I CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE

"SAÚDE, O DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO – *A Saúde que temos, o SUS que Queremos*"

INSERIR O LOGOTIPO DA CONFERÊNCIA

28 a 31 de Outubro de 2003

Centro de Convenções do Ceará

Fortaleza/Ce

DIA 28 DE OUTUBRO – ABERTURA OFICIAL

SR. MESTRE-DE-CERIMÔNIAS (Eraldo Menezes):

Senhoras e senhores. É com muita alegria que o Conselho Estadual de Saúde do Ceará, sob os auspícios da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Ceará, realiza a 4ª. Conferência Estadual de Saúde, cujo o Tema é: *SAÚDE, O DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO A SAÚDE QUE TEMOS E O SUS QUE QUEREMOS.*

A Conferência Estadual de Saúde acontece, após realizadas e cumpridas as etapas Municipais, em que 177 municípios realizaram suas conferências, envolvendo cerca de 16 mil pessoas em todo o Estado; com grande movimentação de atores sociais em debates, que geraram propostas em 10 eixos temáticos. *Organização da atenção em saúde; Gestão participativa; As três esferas de Governo e a construção do SUS; Ciências Tecnologia e a Saúde; Intersetorialidade; Trabalho em saúde; Direito à saúde; Financiamento; Seguridade social; Informação e comunicação em saúde*.

Cumprida a primeira etapa, partimos agora para a etapa seguinte, onde juntos, enfrentaremos as indefinições de temas e obstáculos, que exigem de todos Delegados e convidados uma contribuição maior, para orientar vontades, em favor do SUS que queremos, para dar um novo Brasil.

Este evento, senhoras e senhores, conta com a parceria das seguintes instituições: Ministério de Estado da Saúde; Conselho Nacional da Saúde; Conselho Estadual de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; Conselho dos Secretários Municipais de Saúde; Secretários de Saúde dos 184 Municípios Cearenses; Movimentos Populares do Ceará; Pastoral da Criança; Fórum de Patologias; Entidade de pessoas portadoras de deficiências; Conselho dos Profissionais da área de saúde; Sindicato dos Trabalhadores da área de saúde; Gerentes das 21 Células Regionais de saúde; Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde.

Senhoras e senhores, nós teremos a seguir, a apresentação de uma dança com o balé, dança sobre rodas. Vamos portanto receber o Balé Danças sobre Rodas numa belíssima apresentação cultural.

(Apresentação)

Senhoras e senhores. A nossa apresentação de hoje, consiste, na Conferência magna: *SAÚDE DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO- A SAÚDE QUE TEMOS E O SUS QUE QUEREMOS.* No final, nós teremos um coquetel nesse Centro de Convenções e também música, par aos senhores e senhoras.

Vamos dar continuidade a nossa programação, convidando para compor à Mesa: O Sr. Secretário Estadual da Saúde, Dr. Jurandir Frutuoso, acompanhando S.Exa. Dr. Lúcio Alcântara, Governador do Estado do Ceará; a Sra. Maria Luiza Joegger, Secretária Nacional de Gestão Participativa, do Ministério da Saúde, representando o Exmo. Sr. Ministro de Estado da Saúde,

Dr. Humberto Costa; o Exmo. Deputado Estadual, Chico Lopes, membro da Comissão de Seguridade Social da Assembléia Legislativa do Estado do Ceará; Dra. Lúcia Arruda, Coordenadora Geral do Evento; Sr. Armando Martins Bardou, Coordenador Nacional do Projeto de Economia da Saúde, Projeto de Cooperação Brasil-Reino Unido; Sra. Sara Escorel, Relatora Adjunta da 12ª Conferência Estadual de Saúde; Sra. Terezinha Braga Monte, membro da Mesa Nacional de Negociação do SUS- Ministério da Saúde; Dr. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; Dr. José Jackson Coelho Sampaio, Reitor de Pós Graduação e Pesquisa, da Universidade Federal do Ceará- UFC; Sra. Maria Leda de Resende Dantas, conselheira Nacional de Saúde, Representando o Segmento Mutuário; Sra. Ana Beatriz Silva Thé Praxedes, representando o Conselho Estadual de Saúde; Sra. Isabel Salustriano Arruda Porto, Promotoras de Defesa da Saúde Pública; Dr. Mário Lúcio Martildes Ramalho, Conselheiro do Conselho de Secretários Municipais de Saúde.
(Aplausos)

Queremos convidar a todos, para de pé junto à Mesa, cantarmos o Hino Nacional Brasileiro; lembrando que logo após, ainda de pé, teremos a interpretação do Hino do Ceará.

