organizar . Esse esforço demonstrado pelo agendamento de reuniões, vocês estão indo para as regiões, acho que isso é um esforço que merece ser reconhecido e isso eu acho que vai mudar a cara do controle social do Rio Grande do Sul. Acho que o resultado disso, eu tenho a esperança que seja a qualificação e a potencialização do controle social, se a gente agregar esse esforço, como disse o Dr. Arilson, a um processo de capacitação, aproveitar todo esse movimento que vai ter e juntarmos essa tarefa de reconstrução a uma tarefa de capacitação eu tenho certeza que nossos conselhos, nosso controle social ano que vem já vai ter uma outra energia, um outro movimento. Acho importante também a questão que a Dr. Marinês coloca em relação a autonomia e dos orçamentos. A nossa experiência em Porto Alegre é bastante complicada e difícil. Embora o nosso conselho tenha recursos orçamentários garantidos, o que acontece? O gestor municipal não reconhece, por que não sabe o seu papel no SUS. Como o senhor diz ele não sabe que faz parte do controle social. O orçamento do município é discutido pelo conselho, o orçamento do conselho não é discutido pelo conselho, então isso é a revelia da lei. O gestor municipal em Porto Alegre não cumpre a lei por que não discute, não aprova no conselho as coisas que deveriam acontecer, por isso a recomendação da auditoria do DENASUS recomendou todas essas coisas que eles já poderiam estar fazendo e que não fazem. Então mesmo tendo orçamento e mesmo tendo recursos garantidos no orçamento não significa sempre que a gente consegue fazer o que a gente precisa, imagina quando nem tem o orçamento pro conselho no orçamento da secretaria. Muito menos a gente consegue realizar as ações que o conselho de saúde precisa ter, e uma outra questão importante que eu acho que a gente precisa ter é a rede de comunicação, como foi proposto ontem por aquela apresentação que a Jaqueline fez, acho que a gente precisa pensar muito nisso, e se a gente conseguir se articular bem como disse

a Dr^a. Marines, a gente possa marcar datas emblemáticas, que isso possa ter uma repercussão na mídia, que isso possa aparecer nos nossos meios de comunicação. Ano que vem nós vamos ter uma outra história do controle social no Rio Grande do Sul.

Francisco Roig: Bom dia pessoal, parabéns a todos nós que estamos aqui no sábado, e o sofá em casa está vazio não é gente, tenho certeza que estará desocupado. Pessoal, eu o presidente Carlos por gentileza meu presidente, eu considero meu presidente por que mesmo o meu conselho estando irregular, o meu nome está publicado no diário oficial e que eu saiba ainda não foi revogado, então meu presidente, a gente em momento nenhum discordou da irregularidade dos conselhos municipais e regionais. O senhor muito bem colocou a situação do conselho estadual na sua condição de irregularidade, o senhor colocou a dificuldade de encaminhar uma lei ao nossa Camara aqui de Porto Alegre. Os municípios no interior também encaminham leis, projetos de leis enfrentando muitas vezes câmaras contrárias então são dois pesos e duas medidas. Não vamos aqui discutir o mérito da questão. O que me magoa muito é que os regionais não foi um tempo hábil para poderem ser parceiros na reconstrução nessa rede de conselhos. Então eu venho pedir aqui muito humildemente ao Conselho Estadual de Saúde que repense essa situação, e que realmente traga parcerias dos conselhos regionais para ajudar a contactar. Nós estamos perto dos municípios, é fácil para os regionais, desde que tenhamos condições físicas e financeiras estar colaborando em seu processo então é mais um pedido do que uma reclamação. Eu acho que o momento não é de pedir e não de reclamações. Dr. Mariane, trabalhadores estaduais, federais, não. Dinheiro no município para contratá-los, sim. Nós temos uma experiência muito negativa anteriormente de ter tido professores e médicos estaduais e federais trabalhando dentro do município com salários diferenciados, isso cria um ambiente muito ruim. Dr. Arílson, parabéns. Representatividade gente, nós temos que pensar muito dentro dos nossos conselhos municipais e estaduais também, nós temos que discutir, nós temos que aprofundar até que ponto aquelas pessoas que se encontram representando seus entes federativos, dentro do conselho tem representatividade. Discordo quanto a sua colocação da análise dos municipais, a partir que o regional de Pelotas foi instituído, o Belletti está aqui, nós começamos a analisar pelo cadastro nacional todos os municípios e encaminhamos a eles todas as irregularidades que eles tinham. Não sanaram sabemos deus porque. Dr^a. Marines lamentavelmente na nossa região nós temos dificuldade muito grande com o Ministério Público. Então eu queria que a senhora nos desse uma idéia, o que nós devemos fazer, quando representantes locais não se preocupam em atender as demandas

que são compromissos e obrigação por estes assumidos de defender a comunidade.

Marines: Eu cumprimento a todos, eu sou Marinês agente comunitária de Alvorada e a dois anos conselheira. Pela primeira vez que eu me candidatei a conselheira como trabalhadora, vou tentar ser rápida, eu anotei sobre PSF, para mim PSF é controle social, mas a gente não tem vínculo com os médicos, não tem vínculo, quando a gente vai tendo vínculo os médicos são tirados das UBS. Então eu não considero PSF, é que a gente está sempre mudando de médico dentro do município. Todo conselheiro que é eleito as vezes são indicados, tu não sabe o que é ser conselheiro, eu entrei sem saber o que era um conselheiro, então essa capacitação de conselheiro tem que ser imediata quando eles já são eleitos conselheiros e começam a participar, eu acho que isso ai é muito importante por que a gente falar sabendo que dentro dos usuários tem funcionários, tem gestores, ou então representantes de partido, não ta lá para lutar pela população. Hoje em dia os conselhos estão ai para aprovar verbas, olha desde que eu estou lá, muitos poucos orçamentos foram recusados dentro do conselho, mesmo estando errado. Então eu acho que isso tem que ser reavaliado, eu não sei, acho que não é só no meu município que é assim, todos os conselheiros que estão ali e dizem que sim, eu acho o conselho está para discutir saúde e não orçamento, e a discussão de saúde não existe no nosso conselho. Outra coisa que eu coloquei muito importante, a gente pega os jornais e vê pessoas pedindo medicamento, médicos, aonde estão os conselhos para buscar por isso para a população? É necessário a população ir na mídia para reclamar que o hospital não funciona? Que a farmácia não funciona? Que as UBSs não funcionam? Ontem foi colocado que são contra o SUS, não é contra o SUS, é a alternativa que a população está achando para reclamar a dificuldade que tem dentro da saúde, a gente sabe, eu uso o SUS, e sei que a gente fica 1 hora, 2 horas, 3 horas, as vezes 1 dia dentro do hospital esperando por uma consulta. Vi pessoal do interior, como aconteceu com esse pessoal do último acidente por um especialista em Porto Alegre, ai aqui também fica deficiente por que atende outras áreas, eu não acredito que os médicos não queiram ir para o interior trabalhar, ou eles não estão tendo condições ou eles estão acomodados, então eles não deveriam ter feito uma faculdade de medicina, é isso, obrigado.

Avelino Ramos Rodrigues: sou conselheiro do balneário Pinhal no litoral norte, queria saudar a mesa e saudando a mesa quero saudar todos os companheiros que estão aqui presentes nessa caminhada para aperfeiçoamento em nome do nosso SUS. O objetivo aqui e aproveitar esse tempinho, eu quero falar sobre a capacitação, eu vejo que a maioria das

dificuldades apresentadas aqui desde ontem quando começou a nossa planária na verdade é a falta de conhecimento, é a falta de conhecimento das leis, de qual é o papel de um conselheiro, qual o papel do gestor, qual o papel do trabalhador, qual o papel do prestador de serviços, então a minha proposta aqui que seja encaminhado para todos os conselhos de saúde, para todas as coordenadorias regionais de saúde, que se faça um calendário de capacitação, e eu vou falar da minha região que é o litoral norte, para demonstrar o que eu to dizendo aqui, que certamente a maioria dos problemas é a falta de conhecimento Nós temos 23 municípios, nós temos só 4 aqui presentes, eu quero parabenizar os companheiros que vieram aqui, além de nós do Pinhal, Capão da Canoa, Imbé e Moinhos do Sul, claro que tem uma série de dificuldades também ai de deslocamento, de falta de apoio da prefeitura, mas fundamentalmente no meu entendimento é a falta de conhecimento, a falta de capacitação, de curso preparatório, de seminários, por isso que o SUS está tendo problemas, por isso está com dificuldades. Por que nós temos que investir primeiro no material humano que nós temos, nessas pessoas que se dispõe a caminhar um bocado de quilômetros, pegar ônibus, carona, seja lá o que for, para vir aqui para Porto Alegre com esse calorão e como o disse o Humberto, sem um cafezinho, sem um chazinho, sem água gelada. É um sacerdócio quem resolve fazer uma alternativa de luta em defesa da saúde pública, por que ganha mal, é mal tratado, não tem condições de trabalho, mas é teimoso e vem para cá para dizer que tem direito e que esse direito tem que ser respeitado, por isso companheirada, vamos investir na nossa capacitação e vamos nos articular com os municípios da nossa região, por que tem uns que ainda estão devagar por falta de conhecimento e apoio, outros tem conhecimento mas não tem como se deslocar. Então tem que se articular. No litoral norte, estamos fazendo isso, não está uma maravilha, não está uma Brastemp ainda mas estamos melhorando, para quem nem sabia o que é direito o que era SUS, hoje até o secretário já sabe isso, tanto é que sabe que colocou um micro ônibus a nossa disposição para nos levar lá em Osório, então as coisas estão avançando, mas são lentas, lentas por que, por falta de conhecimento, vamos investir na capacitação, Carlos, vamos investir na capacitação, pessoal, companheirada toda, levem para a sua base, conversem com eles, tem leis para nós estudar, regimento interno para nós discutir e aprimorar o nosso SUS, e a luta é muito boa e é só lutar.

Luis Belletti: Nosso bom dia a todos e a todas, sou o Luis Belletti e represento aqui o Conselho Municipal de Pelotas, sou presidente do Conselho Regional da 3ª CRS, um dos últimos a ser constituído no estado, em primeiro lugar eu queria propor que essa auditoria de

Porto Alegre se possível seja disponibilizada no site do Conselho Estadual, que serve de orientação, que se é possível juridicamente que ela seja disponibilizada no site, até como orientação para vários conselhos, aqui no quadro o que o Carlos coloca quanto ao conselho regional, não discordo de nada. Medidas que foram tomadas pelo Conselho Estadual, só que antes da conferência estadual eu recebi uma ata que o conselho regional da 3ª estava regular, estava em dia, depois em fevereiro eu recebo o relatório da comissão e é apontado que quase a totalidade dos municípios estavam irregulares, então pra mim isso foi um choque bastante grande, e buscar isso, e aqui está a Adalgisa que muito nos orientou a todo o tempo. A nível nacional o estado do Rio Grande do Sul era um exemplo e depois veio o relatório com todos aqueles dados que o Carlos já frisou aqui e para mim enquanto conselheiro que estou aqui nessa área, foi um fato bastante constrangedor. A medida que tomou o Conselho Estadual acho que foi enérgica demais por que não nos deu tempo e espaço suficiente para que nós nos movimentássemos. Ai o entendimento da secretaria estadual de saúde foi de cortar todos os encargos, para nós de Pelotas nem o papel foi nos fornecido, nem de carona a gente pode se deslocar para os outros municípios, então fica inviabilizado isso nesse quadro. Então nós ficamos amarrados, para poder trabalhar nesse fato. Posterior e o que nós já avançamos e melhoramos em termos de legislação em vários municípios foi com apoio da ASSEDISA, que não era o caminho mais rápido, por que se o município vai nos ceder carro para deslocar a outro e acontecer acidente o próprio município pode ser responsabilizado por isso. Não é função específica do município, isso deveria ser função do estado nos dar o apoio, então isso foi um fato bastante cruel para nós enquanto regularizar. Nós hoje já avançamos bem mais e esperamos em breve estar regularizando a situação e estar aptos a participar do conselho estadual, e isso decorre muito daquilo que foi falado pelo Arilson, a questão de formação, isso é uma coisa que nós enquanto plenária do estado, e o conselho precisa trabalhar muito mais na formação de conselheiros, Isso precisa avançar muito mais, esse tempo é curto, já está esgotando aqui, desculpa pessoal. Uma coisa que eu quero colocar aqui a questão do apoio do Ministério Público Estadual, infelizmente doutora, em muitos municípios e a grande maioria não está amparado, não está adenquado os conselhos, as procuradorias do estado estão amparadas a nos dar o apoio quando necessário, em vista desde locais temáticos, até uma discussão mais ampla disso, nós temos recorrido. Já algumas questões ao Ministério Público Estadual como foi o caso da traumatologia de Pelotas que abrange a região, recorreremos a ela dia 12 de março e ela foi se resolver em outubro por outras circunstâncias. Mas do Ministério Público Estadual nós não tivemos apoio, existe no meu entendimento muita negociação e tentativa de acerto e isso

acumula trabalho dentro da promotoria pública e enfim, extravasando todo o tempo e deixando de ter o apoio a nós conselhos, tanto municipais quanto regionais, a nós nesse sentido.

Maria Letícia de Oliveira: Bem, assim nós enceramos as nossas inscrições, como eu tenho aqui 11:40h, eu passo imediatamente a consideração dos nossos convidados e de maneira que possam utilizar 5 minutos cada um e a gente possa terminar dentro do tempo previsto.

Leonildo Mariane: Quem fala primeiro leva a pior, mas eu tenho problema de horário, foi muito importante, eu gostaria de, como eles falaram depois de mim, eu gostaria de elogiar a sensatez nas colocações da Dr^a. Assmann, eu vejo que a senhora faz uma ponderação muito sensata, eu queria registrar isso. Carlos da preocupação, eu quero voltar a registrar que nós somos parceiros, a FAMURS é parceira, o presidente da FAMURS garantiu isso, na organização e no funcionamento daquilo que for da entidade. Nós não podemos dizer a este prefeito isto, agora a entidade dá essa orientação de que os conselhos tem que funcionar bem assim como é a ASSEDISA. Arílson, a análise que tu fizesse da caminhada nesses 20 anos, a cabeça de uma pessoa não muda da noite para o dia. Eu fui prefeito com a cabeça de ditador, e 6 anos de conselho estadual me ensinaram muita coisa para ser mais democrata. Eu assumi em 1989 quando o pensamento tu tinha que decidir e ponto. Então nessa caminhada, tu fazes muito bem, eu gostei, eu tiro o meu chapéu para aquele portoalegrense que tem 5 anos mais do que N.a colocação que o senhor fez em relação aos gestores. Em relação a quem acentuou na capacitação, agora no final, eu acho fundamental. Nós já fizemos, não é tudo, mas nós e a ASSEDISA e a FAMURS. Já fizemos um encontro com os secretários municipais no dia 27 e 28, outro encontro no dia 29 e 30, outro encontro agora no dia 23 de março. Já em janeiro, por que nós sabemos que mais de 70% dos secretários mudaram, e que o tipo de escolha dos secretários, quem falou na sabatina, eu gostei da palavra sabatina, foi o primeiro que se manifestou. Essa capacitação é uma preocupação nossa, só que o sistema de escolha é um sistema político partidário, é um sistema que o secretário é um cargo de confiança do prefeito. Nós estamos nessa, agora, que nós pudemos caminhar na defesa de que para ser prefeito tu tenha que fazer administração pública 4 anos, 8 anos, é uma conquista que nós ainda temos pela frente, que a Alemanha conseguiu, para tu ser prefeito na Alemanha não é simplesmente tu querer, tu tem que ter curso de gestor público. Eu Leonildo, sou defensor dessa idéia, não é idéia da minha entidade, e o secretário da saúde, essas era a nossa preocupação também, dar a ele

todas as informações para que ele seja um melhor secretário, com o Ministério da Saúde presente, com a secretaria de estado da saúde , com a FAMURS e com a ASSEDISA, orientando. E a palavra capacitação, ela é fundamental, nós não temos outra alternativa a não ser essa. Francisco eu não entendi a tua colocação em relação a financiamento, a pagamento de profissionais de saúde etc, o que eu quis dizer é que a lei de responsabilidade fiscal limita os gastos com pessoal, que os prefeitos tem e as vezes a precarização do trabalhador em saúde se deve também a isso, então ele procura uma alternativa para atender em saúde e ao mesmo tempo para atender a lei de responsabilidade fiscal, por isso eu estou firme na idéia que a contratação dos trabalhadores em saúde é um problema que deve ser discutido pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria Estadual de Saúde, com os municípios, dividindo responsabilidade para que haja possibilidade de ter concurso público, para que haja possibilidade de haver cargos e salários, para que esse trabalhador não seja precarizado, obrigado pela atenção, tudo de bom para vocês.