(Execução do Hino Nacional Brasileiro e do Hino do Ceará)

Senhoras e senhores, abrindo oficialmente esta solenidade, ouviremos a palavra da Dra. Lúcia Arruda, Coordenadora Geral deste Evento.

SRA. LÚCIA ARRUDA : Gostaria de cumprimentar as autoridades presentes à Mesa, na pessoa de Ana Beatriz Praxedes; gostaria de cumprimentar a todos que aqui estão presente se que nessa construção democrática, nas últimas décadas tem atendido aos apelos, tem buscado participar das instâncias deliberativas e de controle social do SUS, que aqui como trabalhadoras da saúde, nas últimas década nós temos vivenciado juntamente com todos os parceiros, dessa construção do SUS, com gestores, trabalhadores de saúde, usuários do sistema de saúde, na tentativa de construir de forma participativa um sistema de saúde justo, equânime e de qualidade.

Então, gostaria de aproveitar o momento e dar as boas vindas a todos os Delegados, convidados, observadores, que durante esses dias, do dia 28 até o dia 31 de outubro, estarão aqui no Centro de Convenções, discutindo as diversas propostas que vieram das 177 Conferências Municipais de Saúde. Gostaria de dizer a todos, que são muitas as propostas apresentadas, junto aos municípios, das quais, devemos cumprir simplesmente uma etapa, destaque a algumas oposições de forma ascendente, do nível Municipal até o Nacional Mas, que todas as propostas sejam de fato colocadas em prática pelos gestores Municipais e pelos gestores Estaduais do nosso País, haja vista que o próprio Ministério da Saúde, que o Presidente da República tem se comprometido em estar colocando em prática nos próximos anos as propostas, que sejam frutos das deliberações das conferências, da 12ª Conferência Nacional de Saúde.

Então, espero que nós procuremos, dentro de um espírito Democrático, de respeito e companheirismo durante esses dias, construir proposições para a Conferência Nacional de Saúde, de forma que venhamos a estar construindo um sistema Único de Saúde, dentro dos princípios que Constitucionalmente,

nós assegurarmos e que precisamos ainda caminhar muito, trilhar muitos caminhos, para que tenhamos realmente, todos os princípios da seguridade do cidadão. A todos as boas vindas. Estaremos aqui lado a lado com vocês, juntos construindo esta 4ª. Conferência Estadual de Saúde. Muito obrigada a todos. Amanhã nós teremos um dia de trabalho árduo, durante o dia 30, teremos mesas redondas e iniciaremos os trabalhos em grupo e no dia 31, teremos uma plenária ampla e democrática, que nós solicitamos que todos estejam presentes, e que nós tenhamos realmente a paridade nesta Conferência, onde os usuários possam estar discutindo lado a lado com os profissionais de saúde. Um abraço a todos e vamos construir a 4ª. Conferência Estadual de Saúde, rumo a 12ª. Conferência Nacional de Saúde.
(Aplausos)

SR. MESTRE- DE- CERIMÔNIAS : Ouviremos agora, a Dra. Sara Escorel, Relatora Adjunta da 12ª. Conferência Nacional de Saúde e esposa do nosso ilustre homenageado, Dr. Sérgio Arouca.
(Aplausos)

SRA. SARA ESCOREL : Boa- noite a todos. Primeiro, a minha posição. Eu fui casada com Sérgio Arouca, tive 3 filhas maravilhosas com ele, mas não era mais casada. Então, Apenas para fazer essa retificação.

Estou aqui em nome da Comissão Executiva da 12ª. conferência Nacional de Saúde e nós dividimos dentre os membros, para acompanhar todas as conferências das capitais e também as Estaduais, para explicar a metodologia da 12ª. Conferência Nacional de Saúde, que é um pouco diferente das anteriores. E por isso mesmo, precisa ser bem explicado, para que

possamos aproveitar ao máximo esse espaço democrático de deliberação da Política Nacional de Saúde.

Quem vinha para cá, era o Relator Geral, Paulo Gadelha, porque ele como cearense, tinha avocado para si a honra de vir. Mas, eu agradeço muito a sorte que o destino me deu, porque assistindo a esse balé maravilhoso, que realmente, foi muito emocionante, acho que inaugurar a Conferência com essa apresentação, mostra o que se entende por saúde e a possibilidade que a vida mesmo proporciona, que é a arte proporciona . Então, agradeço a vocês por esta oportunidade.

A 12ª. Conferência Nacional de Saúde, tem como Tema- Saúde um Direito de Todos e Dever do Estado, a Saúde que temos o SUS que queremos, é um momento de avaliação desses 15 anos do SUS, a partir do direito que está escritos na Constituição, que diz: Saúde um direito de todos e o dever do Estado.

Aqui tem a data, que vamos ter do dia 7 a 8 de dezembro e o local da realização vai ser uma parte realizada na Academia de Tênis e outra parte, na Universidade de Brasília.

Os objetivos são: Analisar os avanços e retrocessos do Sistema Único de Saúde, a luz do texto Constitucional, propostas oriundas do movimento da Reforma Tributária, no decorrer dos seus 15 anos de existência; propor diretrizes para incentivar a saúde, como um direito de todos e dever do Estado, tem como consolidação o Sistema Único de Saúde.

Esses são os eixos temáticos, vocês estão vendo, já estão cansados de conhecer. São 10 eixos temáticos: O direito à saúde; atividade social da saúde; a intersetorialidade das ações de saúde; as três esferas de Governo e a construção do SUS; a organização da atenção à saúde; controle social e gestão participativa; o trabalho de saúde; ciência e tecnologia na saúde; o financiamento da saúde; informação, comunicação em saúde.

Essa programação, mostra que no dia 7, após o encerramento da comemoração dos 25 anos, que vai ser um Seminário Internacional, sábado e domingo, 6 e 7, vai ser o encerramento desse Seminário Internacional e a abertura da Conferência na segunda- feira.

Na parte da manhã, aprovação do regulamento da conferência, pela plenária da Conferência, na parte da tarde e na parte da noite, são 5 mesas temáticas, em cada um desses períodos; terça-feira, é dia de grupo de trabalho, depois à noite, é confraternização, que nessa hora os relatores estão enlouquecidos tentando preparar o relatório, que vai ser votado na durante o dia, na quarta-feira e na quinta feira. Então, aqui já tem uma diferença, que é, vamos ter 2 dias de plenária, justamente para que todas as deliberações possam ser apresentadas e votadas, com simplicidade e com quórum. O que aconteceu nas últimas conferências, é que era só um dia de plenária, as pessoas, como os Delegados, começavam a voltar para os Estados e nós acabávamos a plenária de madrugada e com um quorum pequeno.

Essa é a metodologia do Seminário. São 3 documentos de referência, diretrizes sobre Política de Saúde do Brasil, para o período de 2003- 2007, documento do Ministério de Saúde. O documento do Conselho Nacional de

Saúde, que foi preparado no final de 2002 - Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, avanços, desafios e reafirmação nos seus princípios e diretrizes e o relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde.

Então, nessa metodologia, aqui estão os documentos de referência, que vão orientar.

Nas Conferências Municipais, os assuntos do âmbito Municipal, são encaminhadas ao Conselho Municipal de Saúde e tripartites, o âmbito Nacional e Estadual, feita a Conferência Estadual de Saúde, que por sua vez, o relatório Estadual apresentado ao Conselho Estadual de Saúde e os assuntos de âmbito Nacional, vão para a Conferência Nacional de Saúde. A Conferência Nacional de Saúde pretende discutir assuntos de âmbito Nacional, considerando- se de âmbito Estadual, têm caráter de terminalidade do próprio Estado, então são assuntos que vão ser deliberados pelo Estado.