Marines Assmann: Bom, eu queria agradecer e dizer que eu tinha ainda em mente abordar muitos outros aspectos, quanto a minha fala não foi objetiva, sucinta suficiente, por que eu sinto que há alguns tema que precisam ser também melhor aprofundados, no que diz respeito também as observações que eu fiz sobre a responsabilização dos prefeitos não é, eminentemente, sempre uma cobrança maior, acho que é importante acrescentar também que a responsabilidade é dele no conjunto. Nós não temos prática, e acho que não tem prefeito no Rio Grande do Sul, no Brasil, que tenha de fazer co-gestão de saúde pública, me mostrem um exemplo onde existe isso efetivamente, que o conselho tenha decisões, tenha força deliberativa, então quem tem que faze isso somos nós, não podemos esperar que os prefeitos dividam o poder, que não se esgota na votação orçamentária, em dizer que vai aplicar os percentuais exigidos pela constituição. Então eu acho que isso é uma coisa que vai ser construída a longo tempo, eu não vejo isso acontecendo, particularmente na cidade de Porto Alegre eu sinto isso bastante vividamente todo o dia, me parece assim que o conselho é tido como uma instância homologatória das decisões que já foram tomadas previamente. Não sinto como se houvesse efetivamente uma co-gestão da saúde que é em suma o que a constituição federal nos orienta. Em relação as cobranças dos meus colegas do interior eu acho que vocês tem que continuar exercitando essas cobranças, particularmente no que diz respeito a demora de ajuizamento de ação, eu já fiz isso, já demorei mais que o aparentemente indicado para ingressar com uma ação, por um exame de efetividade, eu prefiro esperar um ano em uma tentativa de acordo do que ingressar com

uma ação que em princípio é mais tranqüilo, tu fazes uma petição, instrui com 20 folhas, não tem discussão, não tem marcação de audiência todo o dia, discussão com o gestor, com o conselho, a ação é mais tranqüila para o Ministério Público, mas nós corremos o risco primeiro de judicializar as questões todas, e segundo de termos que aguardar e ter decisão e por tanto decisão dependente do judiciário por 10 anos. O prefeito diz, a eu não vou fazer por que isso ai está no judiciário, agora quem decide é o judiciário. Então a ação judicial que é a providência, que um dos instrumentos de ação do Ministério Público, ela tem que ser utilizada com muito cuidado sob tempo de se voltar contra nós próprios, a questão do Murialdo, nós tentamos a questão da municipalização do Murialdo aqui na cidade de Porto Plegre, meu Deus essa luta vinha a mais de 10 anos! Tentamos dentro da promotoria por 2 anos o acordo, a partir do momento que nós engressamos com a ação, coincidência ou não, menos de 6 meses depois o acordo saiu, mas de qualquer forma em relação a isso por exemplo a ação do Ministério Público, vejo ainda um pouco limitada. Com relação ao PSF, nós fizemos aqui em Porto Alegre os agentes de saúde, nós chamamos, fizemos uma organização, nós fizemos uma articulação com o Ministério Público do Trabalho, Ministério Público Estadual, e propusemos um termo de ajustamento de conduta no sentido de, veja bem, eu tinha receio ali na proposição, dizia é projeto de lei para regulamentação da questão, eu digo não, vamos um pouquinho mais adiante, vamos propor prazo para o projeto de lei, depois para o concurso e depois para a posse, para a gente amarrar tudo para depois acontecer mesmo. Doce ilusão, quer dizer, nós assinamos, o município encaminhou projeto de lei, está lá na câmara, vai tramitar a quanto tempo, e a efetividade da nossa ação, não é, então nós temos que além de tudo isso, pressão política que é o que define o orçamento que é o que faz esse país funcionar. Pressão política, quem tem mais força ganha mais dinheiro no orçamento, quem tem mais força é ouvido, muito obrigado.

Arílson Cardoso: Bom, eu quero agradecer o convite recebido para nós estarmos aqui nessa mesa, dizer que o gestor, eu enquanto representante da ASSEDISA, eu nunca vou me furtar sentar e fazer uma discussão a respeito de controle social , por que eu me sinto controle social. Eu acredito que cada vez mais gestores do estado se sintam controle social. Na minha fala eu não sei se todos entenderam, eu não quis dizer que os gestores estão absolutamente integrados ao controle social, muito antes pelo contrário eu que nós temos uma longa caminhada pela frente, é tanto na gestão quanto por parte dos trabalhadores de saúde quanto dos usuários. Quando eu falei na questão dos usuários se perpetuarem no sistema, eu não tenho nada contra aos conselheiros que se perpetuam nos conselhos, eu na

minha observação em relação aqueles conselheiros que se perpetuam nos conselhos e não transmitem para a sua categoria, não transmitem, para a sua base, a discussão que é feita dentro dos conselho Es.u acho que isso é pernicioso ao funcionamento e a implantação do SUS, todos os conselheiros aqui e eu conheço vários que estão aqui hoje e os que perduraram até agora são aqueles que tem uma vinculação com a sua base, mas todos nós sabemos que muitas vezes tem conselheiros que se apresentam e se apresentam com vários interesses nos conselhos municipais, estadual e nacional de saúde, que não aqueles que nós temos de construção do SUS, então quando eu digo que os gestores tem que avançar eu também digo que os conselheiros, que os usuários também tem que avançar. Com relação a capacitação, eu acho que nós precisamos cada vez mais de capacitação, eu acho que nós estamos hoje cada vez mais dentro do SUS, acho que na era da capacitação. Nunca tivemos tantos recursos, hoje disponíveis a capacitação. Acho que nós temos que aproveitar. Com relação a fala do Umberto, com relação aos gestores, acho que o Mariane respondeu em parte essa questão, isso é, do jogo democrático, infelizmente hoje nós não temos uma forma de indicar, até se tivéssemos uma forma de indicar e selecionar os gestores, acredito que muitos dos 346 municípios que tem menos de 10 mil habitantes, teriam dificuldades de ter um gestor com formação em gestão para tocar em função da remuneração que os gestores hoje ganham na maioria dos municípios do estado do Rio Grande do Sul. A ASSEDISA em parceria com a FAMURS tem trabalhado muito forte na questão da gestão. Nós fizemos um levantamento logo em seguida das eleições municipais e nós tivemos um indicativo que em torno de 70% dos gestores seriam renovados, nos preocupamos, fizemos 3 cursos de acolhimento, que o Dr. Mariane já falou. Estamos em fase na CIB de implementação de um curso de especialização em gestão em saúde para os 496 gestores do estado do Rio Grande do Sul. E nós temos investido, sem falar em todos aqueles módulos e cursos de capacitação pontual que nós temos feito junto com os gestores em conjunto com a ASSEDISA e a FAMURS. então eu acho que pessoal, espero ter contribuído para a discussão da saúde aqui, continuo colocando, temos uma longa trajetória pela frente, mas acho que nós já corremos um caminho imenso, haja visto que aqui nós estávamos discutindo a adequação dos 496 municípios no estado do Rio Grande do Sul, a lei da criação de conselhos, há 10 anos atrás nós estávamos discutindo que os 496 municípios não tinham o Conselho Municipal de Saúde, muito obrigado.

Carlos Duarte: Eu gostaria de, são muitas questões que poderiam ser faladas aqui, mas eu gostaria de pegar 3, uma é com relação a capacitação de conselheiros ou com relação a

educação permanente. Acho que sem dúvida nenhuma esse é um ponto fundamental que a gente passa hoje, como disse o Arilson, nunca se teve tantos recursos para se fazer capacitação e educação permanente em educação permanente em saúde, e isso certamente é por que foi percebido essa necessidade por parte dos conselhos municipais de saúde. Então agora tem uma questão que eu gostaria de fazer uma análise, por exemplo assim, se fala muito em educação permanente e se falou aqui sobre orçamento, sobre entendimento do que é alta complexidade, média complexidade, enfim, eu não sei se hoje, vou ser bem sincero, é uma dúvida minha isso, como é que nós enquanto conselheiros de saúde, como usuários, principalmente como usuários, conseguiríamos dar conta de tantas informações que se precisa ter para conseguir acompanhar as discussões que tem em um conselho de saúde. E isso bate diretamente no outro lado, na estrutura dos conselhos, e isso é ligado diretamente na gestão. E quando a gente fala aqui conselho de saúde e gestão, acho que aí é um dos pontos principais, por que não tem como conselheiro entender o processo de saúde da mesma forma que o gestor entende e para que ele possa fazer as discussões ele tem que estar muito bem assessorados, e o que nos falta hoje nos conselhos são assessorias ligadas diretamente aos conselhos de saúde e que possam dar assessoria aos conselheiros em todos esse temas, para poder se discutir um orçamento, para poder se discutir um plano estadual, um plano de saúde, poder se discutir as políticas de saúde, e essa estrutura hoje não tem, se a gente falar hoje de Conselho Estadual de Saúde, hoje tem uma estrutura mínima para conseguir dar conta das suas atribuições. Se hoje talvez a gente tenha essa dificuldade que a gente conseguiu fazer esse levantamento em 2 ou 3 anos sobre a situação dos conselhos de saúde, a gente não conseguiu fazer isso antes talvez por falta de estrutura dos conselhos, a gente não tem funcionários nos conselhos e isso é uma questão que a gente tem que articular melhor com a gestão. Nós não temos essas questões, infelizmente, hoje, agora, aqui, nós não temos nenhum representante da Secretaria Estadual de Saúde para estar discutindo essa questão de controle social. Isso nós deveríamos estar um pouco antenado. Por que o estado não está aqui discutindo controle social com os municípios e com o estado? Será que não é função da secretaria estadual de saúde também de fazer a sua parte em relação ao controle social? Não só ao CES mas também aos conselhos municipais, afinal de conta a secretaria estadual de saúde ela é a gestão do SUS no estado, ela não tem que trabalhar apenas com a secretaria do estado da saúde, ela faz parte da gestão como um todo, essa é a questão da educação permanente, acho que é importante a gente ter a educação permanente, mas como falou aqui o Avelino, hoje os conselheiros desconhecem as próprias leis, ou que é o trabalho do conselho, o que trabalho

do conselheiro, isso é educação permanente, isso é educação permanente, isso é trabalho do conselho realmente fazer e das entidades que compõe o conselho, agora não dá para a gente querer que os conselheiros entendam de tudo, é necessário sim uma assessoria permanente no conselho para que consiga dar conta dessas questões junto aos conselheiros. Outra questão que eu gostaria de falar é a questão, só para dar um exemplo dos conselhos regionais, os conselhos regionais foi pauta no Conselho Estadual de Saúde durante mais de 2 anos, praticamente era pauta única, durante praticamente 2 anos, 2007, 2008, digamos assim 2006,2007,2008 o conselho estadual discutiu conselhos regionais de saúde, abrindo mão de discutir as políticas de saúde desse estado e isso foi uma questão muito difícil para o Conselho Estadual de Saúde, então assim, dizer que não houve tempo hábil para se organizar e tudo mais, eu acho que essas questões a gente tem que olhar com mais ênfase, com mais atenção, se o conselho estadual chegou a resolução 01 e 02, é por que não havia mais condições de se continuar discutindo dentro do Conselho Estadual de Saúde só conselhos regionais e não das pautas de saúde dentro do estado. E hoje a gente tem avançado mais em função de que essa discussão ela está tomando um outro rumo, nós estamos entrando em contato direto com os conselhos municipais, indo nas regiões e fazendo um outro tipo de trabalho, mais próximo da região para conseguir restabelecer isso, conselho regional é fundamental e é parte do Conselho Estadual de Saúde, o conselho regional é parte integrante do conselho estadual, não só nas cadeiras que ocupa dentro do conselho, mas sim como parte integrante do conselho como área de descentralização do conselho estadual, eu acho que é isso, temos muito que discutir sobre conselho estadual, muito o que avançar ainda, e acho que a gente está conseguindo. Apartir do que a gente conseguir olhar para as nossas dificuldades e para os nossos problemas a gente começa a avançar, o Júnior falou isso ontem, não adianta a gente ficar só criticando os outros e não olhar para as nossas dificuldades, e nós temos muitas enquanto controle social, enquanto conselhos de saúde, e se a gente não olhar para essas dificuldades e não saber quais são, a gente não vai conseguir melhorar com o nosso trabalho e as nossas atribuições e realmente atender as nossas ações. Então muito obrigado por terem me escutado, e que a gente possa sair daqui com uma discussão melhor sobre o como nós estamos fazendo o controle social de todo o nosso estado.

Maria Letícia de Oliveira: Antes de encerrar eu queria apenas fazer 3 avisos com relação as representações dos conselhos, uma representação por conselho deve retirar o envelope com o material para ser levado para os conselhos, está lá no fundo, a outra é o retorno da nossa

plenária será as 13:30 e registrar a presença do Ronald Ferreira do conselho Nacional que irá participar dos nossos trabalhos à tarde e que já está entra nós, então de forma muito especial, em nome do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, gostaria de agradecer por participar dessa plenária, e de forma geral acho que tivemos uma boa plenária, uma manhã bem proveitosa, uma participação bem qualificada de todos, agradecer a cada um, muito obrigada.