Isso seria a repetição da Conferência Estadual; os assuntos de âmbito Nacional, todos os relatórios Estaduais vão ser consolidados, esses consolidados nos relatórios Estaduais serão apresentados aos próprios relatores Estaduais para que eles aprovem e é esse o documento que vai ser discutido na Conferência Nacional de Saúde.

Então, aí vocês vêem que vai ter uma oficina com os relatores Estaduais, pada aprovar o consolidado preliminar, e esse consolidado pelos relatores Estaduais, junto com os documentos de experiência, é que vão ser discutidos os grupos de trabalho e os temas, de 1 a 10.

Então, cada grupo de trabalho faz um relatório de grupo, vai ser feita uma síntese e isso é que vai ser levado para a plenária final, para. o relatório final da 12ª. conferência Nacional de Saúde.

A constituição do grupo de trabalho, os dez temas que foram divididos em 5 blocos, os Delegados foram credenciados na Conferência Nacional de Saúde, vão escolher por ordem de preferência decrescente, os pares que gostariam de discutir, vai ser debatido em cada grupo um tema de manhã e um tema à tarde e o objetivo é informar sobre os assuntos que possam ser aprofundados em cada grupo.

Então, aí estão os pares temáticos, isso vai estar na pasta de vocês, quer dizer, o grupo que discutir financiamento da saúde de manhã, vai discutir intersetorialidade nas ações de saúde à tarde; quem discutir o trabalho e a saúde, vai discutir ciência e tecnologia e a saúde à tarde; quem discutir controle social e gestão participativa na parte da manhã, vai discutir informação, comunicação e saúde na parte da tarde. Por que foi feito isso? Foi determinado pelo Conselho Nacional de Saúde, a composição desses pares, associando um tema com muito em Ibope, que são os temas da manhã, com temas que são pouco debatidos, para evitar que um dos eixos que fosse pouco debatido ou que existisse mais grupos debatendo um tema debatido do que outro.

Os Delegados das Conferências Estaduais vão assinalar em ordem decrescente de preferência, os 5 pares de temas do seu interesse; os matemáticos, estatísticos garantem que há 80% de chance dos Delegados estarem entre as três primeiras opções, e vão ser montados grupos de trabalho,

seguindo a paridade que está dependendo da preferência ditada pelos delegados.

A Comissão organizadora, que é o próprio Conselho Nacional de Saúde, uma comissão executiva de 9 pessoas e o Conselho Nacional de Saúde compôs comissões especiais temáticas de comunicação, de infra-estrutura, de articulação e mobilização, de regimento e regulamento e de relatoria.

Essa é uma frase do Sérgio Arouca, que nós estamos levando para todos os lugares e que vai estar nos cartazes e folders, que diz: *o projeto da reforma sanitária é um projeto civilizatório, que para se organizar precisa ter dentro dele valores que nunca devemos perder, pois o que queremos para a saúde, queremos para a sociedade brasileira*. *O momento não é de questionar ou de discutir os princípios do SUS, mas sim avaliar o que foi feito, e criar novas estratégias.*

O último slide é com os endereços e telefones para contado. Obrigada pela paciência.
(Aplausos).

SR. MESTRE-DE-CERIMÔNIAS: Queremos registrar a presença da Deputada Íris Tavares; do Dr. Chico Pascata, do Conselho Nacional de Saúde; da Dra. Teresinha de Jesus Lima, secretária executiva da Regional I, representando o Município de Fortaleza; e toda a classe de médicos veterinários presentes a esta Solenidade.

Senhoras e senhores, com a palavra, o nosso anfitrião, Dr. Jurandir Frutuoso, secretário Estadual da Saúde.