Dia 28.03.2009 - tarde

Jacqueline Dutra: Boa tarde a todos, nós vamos dar início aos trabalhos da tarde. Antes de começar eu gostaria de chamar a comissão organizadora da XIII Plenária Estadual de Conselhos de Saúde. Nós temos membros aqui presentes, gostaria que a comissão, os conselheiros, os colegas que trabalharam na elaboração dessa conferência pudessem se colocar aqui a frente para que nós pudéssemos dar a visibilidade ao grupo que trabalhou na elaboração desse evento, Nós temos o Paulo Humberto do conselho, a Sônia lamentavelmente não está aqui mas esteve no dia de ontem nos apoiando o tempo todo, a Hanaí, a Sandra, a Eni Bahia. Temos vários outros conselheiros dos municípios que estiveram participando conosco, em algum momento, o pessoal não está querendo se mostrar, tem a Sandra aqui na frente, o pessoal que colaborou, o Paulo lá atrás, tem os outros conselheiros que em algum momento discutiram conosco a elaboração desse evento, eu queria muito em nome do Conselho Estadual de Saúde poder agradecer a todas essas pessoas que estiveram trabalhando conosco durante esse curto espaço de tempo mas que fez crescer o dia de hoje. Gostaria também como informe, lembrar os conselhos, aos conselheiros que verifiquem nos seus conselhos de saúde, se os seus conselhos responderam um questionário encaminhado pela secretaria de gestão estratégica e participativa. Questionário este que se não for respondido, não dá direito ao conselho de receber a segunda parte dos equipamentos que se seguem após a liberação do computador e da impressora. Então, por favor os conselheiros verifiquem em seus conselhos se responderam esse questionário. Há muitos conselhos que não responderam o questionário, então por favor verifiquem isso, por que depois o conselho não tendo respondido, não terá direito a receber esses equipamentos. É importante estar em dia com essas necessidades. É um questionário on-line que veio, que os conselhos são avisados por e-mail. Aqueles conselhos que não estão com os seus e-mails em dia, estão com dificuldade de verificar isso, então cobrem dos seus conselhos para saber se eles já responderam. Vamos chamar para

compor a mesa, para discutir funcionamento das comissões nos conselhos de saúde, a representante do Conselho Estadual de Saúde Alexandra Ximenes, o conselheiro nacional de saúde Ronald Ferreira Santos, a conselheira do conselho municipal de Santa Maria Maria do Carmo Quagliato e a representante do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, que não está na programação de vocês mas que vai nos brindar com o seu relato, a Eloísa. Bom, de imediato vamos passar a fala do primeiro palestrante que vai ser o Ronald.

Ronald Ferreira: Boa tarde a todos e todas, a Jaqueline, Alexandra, companheiros aqui na mesa, conselheiros e conselheiras, é uma satisfação poder estar aqui a esse estado vizinho ao de Santa Catarina, embora seja gaúcho nascido aqui no Rio Grande do Sul, eu estou emprestado lá para Santa Catarina. É uma satisfação muito grande estar presente testemunhando esse movimento e essa contribuição que o povo brasileiro tem dado na consolidação da sua democracia e na consolidação de uma das principais conquistas do processo político mais recente do nosso país que é a consolidação do controle social. Queria antes de começar a falar a respeito das comissões de repartir com vocês essa satisfação de estar com vocês, conselheiros e conselheiras aqui presentes. Há muito tempo atrás, pouco tempo do ponto de vista histórico, essa possibilidade que nós estamos vivendo aqui à tarde era absolutamente impossível, era absolutamente impensável a possibilidade de alguém estar discutindo como é que o prefeito, como o secretário, como o Governador, vão organizar, destinar, implementar as políticas públicas, particularmente a política de saúde. Esse espaço conquistado pelo povo brasileiro do controle social, esse espaço conquistado através de plenárias, através de diferentes movimentos, tem que ser permanentemente lembrado, homenageado por isso esse registro. Também pelo fato de que o centro da minha contribuição aqui nesse debate a respeito do funcionamento das comissões vai se centrar basicamente na principal tarefa dos conselhos, das comissões, do controle social nesse momento histórico que nós vivemos. É reafirmar as principais conquistas que o povo brasileiro obteve na constituição de 1988. Hoje a ordem do dia, vocês devem ter debatido exaustivamente ontem com a presença do Presidente do Conselho Nacional de Saúde, um debate mais específico a respeito da questão da fundação estatal, mas esse debate e tantos outros que se faz presente na conjuntura, diz respeito a respeitar o que o povo brasileiro contratou na constituição de 1988 ou rasgar esse contrato da constituição de 1988. E qual foi entre várias questões importantes que trouxe a constituição de 1988 que nós precisamos reafirmar e que tem ligação direta com as comissões e que tem ligação direta com o controle social do SUS? São duas questões importantes, a primeira é a questão da democracia, a

questão de possibilitar, diferente das outras políticas públicas, na saúde pública de que o povo possa opinar, não só opinar, possa deliberar, possa decidir. Isso nós conquistamos na constituição de 1988 e reafirmamos no ano 2000 com a regulamentação da EC 29. Ao dizer, reafirmar e colocar literalmente no texto constitucional, a prerrogativa dos conselhos deliberarem sobre os aspectos econômicos e financeiros no que diz respeito a saúde. Isso é um avanço do ponto de vista da democracia, do ponto de vista da divisão do poder, que é isso que deve ser apropriado, entendido e tido como bandeira, e é justamente essas questões que estão colocadas na ordem do dia, que seja no município, seja no estado, ou seja a nível nacional, são o grande enfrentamento de fazer cumprir ou não fazer cumprir o que foi contratado. Por isso que eu insisto nessa questão e que é uma das questões centrais é de reafirmar a constituição. É a questão da democracia, uma outra questão importante que é a questão do respeito ao entendimento mais minucioso das comissões dos conselhos estaduais, nacionais e municipais, é ainda da constituição de 1988 um esquema de proteção social que a constituição construiu e garantiu enquanto direito. A constituição de 1988 construiu um capítulo da seguridade social, a constituição de 1988 trouxe para o Brasil a noção do direito à saúde, a constituição de 1988 acabou com a lógica do seguro, com a lógica da saúde, da assistência social, da previdência, como um produto que se compra. E colocou no contrato entre os brasileiros que a saúde, a previdência e a assistência social são direitos, e é justamente isso, esse o debate que precisa ser reafirmado e é esse o debate central que a participação da sociedade que conquistou o espaço de poder. Nós precisamos usar esse poder político, esse espaço que foi conquistado para fazer o processo de resistência e reafirmar esses princípios. Por que eu insisto nesse debate mais geral, trago aqui as companheiras, que as mulheres tem cada vez mais esse espaço, vão abordar com mais intensidade a questão do funcionamento das comissões. Eu trago essas questões mais gerais por que, geralmente, o que acontece muito em alguns espaços de conselho, particularmente nos conselhos estaduais e eventualmente no conselho nacional, se perder em debates absolutamente específicos, em detalhes dos debates, quando as questões mais gerais, de maior significado, de maior impacto, onde está de fato as decisões, onde está de fato a determinação de como as coisas vão funcionar, as vezes por insistência em discutir o detalhe, o específico, não que esse deva deixar de ser debatido, não que esse deva deixar de ser aprofundado, até por que lá, logo após a contratação na constituição a respeito desse espaço de participação da comunidade ser um espaço importante, logo em seguida vem a 8080 que determinou que esse espaço tem que priorizar e pode fazer através de comissões alguns debates, como questão de recursos humanos, de orçamento, de saúde do

trabalhador, de vigilância sanitária. Já foi contratado e foi colocado para esse espaço através de comissões aprofundar esses debates. Mas esses debates que as comissões tem necessariamente que fazer, tem que estar vinculado na sustentação do enfrentamento mais geral da aplicação daquilo que já foi contratado. Eu insisto por que essas duas questões que eu trago aqui que é a questão da democracia e a questão da seguridade social como sendo elementos necessários para nós colocarmos na pauta das comissões, além do modelo de atenção, mas particularmente essas duas. A questão da democracia por que tramita no congresso nacional a regulamentação da EC 29, que quer alguns parlamentares no processo regulamentação, tirar o poder deliberativo dos conselhos da discussão de financiamento e orçamento, por isso é importante estarmos atentos a esse debate e de não aceitar essa possibilidade de forma alguma por que essa já foi contratada, isso já é norma legal da possibilidade do espaço do controle social opinar, intervir e deliberar sob os aspectos econômicos e financeiros. Mas é aguda a necessidade de acompanhar esse debate, da retirada desse poder desse espaço que o povo brasileiro conquistou. Quanto a questão da seguridade, ela nunca esteve tão seriamente ameaçada como está hoje pela proposta de reforma tributária que está hoje no congresso nacional, a proposta que se encontra simplesmente liquida com a lógica do estado se responsabilizar pela questão da assistência social da saúde e da previdência. Liquida a lógica do direito e coloca como um produto que vai ser consumido e que vai estar na mesma ordem de prioridade que qualquer outra atividade econômica, ou seja, aquela lógica da constituição de 1988, que colocava o direito a vida se sobrepondo as questões econômicas vai por água a baixo, e como é que se materializa, como é que está sendo materializado na proposta de reforma tributária que está no congresso nacional essa possibilidade de liquidação? Simplesmente apresentou a proposta. Apresentada a proposta acabando com as contribuições que são exclusivas para a seguridade social, o que vai acontecer com a proposta da reforma tributária que está no congresso nacional é que vão acabar as contribuições para a seguridade. Vai se fazer um bolo único, vai se fazer o tal de IVA, IVA federal, e a saúde, a assistência social e a previdência, vão ter que disputar recurso com o superávit primário, vão ter que disputar recurso com o fundo de participação dos municípios. Vão ter que disputar recurso com o fundo de participação dos estados, ou seja, aquela lógica que a constituição de 1988 construiu de um estado de bem estar, que se garanta e apresente de onde que vai ser financiado esses direitos, garanta as contribuições para garantir esse direito está seriamente ameaçado. Isso que consequência tem no funcionamento, tanto a questão do aspecto a democracia, da possibilidade do poder de decisão que tem os conselhos quanto essa

questão do fim da lógica da seguridade social no nosso país? Tem que a função primordial das comissões são auxiliar os conselhos a elaborarem as políticas específicas, aprofundar tendo como referencia, e tendo como base de sustentação os contratos ou as normas ou as leis mais gerais estabelecidas. Uma vez que as normas e as leis gerais estejam estabelecidas, retiram direitos, retiram o financiamento, retiram a lógica do estado se responsabilizar pela execução de políticas públicas através da diminuição do financiamento, através da desresponsabilização do estado. As comissões partem a fazer propostas como pregadores no deserto. Se constrói as propostas mais próximas da necessidade de uma comunidade, de um estado, mas vão ser apenas papéis, vão ser apenas intenções. A possibilidade concreta dessas ações, dessas formulações, dessas contribuições se materializarem em políticas públicas em ações práticas, é muito remota. Que fazer? Como fazer as comissões responderem ao mesmo tempo a essa necessidade de serem resolutivas, apresentarem propostas que contribuem, e fazer o enfrentamento a esse conjunto de iniciativas que tendem a retirar direitos? Só tem uma forma, ampliando a força política das representações nos conselhos, só tem uma forma de ampliar, o conselheiro não pode representar ele mesmo, seja na comissão, o conselheiro, seja no pleno dos conselhos, não pode estar ali se auto-representando, há possibilidade concreta de se utilizar o espaço das comissões para fortalecer o embate político. E que essas comissões possam permitir que o máximo das organizações do povo tenham o compromisso com aquilo que foi contratado em 1988. Que tenham compromisso com a saúde enquanto direito, tenham o espaço de exercer poder e que consigam levar esse debate político, esses enfrentamentos para se tornar bandeiras das suas organizações. Esse conselheiro aqui representa no Conselho Nacional de Saúde os farmacêuticos, eu sou farmacêutico, sou dirigente da federação nacional dos farmacêuticos. As lutas das comissões que nós participamos de assistência farmacêutica, de vigilância sanitária, é um esforço enorme que os farmacêuticos tentam levar do conselho para a nossa entidade, como por exemplo a questão da estruturação da assistência farmacêutica. Como por exemplo o combate a lei de patentes. É um processo que vai da entidade que eu represento ao conselho e vai do conselho para a entidade que eu represento. Não pode ser apenas isso de se articular o conjunto das outras organizações e fazer de uma bandeira que em tese, alguns possam achar que é corporativo de uma categoria significar transformar uma bandeira que não é corporativa, que é de interesse do sistema todo. Então há a necessidade, de que o conselheiro seja no município, seja no estado, consiga não se auto-representar, e de fato consiga representar, seja no conselho, seja nas comissões, a organização que ele representa e só assim acho que nós

vamos conseguir ter lastro políticos para enfrentar os poderosos interesses que vem nesse setor da economia brasileira que movimenta mais de 150 bilhões de reais por ano, que consiga ver o interesse não meramente econômico, mas o interesse de homens, mulheres e crianças que estão na dependência da organização, da estruturação para viver mais e melhor, ou em muitas vezes estar simplesmente manter as suas condições mínimas de saúde para continuar sobrevivendo. Então, eu entendo e acho que o que a gente traz aqui não é nada diferente do que os conselheiros e conselheiras devem estar vivendo ou experimentando no seu dia-a-dia, mas a mensagem principal que esse conselheiro tenta trazer para o debate do funcionamento das comissões. Em resumo eu poderia dizer o seguinte, as comissões tem como função principal dar lastro político para que este espaço que o povo brasileiro conquistou, possa ser espaço para garantia de direito. Que direito? Direito a saúde, à qualidade de vida, à garantir que a utilização dos fundos públicos que é o resultado do trabalho do povo brasileiro que forma esses fundos públicos, não seja apropriado por banqueiros, não seja apropriado por prefeito corrupto, não seja apropriado por secretário corrupto e sim sirva para atender os interesses da população. E só tem um jeito, o único jeito de fazer esse enfrentamento é ter lastro político, é ter inserção junto a comunidade, junto a sociedade e só se faz isso com participação, com ocupação de espaço. As comissões conseguindo construir esse espaço para viabilizar a participação popular, viabilizar a defesa do interesse público, seja qual for o tema, saúde do trabalhador, meio ambiente, recursos humanos, se for o espaço que significar isso, a participação da comunidade cumprir o seu objetivo, essas comissões estará cumprindo o seu objetivo, esta é uma modesta contribuição que nós gostaríamos de trazer aqui, um pouco da experiência que a gente vive lá no Conselho Nacional de Saúde, muito obrigado.

Jacqueline Dutra: Obrigada Ronald, nós gostaríamos de registrar a presença do conselheiro nacional de saúde Eri Medeiros, na nossa plenária na tarde de hoje, obrigada Eri. Vamos passar para a Alexandra Ximenes que é membro do Conselho Estadual de Saúde e que vai relatar a sua experiência na comissão.

Alexandra Ximendes: Boa tarde para todo mundo, é um prazer está aqui com vocês dividindo experiência da comissão de saúde mental do Conselho Estadual de Saúde. Quando me ligaram para convidar para falar, disseram assim, a agente pensou em falar sobre a importância das comissões nos conselhos. Eu pensei, barbada não é! Fácil falar do que a gente está fazendo. Ai eu comecei a pensar quando estava próximo, o que eu vou falar

da comissão? Eu comecei a me dar conta que não dá para falar de comissão sem falar de conselho. Pensei que falar como funciona conselho no sábado à tarde no final do evento de novo...vamos tentar. Eu pensei, sábado a tarde falar como funciona comissão, já está todo mundo cansado querendo ir embora para a casa para ver marido, mulher, papagaio, cachorro. Pensei que a minha vida estava complicada, mas depois de assistir a fala do Barrichello percebi que a do Barrichello estava pior que a minha. Então nós vamos tentar pensar mais ou menos como eu organizei e de ante-mão falar que eu vou trazer muitas coisas aqui da apresentação da comissão como contribuições de uma oficina que eu fui no início de março representando o Conselho Estadual de Saúde que foi a oficina de financiamento, orçamento da COFIN, do Conselho Nacional de Saúde. E a gente vem completamente afetada depois de um encontro desse e não tem como não colocar para fora um pouco dessa inquietação. Então vou aproveitar para cumprir com a minha função de representatividade, vou tentar estar repassar algumas coisas que aconteceram lá. Funcionamento das comissões nos conselhos de saúde. Meu nome é Alexandra Ximendes. Como falar de comissão sem falar de conselho, impossível, a comissão é um desdobramento do conselho de saúde, e conselho de saúde um desdobramento do controle social. Controle social são conselhos de saúde, são conferências de saúde. Para a gente entender a função de uma comissão a gente tem que entender o campo onde ela está, e o campo onde ela está é esse, dentro de um conselho, no caso na comissão de saúde mental dentro do Conselho Estadual de Saúde, faz parte do controle social. Dentro do regimento interno do Conselho Estadual diz Assim, qual é a função de uma comissão, para cumprir suas atividades e atribuições específicas poderá o plenários do CES por iniciativa própria ou atendendo proposta da sua mesa diretora, construir comissões especiais em caráter permanente ou temporária. A comissão auxilia o conselho a executar suas funções, mas qual é a função de um conselho? Lá no regimento interno diz, funções deliberativas, normativas de fiscalização atuando na formulação de estratégias e no acompanhamento e no controle, avaliação da execução da política estadual de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. Cansei só de ouvir, eu poderia dizer assim, termina aqui a minha apresentação, está explicada a função das comissões. Auxiliar o conselho a fazer tudo isso, durante um ano naquela política, mas enfim vamos adiante. Conselho tem todas essas obrigações, deliberar, propor, avaliar, monitorar,...Olha a importância que tem esse tal de conselho, diz lá na lei: município que não tem conselho de saúde não recebe dinheiro. Gente é muito trabalho, muita responsabilidade para um conselho. A gente já falou aqui da organização do conselho, da legalidade, da dificuldade de organizar. Já foi falado hoje da legitimidade desse

conselho em estar representando a comunidade. Mas eu quero falar em uma outra perspectiva dessa função do conselho que é a potencia do conselho em exercer as suas funções. Se o conselho de saúde tem tamanha importância para as políticas de saúde, o executivo ele está todo atrelado a funções do conselho de saúde, por que nós não conseguimos cumprir com as funções de um conselho? Por que é tão difícil? Por que tanta dificuldade? Eu trago na verdade essa pergunta que a Magda, que é uma psicóloga docente da Universidade do Rio Grande do Norte, que ela coloca assim em outras palavras, parte-se do princípio que uma maior participação em controle social são indispensáveis para promoção de mudanças de serviço saúde bem como nas condições na vida da população, inquestionável. Ela coloca a segunda parte, contudo, se a participação social é fator tão importante, por que raramente se efetiva ou causa impacto na formulação das políticas, e nas práticas da saúde? Por que tem na maioria dos casos tem-se conselhos inoperantes e uma desmobilização que atinge os profissionais e usuários da área da saúde. Não vou falar da organização legal, da paridade, da legitimidade da representação que o Ronald acabou de falar, de o conselho representar sua comunidade. Vou falar da potência do conselho fazer cumprir a lei. Leia-se cumpra-se, é o que o jurídico diz. Como é que a gente faz isso que é macro político que é a lei, que é a constituição, que é a 8080, que são todas as portarias, acontecerem na nossa realidade, nessa realidade micro política nas relações? Como é que a gente faz o gestor respeitar as nossas deliberações? Gente o conselho delibera, as conferencias de saúde indicam as diretrizes, o conselho de saúde delibera e o executivo executa. Como a gente faz com que isso aconteça, como a comissão de saúde mental hoje tem trabalhado para acontecer essas leis dentro da política de saúde mental do estado? A nossa comissão ela é organizada e regida por um regimento interno aprovado em plenária, não é fechada. A composição dela é aberta, se reúne quinzenalmente. Hoje quem participa da comissão é o conselho de psicologia, o CREFITO, o fórum gaúcho de Saúde Mental, o AGAFAP que é associação de usuários, o SIMERS participou em alguns momentos, ela é aberta. As pessoas se indicam, indicam suplente, e podem participar da comissão. Como a gente faz as pautas? São trazidas pelos integrantes, ou indicadas pela plenária. Eu vou dar um exemplo que aconteceu esse ano passado de um trabalho ferrenho que a comissão teve que fazer. Governo do estado, secretário de saúde do estado, lançou a idéia de incentivos financeiros para a comunidades terapêuticas, vocês estão sabendo disso? Vou dizer o que é, são incentivos. Saiu na RBS semana passada usuário de crack trancado em casa, não tem onde atender, e o SIMERS no programa diz assim: a verdade faz bem a saúde, falta leito para internar essas pessoas. Bom, a política de saúde mental do estado que a comissão

ajudou a construir e aprovou lá em 2006 diz que o atendimento em saúde mental que inclui atenção ao álcool e outras drogas, não é limitada a internação, tem outras ações de ampliação da rede. Qual é a rede para atenção de saúde mental? Caps AD, oficinas, ambulatório, internação em hospital geral, residencial terapêutico, enfim, várias outras coisas que está lá aprovada e está na composição. A gente vem acompanhando algumas dessas execuções, muitas ainda não foram feitas, nesse meio tempo o governo diz assim, vamos dar incentivo para os hospitais gerais internar dentro dos municípios. Ok isso estava dentro da política, a gente discutiu, aprovou, a comissão discutiu com representantes da gestão, coisa e tal. Depois veio a ideia de dar dinheiro para as comunidades terapêuticas. Opa, isso não estava na política. Vamos discutir então, ampliou-se a comissão, fez reuniões extraordinárias por que era quinzenal, a gente começou a fazer reuniões mensais, chamamos os trabalhadores em saúde, os usuários das associações, veio pessoal de São Pedro, Alvorada, Igrejinha, o pessoal que trabalham na ponta, e vamos discutir qual é a funcionalidade, a eficiência, o impacto que o atendimento das comunidades terapêuticas vão ter na política de atenção a saúde mental. Conclusão: não é o momento, não é a hora, tem muitas outras coisas que vão trazer mais benefícios para acontecer. Convocamos uma plenária extraordinária para o dia 14 de agosto do ano passado mais ou menos, fomos para a plenária, lotamos a plenária do conselho, e aí lá em discussão com o diretor de ações em saúde, Francisco e outros gestores, os mesmos trabalhadores da comissão explicamos, fizemos o nosso relatório de por que isso, não aprovamos o incentivo financeiro para as comunidades terapêuticas. Resultado, o gestor ignorou, levou para a pactuação da CIB. O que nós fizemos? Fomos para a CIB. Chegamos lá na CIB, o Conselho Estadual de Saúde que tem assento mas não tem voto, tem que dizer que quer se pronunciar sobre aquele assunto. Nós conseguimos a fala, foi questionado qual é a postura do conselho, e nós falamos, falamos, falamos, explicamos tudo que aconteceu, para a nossa felicidade a ASSEDISA concordava com os nossos apontamentos, e aí tinha os contrapontos. E por que isso? Até que alguém diz assim: mas só um pouquinho, o conselho já não aprovou, nós estamos discutindo por quê? Nós vamos passar por cima da decisão do conselho? Alguém diz: não seria a primeira vez. E não seria mesmo. Para a nossa felicidade não aconteceu. O que a gente fez, montou um GT de trabalho para continuar discutindo a proposta. Acharmos que o assunto estava encerrado, até que fomos chamados por esse GT para discutir um dos temas que a gente pretende. No final do ano passado o conselho foi intimado, convocado pela promotoria de direitos humanos para prestar esclarecimento sobre uma ação civil pública. Aí os guris disseram: não alguém da comissão de saúde mental, por que é sobre

atenção de saúde mental, alguém vai. Chego lá, encontro as colegas de Porto Alegre. Para a minha surpresa a pergunta da promotora é qual é a posição do conselho sobre as comunidades terapêuticas? A gente explica tudo e como tem o GT, então a explicação vai continuar no GT, tudo bem. Agora em março quando a comissão retomou as atividades de novo, outra convocação, no meu nome ainda, ao conselho para a coordenadora da comissão de saúde mental. Eu fui. O que é agora, chego lá e ela diz assim: qual é a posição do conselho sobre as comunidades terapêuticas, eu digo é a mesma, mas não tinha o GT? Olha a gente não sabe da formação do GT, não fomos informados, não fomos chamados, não fomos convocados. Então ela referiu que ia chamar o GT e dizer que convoquem vocês. Ai ela diz assim: mas por quê, a promotora Ângela é uma pessoa muito implicada com a política de saúde pública, mas por que Alexandra, em tanto tempo que eu recebo as demandas das famílias aqui, quando eu vejo o gestor fazer alguma coisa o conselho tranca? Lá vai o malvado do conselho trancar. Em um ofício da secretaria estadual de saúde mandou para a Ângela quando ela questionou sobre isso. Diz no ofício que o Conselho Estadual de Saúde é contra o incentivo as comunidades terapêuticas. Ela diz porquê? Angela, não é bem assim. Agora que o gestor se mexeu para fazer alguma coisa. Eu disse que a posição é o seguinte, a gente não tem que contar com a boa vontade do gestor em fazer alguma coisa. A gente tem que obrigar o gestor a fazer aquela lei que nós aprovamos lá em 2006 e que não foi executada. Tem coisas que estão sendo feitas, tem. A gente tem acompanhado, agora como saiu os incentivos para os hospitais gerais, os municípios de vocês devem estar sabendo. Ampliou-se 800 leitos para internação em hospital geral no estado inteiro. Saiu um curso de capacitação paralelo para os hospitais se capacitarem a como atender a saúde mental no hospital. Tem coisas que estão sendo feitas, mais tem coisas que é preciso fazer, e não é por que o gestor está fazendo de boa vontade, não, é a aplicação da lei. Então gente, para que contar essa história. Uma coisa é a gente ter a lei. Como a gente faz a macro política acontecer? Pelo micro, pelas relações, é se fazer presente nesses setores, é propor essa união e estar acompanhando esse processo. Retomando uma das funções do conselho e falando da oficina regional de orçamento e financiamento, lá diz assim, fazer, avaliar...inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. Gente o que eu ouvi lá na COFIN eu fiquei apavorada. Diz assim: conselho que não acompanha e fiscaliza a aplicação de orçamento, fecha por que não é conselho. Conselho tem que ter comissão de orçamento e financiamento. Ai eu pensei, nossa nós lá na comissão e com todo o nosso trabalho muito comprometidíssimo, a gente não faz controle do orçamento, a gente não faz isso não é por falta de vontade é por que a gente não tem acesso a esses dados. Essa oficina nos ensinou

como, pelos sistemas on-line da Internet, o ministério, as câmaras, o SIOPS, auditoria, como a gente tem acesso a esses valores e a aplicação desses valores. Então, essa é a orientação, para ser conselho, para tu ver como está a execução de uma política, o Gilsom falou isso, tu tem que olhar para onde vai o dinheiro. Onde não tem dinheiro não tem política, então tu só vai saber o que está sendo feito se tu acompanhar onde está o dinheiro. Então se tu não tem noção disso, tu não está acompanhando. Por exemplo a saúde mental agora, no final do ano passado, a saúde mental toda do estado era paga toda por FAEC, extra teto (fundo de ações estratégicas), era extra teto não vinha dentro do orçamento do município, agora mudou é MAC, média e alta complexidade, ai falavam, a isso é bom por que dá mais maleabilidade para o gestor aplicar onde é necessário. Ok. Agora se o gestor achar que saúde mental não é necessário, ele não vai aplicar. Por que não está definido mais que é para a saúde mental. Onde é que está definido que é para aplicar na saúde mental? na pactuação. Então assim, muito foi frisado isso nessa oficina em Florianópolis, que a gente tem que ter em mãos o instrumento de trabalho que cada conselheiro, e as comissões mais ainda, no sentido de que sua função é auxiliar o conselho nisso para não estar se perdendo tempo e as plenárias que são quinzenais possam estar passando por detalhes que a gente já pode apresentar, com um estudo mais prolongado das comissões, tu tem que ter em mãos, plano plurianual (PPA), aquele que é de 4 anos mais um ano para a gestão seguinte, lei de diretrizes orçamentárias, lei orçamentária anual, quanto está previsto para este ano. Agora não adianta tu ter o orçamento se tu não sabe onde vai ser aplicado. O que aquele município pactuou de meta para política naquele ano, o plano de ação anual, como é que eu vou aplicar. Tem algum conselheiro de esteio aqui, pode levantar a mão que eu vou falar coisa boa. Eu trabalho em esteio sou coordenadora de um Caps de saúde mental, e lá no município eu ainda não consegui fazer nada dentro do Caps, por que eu não posso mandar a compra de uma borracha se eu não mandar o pedido para o compras com o número de resolução do conselho. Então, eu tenho que fazer um plano de aplicação e prever tudo que eu vou fazer durante o ano. Não que eu não possa fazer outro lá adiante, e rediscutir isso. Mas assim, tem que, vou comprar alimentação, vou comprar material, tem que ir para o compras, resolução do conselho municipal. Como é que eles conseguiram isso gente? Trabalho lado a lado com o legislativo, é lei, a fazenda não aceita, a compras não aceita nada que não tenha resolução do conselho. Relatório de gestão, e ai o relatório de gestão e essa prestação de contas é uma coisa que o relatório de gestão não é prestação de números, a então ta, na atenção básica nós gastamos tanto, na farmácia nós gastamos tanto. Resultados da aplicação: bom, eu apliquei tanto na farmácia e isso teve que impacto,

que impacto teve para a população, diminuição de quanto, qual foi a diminuição da mortalidade, qual foi a diminuição da doença? Não são números como se costuma apresentar, são dados ligados a números. Diz ali, nada pode acontecer na saúde que não esteja no plano. Nossa política de saúde mental, a que nós aprovamos, e nada pode estar no plano sem aprovação do conselho. Incentivo para as comunidades terapêuticas não estava no plano, então não é por que a gente está fazendo frente, é uma boa vontade do gestor, a gente está fazendo frente a boa aplicação da lei. É lei, cumpra-se, não é. A gente tem que trabalhar com os mesmos diálogos. Por que potência? Como é que o conselheiro se implica e se empodera da sua função? A comissão tem esse papel, de estar dando para o conselheiro da plenária esse empoderamento que é da informação. Como é que tu vai avaliar, deliberar...com uma reunião uma vez por mês, como tem conselhos municipais que fazem. Pois é, o conselho de saúde é de 15 em 15 dias, então assim, a comissão tem esse papel de estar informando com mais dados, com mais estudo, com maior profundidade. E como é que a gente faz respeitar isso que é do nosso trabalho, que é do nosso serviço? Ministério Público, ação civil pública, ação civil pública, Por que não tem punição para o gestor que não respeita o conselho, processo neles. Legislativo: Esteio, trabalha paralelo com a câmara de vereadores, conseguiu fazer cumprir. Construção coletiva, os conselhos municipais tem que se reunir com os regionais com o estadual, e informação, informação através de formação, tem que estar por dentro. A gente diz assim, conhecimento de orçamento não é para técnico, é para todos os conselheiros, é de acesso de todo mundo. Então ai queria fazer a nossa propaganda no sentido de que a comissão de saúde mental, e eu enquanto conselheira estadual nessa oficina me coloco a disposição de poder estar em discussões de implementações de comissões, de estar ajudando a construir outros conhecimentos, por que acho que é nossa função também. Dentro da comissão de saúde mental estar fazendo assessoramento dos municípios e inclusive falei com o Carlos sobre a hipótese de nós estarmos fazendo essa interiorização junto com as plenárias dos conselhos. Mas é uma coisa que nós vamos construir, e vamos discutir em uma reunião da mesa nessa quinta-feira. Gente era isso que eu tinha para falar para vocês, que bom que vocês não dormiram.

Jacqueline Dutra: Obrigada Alexandra, bom vamos passar a palavra agora à Maria do Carmo, para a sua exposição.