SR. SECRETÁRIO JURANDIR FRUTUOSO:

Boa noite a todos. Quero saudar o nosso Governador Lúcio Alcântara, que está aqui, presenciando esse ato de cidadania que está acontecendo pela quarta vez; a Dra. Lúcia Arruda, que coordena esta Conferência e em nome dela agradecer a cada uma das pessoas que trabalhou para preparar esta festa que começa agora e termina só sexta-feira á noite, se Deus quiser. O Dr. Armando Raggio, que veio fazer a nossa Conferência Magna hoje à noite e também amanhã, durante o evento; a Sra. Sara Escorel, relatora adjunta da 12ª Conferência Nacional de Saúde; Dra. Maria Luiz Joegger, Secretária Nacional de Gestão Participativa, aqui representando o Ministro Humberto Costa, cumprindo a sua palavra, que conversamos há 15 dias, no Piauí e ela disse que estaria aqui e realmente cumpriu; Teresinha Braga, membro da Mesa Nacional de Negociação do Ministério da Saúde; Deputado Estadual Chico Lopes, meu amigo, membro da Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa, que tem feito um trabalho fantástico, agora presidida pelo Deputado Granja; Professor doutor Jackson Coelho Sampaio, Reitor de pós-graduação e pesquisa da UECE; Sra. Maria Helena de Resende Dantas, Conselheira Nacional de Saúde, representando o segmento de usuários; Sra. Ana Beatriz Silva Praxedes, representando o Conselho Estadual de Saúde; Sr. Mário Lúcio Martildes, Presidente do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde; Dr. Odorico Monteiro, Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; Dra. Isabel Salustiano Arruda Porto, promotora de

defesa da saúde pública, pessoa com quem temos trabalhado intensamente nesses dez meses de Governo na Saúde do Estado do Ceará.

Quero agradecer a cada um dos que compareceram a este Solenidade, dizer que estamos agradecidos a cada um dos municípios que se empenhou em fazer as pré conferencias de saúde e hoje chegaram aqui, para a Conferência Estadual – hoje pela manhã já tínhamos mais de 2 mil pessoas inscritas.

Esta festa, eu dizia hoje pela manhã, na televisão, nenhum setor goza do direito de ter tanta oportunidade de negociar, de conversar, contestar, debater, contrapor, do que a Saúde. Nós temos tido a maturidade de discordar, mas trabalhar juntos quando os fatos acontecem.

Então, quero dizer que esta Conferência será marcada como a conferência da paz, onde cada um vai ter que brigar muito aqui dentro, discordar intensamente, mas vamos ter também a obrigação de sairmos daqui com propostas que possam consubstanciar a Conferência Nacional de Saúde.

Queria pedir que os temas municipais ficassem para outro relatório, mas vamos tratar aqui de políticas públicas em nível estadual e nacional e esperando ao fim dos 4 dias de trabalho, poder dar ao Ceará e ao Governador, propostas concretas para efetivar o SUS do nosso Estado.

Para terminar, eu tenho dito que nós temos que ter coragem, hombridade, honradez de defender o SUS em todos os lugares que estivermos. O ano passado fez 12 milhões e meio de internamentos, 2 milhões e meio de partos, 1 milhão e 30 mil procedimentos. E as pessoas teimam em ver apenas

pelo lado negativo, ou seja, mostrar claramente o lado que ele tem de bom, que é ter o acesso universal e atender às pessoas com seus poucos recursos, mas com muito carinho e com muito amor.

Portanto, quero pedir que aqui no Estado do Ceará façamos um trabalho para fortalecer o SUS, que é nosso, que é da população e que compete a nós radicalmente defender, como uma política de inserção social neste Brasil, e que poucos terão a oportunidade de colocar coisas diferentes e melhores.

Nós, aqui no Governo do Estado, temos a visão de estar nas diretrizes do Governo Lúcio Alcântara, o fortalecimento do controle social, dos Conselhos Municipais de Saúde, trabalhar a intersetorialidade, buscar serviços que seja de qualidade. E agora, já na segunda semana de novembro, deveremos lançar o Plano Estadual de Urbanização dos Serviços de Saúde do Estado do Ceará.