Maria do Carmo Quagliato: Boa tarde, é uma pena que nós não pudemos participar da

capacitação da COFIN em Santa Catarina, por que isso ia trazer muito mais subsídios para essa fala hoje. Fiquei encantada com a fala da colega, e sinto que vim aqui para aprender e não para passar, por que infelizmente nós estamos passando por um processo onde a gestão não tem deixado que o controle social possa exercer a sua função em seu pleno. Este é o primeiro evento que nós conseguimos nos reunir em Porto alegre, com a nova gestão, por problemas de engessamento do orçamento do conselho, da administração. Sendo assim a gente tinha dificuldade até de falar algumas coisas sem perguntar para vocês onde está a força do conselho realmente? Será que nós temos toda essa força? Como que nós vamos fazer para que ele apareça? Por que no momento que a gente se sente impotente, perante um gestor que acabou de entrar e não nos dá esse espaço para exercer o controle social, isso é muito preocupante. Mas o funcionamento das comissões no conselho que é a discussão da mesa, não vou fugir, é uma das nossas preocupações em Santa Maria. Muitos conselhos de saúde ainda funcionam sem comissões, somente com as reuniões plenárias. As grandes resistências em especial das representações das administrações públicas nos conselhos de saúde, se dá em relação principalmente a criação e a formação das comissões permanente e de acompanhamento, de fiscalização ao processo financeiro orçamentário. Por quê? Por que eles não querem que nós fiscalizemos exatamente esse eixo, e como a colega falou, essa capacitação que eles tiveram em Santa Catarina foi para deixar o conselheiro mais apto a deliberar sobre esses assuntos. O que acontece então? Como o direito foi estabelecido pela lei 8080, o plenário do Conselho Nacional de Saúde com a finalidade de assessorar e fornecer subsídios das discussões com o objetivo de articular as políticas e programas de interesse para a saúde, no âmbito do sistema de saúde e especial, secretaria técnica, saúde do trabalhador, acompanhamento do fundo municipal, ou estadual orçamentário, criou-se as comissões para assessorar o conselho. Essas comissões tem caráter de ajudar os conselheiros a votar sobre os seus objetivos. O que acontece conosco, nós estamos passando por uma fase onde os conselheiros estão muito sem capacitação, a gente chega nos conselhos hoje e a grande maioria dos conselheiros são novos, e a gente vem para uma plenária sem saber exatamente o que eu estou fazendo aqui. Então, hoje nós convidamos o conselho estadual, o conselho nacional, que ajudem os conselhos municipais a se reestruturarem por que realmente nós estamos precisando de capacitação de conselheiros, em todos os segmentos da saúde, por que nós não podemos deixar que o controle social perca o seu objetivo que é assessorar o governo, implementar as políticas e fazer cumprir aquilo que é bom pra a sociedade. Ainda dentro das comissões, é importante a gente ter comissões com assessoramento técnico, com pessoas capacitadas para que

tenham subsídios de ordem técnica, com prazo determinado para funcionar nessas comissões ou não. Mas que nos ajudem a deliberar sobre esses assuntos e forneçam subsídios aos conselheiros para fazer o julgamento das políticas a serem implementadas. Aos coordenadores das comissões e grupos de trabalhos incumbem, esses coordenadores geralmente são escolhidos pelo seu segmento, de preferência com paridade para haver um equilíbrio, organizar os trabalhos, promover as discussões e as condições necessárias para atuação dessas comissões com a finalidade de auxiliar o conselho nas suas deliberações. Apresentar relatório conclusivo sobre a matéria submetida a estudo, dentro de um prazo fixado pelo conselho, acompanhado de documentos que se fizerem necessários para o cumprimento de suas finalidades bem como das atas das reuniões assinadas pelos participantes, para encaminhamento ao plenário do conselho. Tem algumas coisas que eu ouvi na fala da Alessandra que me chamou a atenção: rotatividade de conselheiros, infelizmente nós temos um problema sério que é a rotatividade de conselheiro nos conselhos de saúde, isso faz com que a gente perca a seqüência, o andamento dos questionamentos e o caráter deliberativo. Enquanto conselho, Santa Maria ainda é referência na região, um conselho organizado, participativo e que infelizmente não está conseguindo o seu pleno funcionamento devido a esses problemas de ordem técnica com a gestão. Inclusive se alguém pudesse nos ajudar, se existe alguma lei que garanta ao conselho usar a sua verba orçamentária sem precisar passar pela gestão. Por que nós não estamos conseguindo fazer nada, por estarmos necessitando disso, de uma lei que nos garanta a participação e usar esse orçamento em prol do conselho, para suas capacitações, reuniões, viagens, e que isso depende da boa vontade do gestor para nós estarmos aqui hoje. Acho que era isso, já falaram muito, muito bem, e eu não tenho nada mais a acrescentar, obrigada.

Jacqueline Dutra: Obrigada Maria do Carmo, nós vamos passar então para a Eloísa, 15 minutos.

Eloisa Alencar: Boa tarde a todos, na verdade nós nos inserimos nessa mesa sobre funcionamento das comissões nos conselhos em função da nossa experiência que a Letícia referiu hoje pela manhã na fala dela. A experiência exitosa premiada no prêmio Sérgio Arouca, que diz respeito ao trabalho da nossa comissão de educação permanente do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. Então nós achamos que seria interessante apresentarmos aos outros participantes dessa plenária para que vocês possam compartilhar conosco essa experiência. Na verdade o trabalho que a gente encaminhou lá para o prêmio

ele faz um resgate histórico do controle social em Porto Alegre, entendendo na verdade o conceito de controle social ampliado, não restrito ao espaço do conselho de saúde. Na verdade o controle social na interação dessa instância organizada que é o conselho de saúde, mas que tem que estar em permanente diálogo com os movimentos sociais que acontecem na nossa região, no nosso município. Em 2006 o Conselho Nacional de Saúde aprovou a política nacional de educação permanente para o controle social no SUS, como uma estratégia fundamental para isso, para potencializar o controle social. Nós apostamos nessa tese de que a educação permanente pode ser sim uma ferramenta fundamental para potencializar o controle social. Ampliando a sua importância que passa de um programa de capacitação, acho que muitos de vocês, de nós conselheiros participamos nessa época, um pouco antes de 2006, de programas capacitação a nível estadual e nacional. Mas o programa de capacitação se amplia para o conceito mais ampliado de educação permanente. No conselho de saúde nós criamos a comissão de educação permanente e realizamos o I Seminário de avaliação e planejamento. Hoje pela manhã eu cumprimentei o Conselho Estadual pela sua ação de estar olhando para as suas fragilidades e esse foi o movimento que em Porto Alegre nós fizemos a partir desse seminário de avaliação. Nós decidimos naquele momento fazer uma análise, uma avaliação de como estava o nosso conselho e a partir desse seminário de avaliação e planejamento encaminhamos uma série de modificações, alterações e implementações em nosso conselho que o tornaram mais efetivo. Então nesse seminário se fez a elaboração das bases desse programa de educação permanente. A primeira etapa desse programa se restringiu, se definiu como um diagnóstico, como vocês fizeram aqui no conselho estadual, nós também fizemos no conselho municipal um levantamento junto aos conselhos distritais de saúde. Em Porto Alegre nós temos 13 conselhos distritais de saúde, é uma estrutura bastante complexa. Então a nossa estrutura de controle social exigia de nós um levantamento, um conhecimento a respeito, da infraestrutura, ou seja, como é que eles estão funcionando, se os conselhos tinham sala para reunião, tinham telefone, tinham computador, tinham secretaria, tinham armário, enfim. Esse levantamento nós fizemos em relação aos conselhos distritais e como eles estavam funcionando em termo de regimento interno, de composição das coordenações, se estavam fazendo eleições ou não. Essa análise foi apresentada no seminário de avaliação e planejamento, nesse seminário se tiraram deliberações em respeito a esses aspectos, estrutura, legislação e funcionamento, o nosso conselho tem problemas na sua composição. A nossa lei que criou o conselho é também anterior a resolução 333, o que vai exigir de nós uma alteração a nível de poder legislativo da estrutura da composição do nosso

conselho, que vai nos dar bastante trabalho. Então isso também foi deliberado nesse seminário de que essa é uma ação que nós devemos desenvolver. Com relação a capacitação e assessoria que nós deveríamos então constituir a comissão de educação permanente para elaborar esse programa. Aqui é um slide de uma visita que nós recebemos exatamente nessa época do secretário de gestão estratégica e participativa o Dr Antônio Alves do Ministério da Saúde, que foi conhecer o nosso trabalho. Então quais são os objetivos do nosso programa de educação permanente? Socializar informações, essencialmente isso. A gente sabe que algumas informações, especialmente a respeito das portarias do ministério, elas mudam praticamente a cada dia, mês, tem portarias novas, tem normas novas, e muitas vezes os conselheiros não tem acesso a essas informações. Então esse é um dos objetivos do programa, socializar informações. Qualificar a tomada de decisões no âmbito do controle social para que a ação do conselho tenha o protagonismo que lhe cabe. Não seja apenas homologação da decisão ou vontade do gestor municipal. Aprofundar o conhecimento entre os conselheiros e membros das comissões internas, aprimorando a sua atuação. Muitas vezes se faz uma fala de separar os segmentos que compõe o controle social, e nós achamos que isso é nocivo para o fortalecimento ao nosso papel de conselho. Nós precisamos integrar as contribuições que cada segmento tem para a nossa ação ficar mais qualificada. Ampliar a participação das pessoas em defesa da saúde, ou seja, aumentar o número de pessoas que desejem ser conselheiros de saúde, difundir à sociedade esse papel de controle social, estimular as pessoas de assumir essa função de conselheiro. Ampliar a participação dos conselheiros na organização do próprio conselho, que não seja uma gestão centralizada na coordenação do conselho, mas que todos os conselheiros possam opinar, tenham espaço de participar para alterar inclusive o funcionamento do conselho. Potencializar ação dando visibilidade pública, nós precisamos ser vistos, ser ouvidos pela população. No segundo momento, a partir desse diagnóstico, nós fizemos o programa propriamente dito, aqui vou apresentar para vocês as modalidades de intervenção que nós estabelecemos nesse programa. Um curso de capacitação de conselheiros que já está na sua 4ª edição esse ano, já fizemos três edições desse curso e esse curso implica a confecção de material didático em uma linguagem apropriada. Nós fizemos, nós já temos inclusive para o curso, nós fizemos condensado tipo um livro, um material didático próprio que nós construímos. A participação de pessoas convidadas, que possam falar com especialidade em determinados temas, vídeos, oficinas, isso tudo compõe a metodologia do curso, e o conteúdo é abrangente e passivo de inclusão de temas de interesse dos alunos. Então existe um programa básico, mas sempre que houver

necessidade tem como incluir uma aula ou um ponto a mais para que a gente possa discutir outro tema. Aqui para vocês terem idéia desse cronograma temático, o curso normalmente se desenvolve em 13 encontros à noite, são durante 13 semanas portanto, e são abordados esses temas, a saúde no Brasil, a sua história, que muitos conhecem, mas que muitas pessoas não conhecem, a estrutura e funcionamento do SUS, as suas diretrizes, os seus preceitos, a municipalização, esse processo como é que se deu no Brasil, a regionalização, a territorialização, o que é isso afinal de contas, o que é a necessidade da pactuação entre municípios, o financiamento no SUS, então a gente gasta acho que umas 3 aulas sobre financiamento no SUS, então financiamento de como a gente pode gastar bem para aumentar os recursos que a gente tem. Nós em Porto Alegre temos esse problema, nós até temos recursos no nosso orçamento e eles não são gastos, o plano municipal de saúde, como é que se monta o planejamento, o que é auditoria, controle, avaliação e as centrais reguladoras, como é que isso funciona, a atenção básica em saúde da família, foi um tema que foi incluído pelos alunos, e o controle social no SUS, que é a nossa oficina de fechamento e para a próxima edição nós já temos uma demanda que é a vigilância em saúde que nunca foi incluída antes e vai fazer parte desse temário. Uma outra modalidade de intervenção é o curso descentralizado, por que esse curso de 13 encontros ele é principalmente para os usuários bastante sacrificado, são 13 encontros noturnos, muitas vezes os usuários não tem recursos para se deslocarem para o nosso plenário, o nosso auditório, então por demanda dos conselhos distritais, nós decidimos fazer uma modalidade descentralizada do curso, ele funciona em 2 fins de semana inteiros, nos fizemos uma capacitação, já tem mais 3 agendadas, e passamos os 2 sábados inteiros discutindo o mesmo temário. Porém de uma forma mais sucinta, mais resumida, nós almoçamos todos juntos, nós temos a oportunidade de fazer uma integração entre as pessoas, vão conselheiros às vezes de outras regiões conhecer aquela realidade lá. A outra modalidade são os chamados seminários temáticos, nós fizemos seminários temáticos já em cima de vários temas, os temas são originários de demandas do plenário, ou da própria dinâmica viva do conselho, ou seja, existe uma pauta e a gente deixa a bola picando, o assunto está quente, a gente precisa tomar decisões, a gente precisa encaminhar ações, então o conselho se organiza em cima de um seminário temático que é aberto, não é só para os conselheiros, os cursos também não são exclusivos para conselheiros, e a gente senta então nesse seminário com alguém que a gente convida, alguém especializada naquele tema, e fazemos um debate de um dia inteiro em cima daquele tema. Nós já fizemos então sobre relatório de gestão um seminário, aonde convidamos uma representante, uma auditora do DENASUS ,

que nos assessorou no debate, no que é o relatório de gestão, qual a obrigatoriedade do gestor, informações que ele deve apresentar para os conselheiros no relatório de gestão, por que esse é um debate interminável com o nosso gestor de Porto Alegre. Outro seminário que nós fizemos foi sobre a execução orçamentária, especialmente por que o dinheiro fica parado na conta de Porto Alegre rendendo juros, e outro seminário sobre a saúde da família sobre a questão de quando a saúde da família em Porto Alegre foi passada a gestão para uma OSCIP paulista, não sei se vocês ficaram sabendo disso, mas hoje a atenção básica em Porto Alegre é gerenciada por uma OSCIP paulista e esse assunto virou um debate, um seminário. São reuniões abertas com amplo processo de divulgação e podem gerar encaminhamentos e deliberações posteriores do plenário. E por último as oficinas ou grupos de discussão que são organizados grupos interessados em determinados temas, como por exemplo a discussão do plano municipal de saúde. Então tem um grupo temático de pessoas interessadas e o conselho organiza então o debate, o aprofundamento no tema, e a pactuação dos indicadores do pacto pela vida. É importante que nós entendamos que esse processo de educação permanente ele não se restringe a momentos específicos de capacitação, ele precisa ser um processo permanente e flexível que nós possamos atender as necessidades do plenário, as necessidades dos conselheiros, organizando estratégias, ações que dêem conta do aprofundamento e da qualificação das ações dos conselheiros e seu entendimento sobre aquele determinado assunto, tema, a cada hora. Então não é um programa fixo, tem algumas ações que são permanente, mas na verdade é um processo de educação que abrange inclusive as próprias reuniões do conselho. Era essa experiência que gostaríamos de deixar para vocês, agradeço o espaço para compartilhar com todos.

Jacqueline Dutra: Obrigada Eloísa, nesse momento em que todas as falas foram concluídas nós abrimos a discussão e vamos para as inscrições. Lembrando que cada conselheiro tem 3 minutos para fazer a sua fala conforme regimento. Vamos dar início com o Paulo.

Paulo Michellon: Meu nome é Paulo Michellon, segmento usuário pelo fórum Gaúcho de Saúde Mental, conselheiro estadual de saúde. Eu vejo todas essas colocações, especialmente a questão das comissões, e a questão das representações, mas especificamente das comissões, eu fico pensando na autonomia disso tudo, a gente está acostumado a trabalhar, especialmente em saúde mental, em movimentos sociais que a gente tem uma autonomia. Isso não depende de ponto, vírgula, a gente cria as coisas, gera coisas, gera serviço, gera um monte de coisas importantes nessa área, e como é importante

a questão da autonomia, a gente estava trabalhando isso quinta-feira inclusive. No encontro da associação de usuários aqui. A gente vê essa questão das comissões que é tão importante, tão legal, tão bacana, tem ótimas participações e dali saí ótimas, como tu colocasse Alessandra, só que o seguinte, esbarra em um ponto, em uma vírgula, alguém chama e diz que faltou um ponto lá na lei, que não é bem assim, por que estás fazendo tal coisa, tu tem que dar esclarecimento do que estás fazendo tim tim por tim tim. Tu volta ao trabalho e és chamado de novo, é uma coisa meio que engessadora, engessa um pouco a liberdade que as pessoas tem, acho que é importante que as pessoas trabalhem, acho que é isso mesmo, tem que continuar, mas temos que pensar e refletir até que ponto isso é engessado na outra ponta. Ai chega o estado e diz pra ti não ta certo isso, tem que rever isso aqui por que está errado, só um pouquinho, onde está a autonomia nisso tudo? Isso é uma coisa que eu me questiono, é muito travado por leis, regras, regramento, gostaria que fosse mais livre, mas se a lei funciona assim, então que seja assim, mas é bom que se trabalhasse para que isso fosse mudado. A questão das representações acho o seguinte, existe momentos que a gente representa a gente mesmo, e representando a gente as vezes, não estou dizendo que isso é regra, mas as vezes em determinadas ocasiões, nós representando nós mesmos, estamos representando um coletivo, eu represento o Fórum Gaúcho de Saúde Mental, segmento usuário, mas eu também represento a mim mesmo. São duas coisas que podem estar juntas ai, eu não me represento a mim mesmo, no momento em que eu faço da minha voz, faço do meu projeto uma coisa pessoal, para tirar vantagem para mim mesmo, ai sim está representando a si mesmo, representando da forma errada. Uma coisa é representar um movimento e outra a representar a si mesmo de forma indireta.

Luiz Belletti: Boa tarde, acho que a questão do ensino ficou muito restrita a Porto Alegre, e ai cidades grandes tem mais comissões e tem comissões específicas nesse quadro, agora município pequeno nós temos que fazer essa diferenciação. Diferenciar o que 1 milhão de habitantes do que é cidade com 3 mil habitantes, que muitas vezes não tem os 8 membros para compor o conselho municipal, é uma briga. Muitas vezes essas mesmas pessoas tem que participar do Conselho Municipal de Saúde, do conselho da educação, do conselho da merenda, conselho de assistência. É difícil em municípios pequenos e essa mesa faltou contemplar esses municípios nesse quadro aqui. Acho que seria interessante no que foi falado, acima de tudo, cada conselho deveria ter a sua comissão de fiscalização, de fiscalizar o serviço, de visitar o paciente, de visitar aquele quadro. Eu coordeno a comissão de fiscalização de Pelotas e várias são as surpresas a cada dia que se passa, vou relatar 3

experiências que fiz diretamente, a primeira logo que eu entrei no conselho, uma demanda da promotoria pública sobre um serviço de oncologia, foram me dadas 340 fichas para visitar, visitei umas duzentas e poucas e menos de 20 % consegui, os dados que estavam na ficha com o nome e endereço, com tratamento que o paciente tinha dado, no quadro isso, resultado disso que o serviço foi fechado desarticulado pelo Ministério da Saúde. Segundo, aquelas cartas que vinham do Ministério para os conselhos encontrei um senhora com 71 anos que o hospital tinha cobrado parto normal dos segmentos só tinha o nome da paciente, RG e o seu endereço. Vários casos desse quadro nós encontramos enquanto comissão de fiscalização, e um recentemente que foi encaminhado para a polícia federal. Alguém do setor de auditoria da prefeitura me encaminhou 74 FAAs que era de uma clínica que prestava serviço de odontologia e fisioterapia, encontramos lá, esse paciente foi para extrair e acabou não extraindo o dente, e cobraram dele um processo de tratamento no joelho. Então as coisas mais críticas, então cada conselho tem que ter isso de visitar o paciente, quero voltar aqui, palavras críticas e muitos conhecem, o secretário Francisco Isaías que tem nos negado consideravelmente de nós termos FAAs, e AIH para nós visitarmos isso, diz ele que seriam problemas morais e que nós estaríamos expondo tendo conhecimento do nome dos pacientes, nos negam isso. Infelizmente não temos o apoio do presidente do Conselho Municipal de Saúde para fazer isso, nós temos um debate, uma crítica enquanto fiscalização com a presidência do conselho e com o secretário por todos esses fatos. Para fechar, a CIST que está em vários campos, tem portaria nacional, aqui não se falou nada disso, inclusive o conselho estadual foi alertado pelo conselho nacional de melhorar a sua comissão, então comissões a gente tem várias mas temos que dar prioridades para algumas que precisam trabalhar bem melhor, acho que esse painel tem que voltar em um outro espaço e com mais enriquecimento.

Sandra Perin: Boa tarde a todos e a todas, eu sou Sandra Perin do Conselho Estadual de Saúde, segmento usuário. Represento o GAPA (Grupo de Apoio e Prevenção a Aids), e também com muito prazer do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, onde também tem uma comissão de DST/Aids muito atuante. Vou dividir um pouquinho com vocês a experiências de estar em 2 comissões, comissão de DST/Aids do estado e do município, e essa trajetória toda, do quanto a gente faz marcos, mudanças e influências, e um pouco do que a comissão de saúde mental dividiu com vocês. A gente tem acompanhado a política de DST/Aids do município de Porto Alegre e do estado, através da comissão, esse acompanhamento a gente faz a muitos anos, eu lembro assim de no mínimo uns 10 anos da

gente fazer esse acompanhamento tanto no planejamento de políticas quanto no monitoramento das políticas. Como influenciando e mudando muitas vezes o que está sendo planejado, e dizer para vocês que nesse momento o estado do Rio Grande do Sul a gente conseguiu chegar numa trajetória de não só escrever, monitorar, influenciar, modificar, completamente contrário ao que aconteceu no município de Porto Alegre. No município de Porto Alegre a gente vinha nessa trajetória, vinha acontecendo isso, e neste momento a comissão de DST/Aids do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre está com muita dificuldade de negociar com o gestor, de sentar com o gestor, de trabalhar e de fazer tudo isso que a gente vem historicamente fazendo. A minha fala vem para dizer para vocês que mesmo com toda a atuação, mesmo com toda expertise, mesmo com tudo que a gente vem construindo ao longo do tempo a gente sente o quanto é difícil, o quanto tem retrocessos, e ai eu concordo com a fala do senhor que me antecedeu, e ai dizer assim, e como muitas vezes é difícil ter conselheiros e ter um grupo que possa compor tantas comissões que são necessárias e ai também no Conselho Estadual de Saúde no momento a gente está com dificuldade dessa ação da comissão de saúde da mulher por exemplo que foi histórica dentro do Conselho Estadual de Saúde e que agora a gente está com dificuldade de funcionamento e treinamento. Então ai é muito isso, acho que nós temos que priorizar quais as comissões que são realmente importantes, acho que todas elas são importantes, mas como fazer isso, e como decidir, não é, e como muitas dessas comissões por mais estruturadas que estejam, por mais que tenha participação do controle social as comissões de DST/Aids tanto do estado quanto do município tem uma participação principalmente das ONGS e o quanto muitas vezes a gente esbarra na questão do gestor e como a gente tem dificuldade pra vencer isso através da comissão de DST/Aids do Conselho Municipal de Saúde. A gente teve na semana passada ha uma reunião com o Ministério Público Municipal, Estadual e Federal e agora a gente está conseguindo inclusive que se faça uma auditoria nas contas do município de Porto Alegre no que tange ao financiamento para os programas de Aids, então a gente não conseguiu o diálogo com o gestor, não conseguiu distencionar com o conselho, mas a comissão junto com o conselho foi até o Ministério Público para fazer isso. Então precisava conta um pouco mais dessa trajetória com mais tempo, mas disse que é possível que as comissões tenham sua importância que pode ser um instrumento muito importante de assessoria ao conselho na tomada de decisão e na elaboração de pareceres.

Paulo Humberto: Boa tarde a todos e a todas gostaria de parabenizar o Ronald aqui pela lucidez com que ele falou as questões e principalmente em dois pontos pra mim que são

fundamentais: as comissões devem discutir o específico, não que o conselho não o possa, mas é porque muitas vezes a gente em um conselho de saúde se detém no detalhe, enquanto nós devemos nos deter nas políticas gerais, e não se está faltando medicamento no posto, se não tem um CAPS funcionando, enfim, nas políticas gerais do governo, é isso que o Conselho Estadual de Saúde a partir de agora vai propor para a plenária e vai tentar construir isso em conjunto. Outro ponto que eu achei fundamental é a questão da regulamentação da emenda constitucional 29 que esta no congresso nacional e que nela está embutido é tirar o caráter deliberativo dos conselhos de saúde e para mim isso aí é no momento em que nós defendermos, e nós estamos defendendo a regulamentação da emenda constitucional 29, nós temos que ter o cuidado para que isso não passe, porque se isso passar nós vamos virar meramente consultivos. Dizer para os companheiros e companheiras aqui que o Conselho Estadual de Saúde desde o ano de 2003 assumiu esse protagonismo e entrou na justiça, representou o ministério público, entrou na justiça contra o governo do estado e já tem seu primeiro ganho de causa no ano de 2003, em grau de relação final o estado não pode mais recorrer aqui somente no STF, quero dizer, estamos avançando, agora se nós esperarmos somente pela regulamentação da emenda posicional 29 nós podemos demorar 20 anos e isso não acontecer essas são as minhas contribuições que eu tenho a dar aqui para vocês, obrigado.

Leocádio Rodrigues: Boa tarde a todos e a todas meu nome é Leocádio para que fique gravado, mas já nos apresentamos aqui, muito tempo teve uma discussão aqui sobre associações de saúde mental, graças a Deus já estou fazendo uso do curso de inclusão digital que nos fizemos e é essa parte que a gente passa a conhecer os erros e os acertos que tem na saúde mental eu me deti mais em abrir todos os programas da internet. Constatei um erro que pra mim é grave onde tem, nós temos em Porto Alegre 30 CAPS, 1 em Viamão, 1 em Caxias do Sul, 1 em Pelotas, está na Internet, 30. Como é que vai se trabalhar com as informações erradas. Cara então isso podia ser corrigido e tem muitos CAPS que não vai buscar seus recursos, que tem direito. Tem um programa volta para a casa e tem CAPS e tem CAPS que eu acho que não tem, eu vou cortar um pouquinho porque o tempo é curto pra relata isso aqui. Isso é uma injustiça que está se fazendo com a saúde mental porque as drogas estão aí, eu falo porque já 3 ou 4 não tenho conta de quantos réus foram parar lá no tribunal pra ser julgado, foi para o banco de réus porque usa droga, usa bebida alcoólica, praticamente uns mortos vivos que não sabem o que fazem e falta um acompanhamento e é preciso sim que invista mais nisso aqui pra que tenha mais assistência, que tenha mais

atenção pelas pessoas fazendo nosso trabalho, não é só julgar as pessoas. Julga o crime, mas nós temos que julgar que é o porquê que ele está cometendo esse crimes porquê. É por falta de abstinência então é preciso sim que não só se combata o traficante mas é preciso combate sim a falta de assistência que essas pessoas tem, porque eles tiram vidas. Nós julgamos um rapaz lá em Viamão que cometeu dois crimes e ele foi abandonado porque saiu, conclui a pena dele, saiu do presídio e não teve um acompanhamento sequer, e a gente abrindo vai pra Internet, a gente vê aquele programa de volta para casa, que ele tem um acompanhamento e porque então quero dizer, que corrijam isto aqui, que coloquem lá na internet de forma correta, que a gente possa discutir aqui sem falta de informações, por informações que não são corretas, obrigado.

Avelino Rodrigues: Boa tarde companheiros e companheiras. Eu me escrevi aqui mais na verdade depois que ouvi a palestra da nossa companheira de Santa Maria, a Maria do Carmo, que ela levantou aqui uma questão que eu penso que é muito importante para a gente analisar que é questão do engessamento por parte do gestor. E ai estava me lembrando o seguinte, o ano passado foi um ano eleitoral mudaram vários prefeitos, foram reeleitos vários prefeitos também, alguns autoritários que nunca fizeram nada pela saúde e vão continuar fazendo nada também, e outra, além de não fazerem nada, querendo atrapalha aqueles que muito pouco tão fazendo na base do sacrifício que é dos militantes através dos seus Conselhos Municipais de Saúde. Então no meu entendimento aqui é uma coisa grave, no ano que vem tem eleição de novo, ai são as eleições gerais e ai alguém falou na parte da manhã da questão política partidária, de não misturar e tal, e que aqui é política de saúde, é verdade, aqui é política de saúde, mas nós não somos cegos e nós sabemos que a maioria das pessoas aqui tem algum vinculo com algum partido, com algum político e na sua maioria o que a gente tava vendo lá no Senado, na Câmara Federal, uma cambada de safado, claro que com exceções, mas é por isso que eu acho fundamental, é por isso que eu me inscrevi, por que nós temos também que discutir nos Conselhos Municipais de Saúde, é onde a base do movimento de hoje, uma consciência política dos nossos militantes da saúde, de que seja discutido com a comunidade também, porque as pessoas, inclusive nós aqui, temos que nos educar e aprender a votar, e saber em quem é que nós estamos votando, porque muita gente e eu sei que isso ai vocês já viram no dia-dia e em varias campanhas, que é meramente a questão de votar, é o compromisso dele votar numa pessoa, colocar lá, seja lá que cargo for, município, estado ou federal e terminou o negócio. Nós temos que aprender a saber analisar a candidatura de todo mundo, independente de qual

partido é. Mas tem que saber qual é o compromisso que essas pessoas tem conosco. Olha a farrá que estão fazendo com o dinheiro dos trabalhadores, dos que pagam realmente, porque eles raramente pagam, o Fogaça aqui em Porto Alegre recebeu não sei quantos mil para gastos com atendimentos médicos para família dele e não é mais senador. Ai nós chegamos aqui, vemos a maioria dos companheiros falar que não tem dinheiro, falta dinheiro, mas como é que falta dinheiro só pra quem é pobre, só pra quem ganha um salário miserável e para eles lá que trabalham terça, quarta e quinta. Para concluir, tem dinheiro sobrando, se reunir meia dúzia aumenta o salário, se reunir meia dúzia bota um cara lá de diretor porque é cupincha deles. Então gente vamos criar uma consciência política também, vamos lá pra base do município que é onde a maioria das pessoas andam matando cachorro a grito e vamos cobrar desses caras lá. No meu município é uma reunião por semana da câmara, estamos lá movendo uma ONG para requerer uma prestação de contas, acho que todo mundo tem que fazer isso se não nós vamos continuar se reunido aqui, vamos voltar para casa dizendo que eles continuam ganhando bem, acho que ta na hora de criar uma consciência crítica apurada e que cobre e faça valer o nosso direito de cidadão. É isso, muito obrigado.