Desejo a cada um boa sorte, discernimento, juízo, inteligência, e muita vontade para trabalhar pela melhoria do sistema de saúde do nosso País. Obrigado.
(Aplausos)

SR. MESTRE-DE-CERIMÔNIAS: Senhoras e senhores, ouviremos em seguida, a Sra. Maria Luíza Joegger, Secretária Nacional de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, representando aqui S.Exa., o Ministro da Saúde, Dr. Humberto Costa.

SRA. MARIA LUÍZA JOEGGER: Primeiro, eu sou Secretária de Gestão do Trabalho de Educação da Saúde. Mas, tudo bem.

Gostaria de saudar, em nome do Governo Lula, do Ministro Humberto Costa, o Governador Lúcio Alcântara; o Secretário de Estado, Jurandir Frutuoso; o Presidente do Conase, Sr. Odorico Andrade, e em nome dele, todos os secretários municipais de saúde aqui presentes; representante dos usuários no Conselho Nacional de Saúde, a Leda, e em nome dela, todos os usuários do SUS aqui presentes; Teresinha, que representa os trabalhadores na Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, e em nome dele, todos os tabalhadores em saúde aqui presentes; a representante do Ministério Público, sempre lembrando que saúde é a única questão de relevância pública na Constituição Brasileira, cabendo ao Ministério Público a defesa do cidadão quando as ações de saúde não são executadas; os deputados aqui presentes; demais autoridades; cada um dos militantes da saúde aqui presentes.

É sempre bom lembrar que o SUS foi uma conquista da população brasileira; ele não foi dádiva de nenhum governante, é resultado de muita luta do movimento popular, do movimento sindical, dos partidos de Oposição na grande conferência de 1986, dirigida pelo Sérgio Arouca, e depois de todo o processo da Comissão da Reforma Sanitária, que resultou numa proposta de texto na Constituição Brasileiro e uma proposta de Lei Orgânica da Saúde. Nós conquistamos, com muita discussão, dentro do Congresso, dentro da Constituinte, o texto que garante saúde como um direito de todos e dever do Estado, e depois do pleno Governo Collor, nós conseguimos aprovar a primeira Lei Nº 8080, e depois a parte de controle social que se referia ao

financiamento, á forma de repasse que tinha sido vetada pelo Governo Collor, e nós conseguimos, em dezembro de 1990, aprovar a Lei Nº 8143.

Então, é importante lembrar que esse dizer que saúde é um direito de todos e dever do Estado, isso significa com responsabilidade do Governo Federal, dos Governos Estaduais, dos Governos Municipais. E lembrar que o SUS é baseado nos mesmos princípios que devem valer o Oiapoque ao Chuí: universalidade, atenção integral à saúde, igualdade com equidade – quem precisa mais, precisa receber mais – e principalmente a participação da população, o controle da população sobre o Estado.

Essa é a grande reforma do Estado, feita no Brasil a partir da Constituinte, uma proposta do estado, do tamanho da sociedade.

É bom lembrar que uma pesquisa do CONAS foi publicada há pouco, demonstra que 90% da população brasileira utilizam, não durante todo o tempo, mas toda ela utiliza o Sistema Único de Saúde. Como lembrou o Secretário de Estado, nós temos hoje, ligados ao Sistema, mais de 65 mil unidades ambulatoriais, mais de 5 mil hospitalares; nós realizamos 900 mil internações por mês; mais de 50 milhões de brasileiros já são atendidos pelas equipes de Saúde da Família; nós fazemos mais de um bilhão de procedimentos de atenção básica; 132 milhões de procedimentos de alta complexidade; 83 cirurgias cardíacas; mais de 60 mil cirurgias oncológicas; mais de 23 mil transplantes; nós somos o segundo País do mundo em transplantes; o SUS realiza mais de 97% da hemodiálise.

Então, é um sistema público, um sistema de acesso junto à população, mas que ainda tem muitos problemas de acesso e de qualidade da atenção. Para isso, com esse objetivo é que o Arouca, quando apresentou o Programa do PPS, antes do 1º Turno da eleição, no Conselho Estadual de Saúde propôs que nesse ano se realizasse uma Conferência Extraordinária para discutir os 15 anos que o SUS já tem e fazer propostas do que nós precisamos ainda implantar para que obedeçamos o texto constitucional, o texto legal.