Odil Gomes: O nosso Conselho Estadual de Saúde está tentando fazer com que o funcionamento das comissões, façam o seu trabalho para que a após então seja a nossa comissão permanente de fiscalização, que essa é de lei, e que foi instituída na própria lei, que é a comissão permanente de fiscalização, então aqui a gente vê o quanto tem de importante esse trabalho de formiguinha que é feito pelo pessoal das comissões, não é, pessoas que trabalham dentro das suas áreas que formam o seu trabalho e após então, fazem com que a postura da comissão permanente de fiscalização não vá sair por ai, atacar coisa que não deve, mas sim aquela que é necessária, nós temos bastante dificuldade na formatação e no grupo maior da comissão permanente de fiscalização. Essa tem sido uma luta de muito tempo, temos pedido, implorado praticamente que indiquem mais pessoas para fazer parte da comissão permanente de fiscalização e não se tem conseguido, e olha, não é tão fácil de se encontrar pessoas e principalmente quem se disponha a representar o Conselho Estadual de Saúde quando vamos nas cidades de interior, temos visitado um bocado de municípios, mas sempre com dificuldades, até mesmo na locomoção pra se deslocar pra certos lugares. Então a gente fica preocupado que esse trabalho, a importância, a magnitude que tem um trabalho de comissões. Um que vem, defende a questão da Adis, outro defende as questões gerais e nós não temos conseguido para nós a comissão

permanente de fiscalização que se possa ter um quantidade suficiente de pessoas que façam parte permanente, que senão nós estamos patinando sempre. As denúncias chegam com grandes quantidades, a primeira coisa que fazemos é comunicar o município no interior para que lá no município do interior seja feita essa investigação pra quando chegarmos lá procurar, o que acontece. Nós há 3 anos tivemos no município de Rondão, Ponta Alta e de Pinheiros, levantamos coisas que estarreceu o cabelo das pessoas naquelas três cidades. Fazem 3 anos e até o presente momento nós não temos ainda uma definição do que poderá haver de punição. Agora recentemente, não vou disser o nome porque é um município que ainda está na fase de entrega dos documentos para a doutora Aglaé, e bem como para o sindicato que levo para a promotoria pública, até mesmo o computador que vem como uma ferramenta pras pessoas adquirirem conhecimento, até o computador foi surrupiado e só foi recuperado na delegacia. Obrigado.

Eni: Embora seja o meio da tarde eu quero cumprimentar a mesa, cumprimentar o conselheiro nacional. A gente fica muito feliz com a tua presença aqui e parabenizar todas as palestrantes e também extensivo a todos os presentes aqui. Eu estava fazendo uma reflexão a respeito do controle social ouvindo a palavra a importância das comissões e cheguei a pensar assim, cada um de nós, cada conselheiro é uma célula do controle social, em conjunto, através das comissões, formam os órgãos do controle social e estes órgãos, eles tem que estarem funcionando com muita qualidade, com muita saúde para que realmente se possa ter um controle social forte que possa atuar com sabedoria para que então possamos atingir os nossos objetivos que é o controle social, que é garantir as políticas públicas realmente que venham a atender a saúde do povo brasileiro. O conselheiro Odil falou da dificuldade da comissão de fiscalização e que isso não é só privilégio só do conselho estadual, isso é muito grave, é de todos os conselhos, o que não é só da comissão de fiscalização, e que não é só de um GT que se cria, que nós também temos no conselho estadual, o GT dos conselhos regionais e também temos dificuldades mas então aqui a mais tempo, nós temos é feito uma reflexão buscando novas idéias para esse fortalecimento e me passou que nós temos que buscar a garantir a participação efetiva dos conselheiros nas comissões. Seria o que, colocar no regimento dos conselhos entendo assim, cada entidade que ocupar cadeira no conselho deverá participar através do seu titular ou seu suplente no mínimo em uma comissão do conselho com certeza vai colocar os conselheiros das entidades nessas obrigações. É essa sugestão, que eu estou dando e pra terminar, eu vou fazer aqui uma avaliação também e eu gostaria que os conselheiros ai me ouvissem porque

é uma contribuição para o conselho de vocês, não só para o conselho estadual, e nós temos uma dificuldade que é a participação da questão da pontualidade dos conselheiros nas plenárias, cada um chega a hora que quer e sai a hora que quer isso não é lutar para o controle social. Obrigado.

Custodio: Boa tarde companheiros e companheiras, quero saudar a mesa parabenizá-los pelos trabalhos de hoje porque pra mim que venho do município de Campo Novo, meu nome é Custódio Ângelo de Amorim faço parte do Conselho Municipal de Saúde e estamos aqui representando, eu e a doutora Vera, e uma coisa que me chama muita atenção e eu tenho observado muito é no hospital de Campo Novo, nós temos dois médicos, um médico e uma médica, e onde é dado 12 fichas por manhã e 12 pela tarde. Eu fico triste quando chego no hospital e vejo aquelas 12 pessoas sendo atendidas, mais 30, 40 esperando. Nós somos um município pequeno, 5,600 habitantes mais ou menos, então eu gostaria que se alguém pudesse me informar qual é a quantidade mínima que o médico do PS pode atender por dia, porque são 12 fichas e mais 2 de emergência, então pra mim como conselheiro, e outra é muito importante saber para que eu possa passar para a população, eu tenho, eu sou presbítero de uma igreja da Assembléia de Deus em Campo Novo e nós temos tentado passar para os usuários, para o pessoal da comunidade o que é um Conselho Municipal de Saúde, no meu modo de ver 99% não sabe o que é um conselho municipal. Porque eu estava dizendo, nós somos que nem uma câmara de vereadores, somos a segunda câmara, porque todo o trabalho deve ser aprovado pelo conselho, sim ou não, toda a gestão, todo o trabalho do secretário ou secretária tem que ser aprovado ou não, depende do conselho, e nós temos que respeitar o conselho de Campo Novo. Na primeira prestação de conta, nós já barramos, voltamos, acertamos, mas vamos ver desde o começo, trabalhar seriamente sem ressalvas, para que depois nós tenhamos a hombridade de começarmos a aprovar certos projetos, prestações de contas do terceiro, do quarto trimestre, com ressalvas. Nós temos que mostrar que nós estamos ali para trabalhar, para colaborar. Outra coisa, só me permita mais um minuto, eu quero dizer que fiquei triste ontem porque a maioria das autoridades que aqui prestaram suas falas, a maioria infelizmente estavam tratando de política. Eu sou sindicalista, eu era vizinho de vocês aqui, fui diretor 20 anos do sindicato da alimentação de Porto Alegre, então a gente conhece, mas a maioria de muitos conselheiros de municípios pequenos como Campo Novo não sabem, mas pelo modo, pela maneira que foi tratado, uns acusavam o Lula, outros defendiam a Yeda e a saúde? E os conselhos, só foi falado depois. Eles estavam preocupados, era em promoção do seu partido e eu acredito

companheiros porque aqui tem muitos sindicalistas e isso nós temos que repudiar porque nós viemos aqui pra defender a saúde e eu acredito que a maioria dos conselheiros que aqui estão, não ganham nada, não são funcionários públicos, são com recursos próprios ou do gestor, obrigado.

Jacqueline Dutra: Obrigado a todos, nós vamos passar imediatamente as considerações finais dos nossos palestrantes e vamos fazer como nós fizemos na primeira mesa com a ordem inversa dos trabalhos, o último que falou começa com as suas considerações e cada um terá cinco minutos para as suas considerações.

Eloísa Alencar: Bem eu gostaria de concordar com o primeiro conselheiro que falou, acho que foi o senhor de Pelotas, isso com relação a importância que tem a comissão de fiscalização no conselho de saúde, acho que nós talvez tenhamos falado pouco sobre isso mas na verdade, nós também em Porto Alegre sabemos que esta comissão de fiscalização é estruturadora da ação do conselho de saúde e temos algumas dificuldades com a nossa comissão de fiscalização, mas nós a partir, inclusive desse processo de educação permanente, nós remodelamos a comissão de fiscalização num formato que pode ser interessante como uma experiência, inclusive para outros conselhos. Havia falado o seu Odil também, como é que a gente ampliou a nossa comissão de fiscalização em Porto Alegre, agregando as representações locais, ou seja, os conselhos distritais encaminham nomes de pessoas que são componentes da comissão de fiscalização, que fazem então a fala e a versão do usuário local, com os representantes, principalmente das categorias de trabalhadores, então os conselhos regionais os sindicatos de categorias também encaminham representações e a gente assim como conseguiu compor as comissões, a nossa comissão de fiscalização hoje deve ter mais de 30 ou 40 membros que não se reúnem sempre todos, mas na verdade em função de determinadas demandas, se reúnem as pessoas, é um grupo que é inter volante e ela ganhou potencia, então essa é a contribuição que eu queria fazer e dizer também que acho que as comissões, elas na verdade são as estruturas que podem manter mais vivo o movimento do conselho, desde que a gente não engesse as comissões com determinados requisitos, para que se faça parte de comissões o nosso regimento interno, ele propõe, prevê a participação de pessoas indicadas ou convidadas de entidades por exemplo, expor em uma determinada área mas que não necessariamente conselheiros do conselho de saúde, então isso também amplia o espaço de participação de pessoas, sem vincular burocraticamente a função de conselheiro, então são

algumas sugestões, experiências que a gente deixa à disposição, obrigada.

Maria do Carmo Quagliato: As minhas considerações finais vão direcionadas a educação permanente, acho que isso é a base do conselheiro. Acho que os conselhos ainda estão em fase de crescimento nesse sentido, nós principalmente. Gostei muito da sugestão da conselheira que falou que cada entidade deveria ter um conselheiro nas comissões, eu acho que isso é muito importante porque as comissões se repetem, os mesmos conselheiros participando de varias comissões e isso sobrecarrega demais os conselheiros, e outros ficam lá, só de longe, e mais uma vez então a gente tem que trabalhar para viabilizar o orçamento e o descendente dos conselhos municipais de saúde para poder realmente fazer o seu papel deliberativo fiscalizador, é isso.

Alexandra Ximendes: Bom, então assim eu acho que, rapidamente, eu acho que o Paulo traz a questão da autonomia. Acho que com muita propriedade, acho que a autonomia dos conselheiros em seus trabalhos, a autonomia da comissão e a autonomia do próprio conselho. A colega de Santa Maria coloca até onde essa autonomia é possível esta sendo enterrada pelo gestor, assim não é. O Belletti traz a coisa dos municípios pequenos, que a nossa fala fica muito centrada em Porto Alegre, em estados, municípios grandes, concordo em gênero, número e grau Belletti. Isso é uma deficiência nossa e acho que isso está sendo discutido no momento que a gente que busca justamente essa interiorização, porque eu muito sinceramente não tenho conhecimento dessas unidades, dos municípios menores e do interior. Eu acho que é realmente uma coisa que a gente tem que construir, quem acessa a nossa comissão, são realmente pessoas que estão próximas da região metropolitana e é uma deficiência que a gente tem que corrigir isso. A Sandra traz a coisa de como constituir essas comissões, são muitos programas, muitas atividades, a comissão de DST/Aids que é uma comissão muito atuante no conselho estadual, mas como a gente discutia essas outras coisas dessa especificidade é preciso uma comissão para cada programa, é preciso uma comissão para cada assunto, como é que se faz isso? Eu acho que a Eni traz uma sugestão e está lançado o desafio ai para a gente poder fazer esse comprometimento com conselho de que os conselheiros possam estar integrando suas comissões. Assim, eu acho que quando eu falo de uma implicação desse conselheiro no conselho, de uma potencia, de uma apropriação, eu acho que estou falando para as pessoas certas que resistem até o final do sábado a tarde do trabalho. A gente precisa dessas pessoas resistentes e de estar levando essa implicação, assim de ter esse comprometimento. O Leocádio quando traz os dados da

saúde mental de serviços, os dados errados não sei Leocádio, a gente pode ver isso, estudar, discutir, o estado tem mais de 120 CAPS. E como é que a gente faz isso funcionar? Como é que faz os programas funcionarem? Uma discussão que a gente teve com o gestor, a gente esta dando incentivo, é os municípios que tem que querer que os serviços funcionem. E ai, mais uma função das comissões de estar levantando os dados epidemiológicos, saber de quantos que o médico tem que atender, quantos habitantes ele atende, qual é a necessidade de serviço e a comissão estar tencionando junto ao plenário do conselho porque o conselho está pressionando o gestor para abrir e implementar esses serviços. Nós discutimos, eu acho que o gestor estadual quando ele fala isso, ele está na sua propriedade que disse, a gente incentiva, a gente fala, incentiva da importância, a gente fala que é necessário, mas o município tem que querer esse serviço. Tem que entender que é necessário que o conselho tenha essa função. Desculpa a fala das colegas de Porto Alegre, mas eu acho que a gente tem se visto muito ultimamente e é um elogio, assim, nós falávamos do nosso encontro. Nessa última reunião da promotoria, depois eu perguntei: como é que continuou a reunião? Elas me disseram: olha a gente vai tanto lá duas, três vezes por semana, que a gente está achando que vai ser convidados para o amigo secreto do final do ano! Então é isso infelizmente assim, inevitavelmente é uma das nossas maiores saídas, o município não está bancando o orçamento, para o conselho funcionar, vai pro Ministério Público. Entendeu? A gente tem que busca esses poderes para estar fazendo não é. Acho que a promotora hoje de manhã também colocou isso, somos parceiros em estar exigindo o cumprimento, porque é de nosso interesse que o conselho, que o controle social esteja fortalecido, a comissão permanente de fiscalização enfim, tem que atuar particularmente também na linha do raciocínio da Eni, que todas as pessoas que compõe essas comissões, que ou tem interesse em determinada área, devem compor essa comissão de fiscalização ou a comissão de fiscalização deve compor a comissão de saúde mental. A gente não pode fazer serviços separados, as coisas devem estar integradas, de repente isso facilite também a composição, organização dessa comissão no estado e a gente tem que ver outras alternativas para o interior, então acho que assim tentei trazer um pouco de cada uma das falas de todo mundo espero ter contribuído. Obrigada pela atenção eu espero que a gente se encontre de novo. Demandem, sempre que for necessário para comissão de saúde mental, qualquer informação, discussão, nossa presença, venham para as nossas reuniões quinzenais, o calendário de reuniões está no site da Secretaria do Estado de Saúde, estamos abertos, mandem pauta por email: meu município está com tal problema...a gente pauta, a gente da a devolução, a gente quer que justamente as que as pessoas, a gente

quer tema e assunto para discutir e poder trabalhar, boa tarde, obrigada a todos.

Ronald Ferreira:Primeiro gostaria de agradecer o conjunto das contribuições e gostaria de começar a avaliação a respeito do debate, dizendo que eu sou servidor público estadual, sou farmacêutico lá em Santa Catarina e atuo em um laboratório em um Lacem, no controle de qualidade de medicamentos em um laboratório de físico química, tem uma certa relação bastante próxima com a física, e a física tem algumas leis que foram descobertas ai por alguns cientistas, entre as leis tem uma lei chamada lei da inércia que diz que o corpo tende a manter-se no mesmo estado, é uma tendência, uma lei da física e essa lei da física é uma lei que se aplica também nas relações sociais. O Brasil levou quarenta e cinco anos para contratar no seu documento maior, na constituição o que a Europa e boa parte do mundo civilizado já tinha feito em quarenta e cinco, após a segunda guerra mundial, no sentido de organizar como é que é o processo que as pessoas tem que se relacionar como é que as regras que as pessoas tem que se relacionar. Só em oitenta e oito se trouxe direitos, esse processo, viu Belletti, esse é um processo que acontece e tem dificuldade essa lei de se aplicar no grande e pequeno município ou vai dizer que o problema do patrimonialismo, o problema do prefeito que se elege nas cidade grande onde o tio, o primo, todo mundo lá na base do paternalismo, como se aquilo fosse propriedade sua. Isso não acontece no pequeno município, é a mesma ou seja, os determinantes do processo e o que nós estamos discutindo aqui é poder político e nós precisamos entender que o advento do controle social é uma possibilidade de ter esse relacionamento político na sociedade um pouco mais republicano, um pouco mais democrático. A possibilidade de outros autores e outros interesses, e interesses públicos estão em jogo, porque o que é o determinante no processo do funcionamento e na grande contradição do conjunto de demandas, que são colocadas? Porque não é só a fiscalização Batista coloca em questão que a prioridade é fiscalização, também, mas tem o que conta que a polícia federal, nós temos o TCU, nós temos o CGU, a CGU contadoria geral da união, nós temos o Ministério Público, nós temos a vigilância sanitária, nós temos o sistema nacional de assessoria, ou seja, instrumentos de execução dessa ação, existe um monte. A questão central do conselho das comissões do conselho é dar lastro político e política não necessariamente política partidária, mas também, porque não política partidária? Em alguns momentos a política partidária sim, porque alguns partidos, as propostas, os interesses de um determinado agrupamento, na cidade, no município ou no estado vai se organizar e disputar os espaços políticos através de partido. Em alguns momentos tem que se discutir também isso, quando for, não há pecado nessa

possibilidade, porque o debate como é democrático muitos podem não concordar comigo, mas essa é a minha opinião, o debate do controle do espaço social é o debate político e uma questão importante que corre o risco de confundir conselho com executivo, porque há uma possibilidade muito grande de achar que o conselho, o conselheiro vai ser o gestor, vai ser o executor da política, vai ser o que vai tocar. Ai o que acontece com essa visão? Esquece de um espaço privilegiado de política em que o povo brasileiro tem muita experiência, qual o espaço privilegiado da política, a rua, a rua é um espaço também da ação política. Agora depois de amanhã aqui em Porto Alegre e nas grandes cidades do Rio Grande do Sul com certeza as centrais sindicais, as organizações estudantis vão para as ruas dizendo que não querem, que quem pague essa crise econômica que está acontecendo seja os direitos dos trabalhadores, está ai a CUT, CPB, força sindical, UNI, MST, um conjunto de organizações e que o controle social, as entidades, as organizações do povo também que estão nesse espaço de buscar garantia de direitos. Se a bandeira é garantir direitos, tem que estar presente. Há necessidade de entender que o espaço das comissões e o espaço dos conselhos, na leitura desse conselheiro é um espaço de acumulação de força política para um conjunto de interesses, o interesse público, o interesse da justiça social, o interesse em utilizar os recursos fruto do trabalho brasileiro. Para atender a maioria para atender quem dela realmente precisa, eu acho que estamos avançando muito em espaços como esse demonstra que o caminho de ampliar a democracia, ampliar a participação popular pode ter resultados importantes, o sistema único de saúde por mais que esticado que seja, ele é o que é hoje, tem os louvores que ele tem hoje, graças principalmente ou quase que exclusivamente dessa possibilidade de o povo brasileiro participar dos seus espaços e poder defendê-lo. Então eu queria deixar aqui uma saudação e agradecer a paciência de ter ouvido a gente aqui nesse sábado a tarde, muito obrigado .

Jacqueline Dutra: Gostaria de agradecer a participação de todos, Ronald que se dispôs prontamente quando foi convidado a participar dessa mesa, as colegas de Santa Maria, Conselho de Porto Alegre e a representante do conselho estadual Alexandra, Maria do Carmo e Eloísa por terem contribuído aqui, relatando as suas vivências e as suas experiências no trabalho das comissões. Bom estamos neste momento então desfazendo a mesa e de imediato vamos passar para o próximo ponto, antes porém eu gostaria de colocar aqui que nem todos os conselhos retiraram os envelopes com o material para levar para o seu conselho municipal, então eu vou citar os conselhos que não retiraram ainda, Bom Principio, Coronel Bicaco, Erechim, Esmeralda, Giruá, Gramado, Igrejinha, Jaguarão, Monte

Negro e Nicolau Vergueiro, por favor os representantes destes municípios procurem a secretaria lá no local onde se inscreveram para retirar o material. Bom o próximo ponto é a eleição do coordenador de plenárias. Nós nesse momento vamos estar recebendo os conselheiros que se colocam a disposição para concorrer a coordenação de plenária cargo esse que eu ocupei até o dia de hoje, a eleição procede da seguinte forma, os dois conselheiros mais votados serão titular e suplente para coordenação de plenárias, nós temos neste momento dois conselheiros que deixaram a sua inscrição para concorrer que é o conselheiro Anibal de Cachoeira do Sul, desculpem e o conselheiro Paulo Humberto do Conselho Estadual de Saúde, vice-presidente do Conselho Estadual de Saúde. Há algum outro conselheiro disposto a concorrer? Uma questão de ordem.

Paulo Humberto: Bom gostaria de colocar que embora eu tenha colocado o meu crachá ali o nome que nós conversamos, algumas pessoas conversaram para que pudessem representar o Conselho Estadual de Saúde a nível nacional é o nosso presidente Carlos Ebeling Duarte, que ele não se encontra no momento tendo em vista que ele teve que se deslocar para Pelotas, tendo em vista o falecimento de um familiar seu. Nós estamos colocando então com a autorização dele, com um grupo de pessoas que discutimos esta questão, o nome do Carlos Duarte para concorrer.

Jacqueline Dutra: é de entendimento para a plenária que nós possamos aceitar a inscrição de um candidato que está ausente?

Paulo Humberto: é assim o conselheiro Carlos Duarte participou de todo debate e toda plenária, não seria justo para com ele que colocou o nome dele a disposição e o que aconteceu foi um imfortuno da vida. No último momento que ele não possa se candidatar a essa questão, eu coloco então a deliberação dessa plenária, não é gente, não é assim.

Jacqueline Dutra: Bom, há um entendimento então dessa coordenadora do processo de que devemos colocar a avaliação da plenária se aceitamos ou não o nome de um candidato a coordenador ausente.

Adalgisa: da forma como esta sendo colocado e sempre lembrando aos conselheiros que uma coisa é o que se diz ser, outra coisa é como se diz, Carlos Duarte esteve conosco, presidente do Conselho Estadual de Saúde desde ontem de manhã até agora quinze

minutos atrás, vinte minutos atrás que ele teve que sair para acompanhar a irmã dele a Pelotas, para acompanhar o enterro de sua única tia, irmã de seu pai viva, e a mãe dele não pode estar nesse enterro porque está doente e seu pai tem que ficar com ela em Porto Alegre. Então é por esse motivo que ele não pode estar aqui e ele coloca o seu nome a disposição da plenária, nós estivemos hoje durante o dia conversando com algumas pessoas sobre a possibilidade do Carlos ser o nosso coordenador, eu já fui presidente do Conselho Estadual de Saúde e coordenadora de plenária acho que é um trabalho importante que nós podemos acumular sim e o Conselho Estadual de Saúde deve encaminhar as questões da plenárias e é por isso que nós estamos colocando, não existe nada de imoral nisso, morreu a tia dele nesse momento e ele teve que se deslocar. É uma questão de humanidade nós estarmos aqui defendendo o nosso companheiro que teve que se afastar por uma situação tão inusitada da vida, só isso.

Jacqueline Dutra: bom, entendendo essa situação, mas também entendendo que ocorreu houve manifestação do pleno nos dois sentidos em acatar e não acatar essa situação, e até por encaminhamento de que votássemos, eu estou entendendo que se fizéssemos dessa forma. Mas tem pessoas se colocando para falar, eu acho que houve defesa de que se voltássemos neste momento na ausência de um dos candidatos, é do meu entendimento que se abrisse uma defesa de que não se votasse na ausência deste candidato, nesse momento então é do meu entendimento que se fizesse dessa forma, não sei se a plenária também entende assim, fazemos assim então? Precisamos de alguém que faça a defesa de que não se aceite o nome deste colega conselheiro por ele estar ausente neste momento.

Francisco Roig: Senhores conselheiros lamentavelmente o regimento interno não previu essa situação, porém nós somos acostumados a participar em todos os momentos em que há escolhas para representações ou para delegações e sempre se respeitou aqueles delegados que participaram até o fim das plenárias. É um ato fortuito concordo, agora não justifica que nós vamos desrespeitar todos os momentos em que nós estivemos escolhendo delegados para qualquer tipo de evento e no regimento interno sempre se exigiu que ele estivesse presente na hora da escolha, então eu acho que nós temos que dar preferência para aqueles candidatos que por felicidade aqui se encontram, brigado.

Jacqueline Dutra: Bom eu agradeço, pergunto se a plenária se sente esclarecida e está pronta para votar a este respeito, sim? Bom aqueles que concordam com a colocação do

nome do presidente do conselho, estamos em regime de votação do conselho, desculpem, quem concorda com a colocação do nome na ausência dele, por favor levantem seus cartões, eu acho que dá para fazer por contraste tranqüilamente, aqueles que não concordam com a colocação do nome na ausência do candidato, por favor levantem seus cartões. Bom a uma indicação aqui na frente de que nós devemos contar então por favor vamos repetir a votação, aqueles que concordam com a colocação do nome do Carlos na ausência dele neste momento por favor levantem seus cartões e mantenham os cartões levantados para serem contados, por favor aqueles que não concordam com a colocação do nome do Carlos na ausência dele neste momento por favor levantem os seus cartões e mantenham levantados. Bom então é do entendimento da plenária que possamos manter o nome do Carlos na ausência dele, neste momento, bom é de praxe isso, é agora uma questão que vai ficar um tanto quanto complicada porque o candidato está ausente, mas é de praxe que os candidatos tenham a palavra. É, outro candidato falar pelo outro candidato é complicado, então nós temos a colocação de que temos um tempo, temos uma questão de ordem:

Paulo Michellon: assim como a gente aceitou um candidato ausente, até votei que Carlos pudesse se candidatar, na sua ausência eu também aceito de que na ausência dele um outro representante que está representando ele que colocou o crachá por ele, pode também fazer a fala porque ficaria desigual, um falaria e não teria ou então ninguém falaria porque ficaria desigual, não teria defesa.

Jacqueline Dutra: pessoal é muito complicado a gente ter uma pessoa falando por outra, questão de encaminhamento.

Francisco Arduim: pessoal vamos fazer o seguinte, vamos com tranquilidade interpretar e pensar o seguinte, tem o estatuto, tem os regulamentos, a gente está abrindo mão, é excessão como foi agora, tudo bem, é muito amigo, gosto muito dele, ele podia ter ficado um pouco mais e ido, já está morto, mas tudo bem, foi, vamos respeitar a dor do pessoal que é o seguinte, se ele é candidato aqui, se apresenta um candidato que vai fazer duas vezes a mesma proposta, aí o outro candidato fica prejudicado, eu acho que é uma irresponsabilidade até com a própria proposta dele, seriedade e responsabilidade não é e, aí a gente fica fazendo o que aqui, a gente vai defende se a gente vai, se ele esta falando por ele e por outro candidato, por favor, obrigado.

Colaborador: A gente está em um momento para o bem da democracia, hoje a gente tem aparato tecnológico para isso, só que quem tem que referenda isso, é a plenária uma das idéias, telefona para esse candidato e ele fala para a gente, de repente vai se sentir esclarecido ou não.

Adalgisa: Pessoal conselheiros e conselheiras se o plenário aceitou é porque o plenário conhece o presidente do Conselho Estadual de Saúde, então nós aqui que somos do Conselho Estadual de Saúde, nós estamos entendendo que não precisa de defesa mais o plenário já referendou, então que só o Anibal se colocasse, não tem problema nenhum, esta certo?

Jacqueline Dutra: bom então o conselheiro vai ter, eu acho que é do entendimento da plenária que o conselheiro tenha 3 minutos para a fala, para colocar a sua proposta e após isso a gente procede a votação.

Luiz Anibal: Conselheiros vamos lá bem rápido para todo mundo ir embora, a gente já está cansado. Eu quero primeiramente cumprimentar a todos que estão aqui, a gente que tem uma história de vinte anos no controle social eu entrei em 1989, sou o sindicalista e a gente tem uma história, sabe de quantas lutas já se passou, em quantas plenárias, em quantas conferências, em quantas dificuldades, em quanto se brigou para que se estivesse esse fórum aqui. Então parabenizar todos vocês aqui, eu não era candidato para ser coordenador de plenária, já acompanhei o companheiro de Porto Alegre um ano, aqui deve estar. Aqui a Adalgisa foi e agora a Jacqueline que fez um grande trabalho para nós, que fez com que saísse essa plenária aqui, que batalhou que lutou, sem recurso nenhum porque o conselho estadual não consegue dar recurso, porque ela não é conselheira estadual, ela chegou e disse Anibal não sou mais candidata, não sou mais pernas, não consigo mais, ai eu disse para ela, se tu não for mais ai eu coloco o meu nome, eu não sou candidato, sou para te substituir e ai ela disse, então tu vai e ai eu fico tranqüila, tenho o apoio da Jacqueline e estou continuando por ela, com o projeto que ela propôs.

Jacqueline Dutra: Bom, é do entendimento então que fizemos todos os procedimentos e vamos proceder esta votação conforme foi a outra que aconteceu quando eu fui eleita, todos os conselheiros que votam no conselheiro Aníbal ou no conselheiro Carlos tragam a frente os

seus crachás e os coloquem aqui na frente, na frente do conselheiro, eu pediria que um representante com nome nos crachás para poder devolver que o conselheiro ficasse aqui representando o conselho estadual para receber os crachás, vamos lá pessoal ordenadamente. Todos os conselheiros já trouxeram os seu crachás? Vamos proceder a contagem da votação, gostaria que por favor nós pudéssemos contar com ajuda de conselheiros para proceder a contagem dos votos, dois conselheiros para proceder a contagem dos votos aqui. Caros colegas nós já temos um número final, o conselheiro Carlos, o presidente do Conselho Estadual teve trinta e um votos e o conselheiro Aníbal de cachoeira trinta e quatro votos. Caros conselheiros um momento, não se retirem por favor, nós temos para terminar a colocação o conselheiro Aníbal é o titular e o conselheiro Carlos é o suplente na vaga.

Paulo Humberto: vamos ter que ver se o Carlos vai aceitar isso.

Jacqueline Dutra: É o processo eleitoral colega, se ele vai querer ser suplente é outra história, os votos nos disseram que é este o resultado. Nós não podemos agir diferente, bom colegas eu estou recebendo uma colocação de que os encaminhamentos não foram os melhores, me desculpem se os encaminhamentos não foram os melhores, foi o que a plenária entendeu, os meus encaminhamentos foram referendados pela plenária.

Luiz Anibal: Companheiros, já falando como eleito não sou o coordenador, são todos vocês, todos vocês, somos nós, é o controle social unido no Rio Grande, vamos lá, vamos pegar juntos, vamos pegar as coordenações por conselhos, vamos fazer a proposta que fez a companheira Jacqueline, vamos continuar unidos, vamos nos fortalecer companheiros, vamos pegar juntos.