Quando se foi para o 2º Turno o Araouca participou de toda discussão e saiu como proposta, então, do Governo Lula, já no 2º Turno, a realização da XII Conferência Nacional de Saúde, que teve, então, aprovado pelo Conselho Nacional, como proposta, discutir "Saúde, como Direito de Todos e Dever do Estado – a Saúde que temos e o SUS que queremos".

Então, é fundamental realizarmos essa Conferência esse ano, primeiro, porque nós estamos, com isso, retirando a Conferência do ano eleitoral. Nós não estamos realizando mais as Conferências de Saúde em ano eleitoral. Isso vai possibilitar, tanto para os Governos dos Estados, quanto para o Governo Federal ter uma proposta, um plano de ação para os próximos três anos e também possibilitar uma discussão em relação à eleição que nós vamos ter ano que vem para todos os municípios brasileiros.

As prioridades vão ser estabelecidas por esta Conferência. Quais são as diretrizes principais do Ministério da Saúde que são um documento de subsídio para a Conferência? Nós precisamos ampliar o acesso da população aos serviços e qualificar a atenção integral, inclusive assistência farmacêutica. Nós precisamos intensificar o controle de endemias. É um absurdo o País

ainda conviver com a Tuberculose da forma que convive; com a hanseníase, da forma como convive. E toda mobilização nacional que nós precisamos fazer para resolver a questão da Dengue; nós precisamos, de uma vez por todas (e isso o SUS não fez ou fez muito pouco nesses 15 anos), formular e implementar uma política de gestão do trabalho e da educação na Saúde. Nós precisamos terminar com a precarização do trabalho na área de Saúde; nós precisamos mudar a formação dos profissionais de Saúde para que eles sejam formados dentro dos interesses e das necessidades do Sistema Único de Saúde e, principalmente, nós precisamos reafirmar cada vez mais a gestão democrática e participativa desse sistema. Por isso a importância que o Ministério dá. Por isso tem comparecido e participado de todas as reuniões do tripartiti, entendo o tripartiti que reúne o Ministério, as Secretarias do Estado e as Secretarias Municipais como um lugar de pactuação, como um lugar de se estabelecer com responsabilidade e, principalmente, também o Ministro tem participado de todas as reuniões do Conselho Nacional de Saúde, porque para o Governo Lula o Conselho e as Conferências são um lugar de deliberação das políticas de Saúde do País e também da forma que esse Sistema vai ser financiado. Há um compromisso do Governo Lula – do Ministério da Saúde – com o SUS, com o Direito à Vida. Então, boa luta para todos nós na defesa do Sistema Único de Saúde e na defesa da vida.

SR. MESTRE-DE-CERIMÔNIAS: Senhoras e senhores, abrindo oficialmente a IV Conferência Estadual de Saúde, com a palavra S.Exa. o Governador Lúcio Alcântara.

SR. GOVERNADOR LÚCIO ALCÂNTARA:

Boa-noite a todos. Eu considero todas as personalidades que já foram citadas aqui com saudadas pelos oradores que me antecederam e vou dizer breves palavras aqui na abertura dessa Conferência.

Ao longo da minha vida, eu já participei de várias Conferências de Saúde em situações diferentes. Ora, como parlamentar, ora como gestor da Saúde. Mas essa é a primeira que eu tenho a honra de participar como Governador do Estado, assim como deverei também entregar uma das mesas também da Conferência Nacional, devido a convite que recebi e dizer que toda essa mobilização, infelizmente nós assistimos na Saúde, tem sido uma obra permanente de atualização. Quer dizer, o setor de Saúde, (sempre eu digo isso), foi o setor que teve capacidade de se articular, desde a Assembléia Nacional Constituinte, até hoje, mesmo aqui e acolá com decepções, com desenganos, mas sempre firma na luta assegurando um alto nível de participação em alguns eventos, de integração, de luta para o permanente aprimoramento do Sistema.

Eu tenho o privilégio, pelas funções que já ocupei ao longo da minha vida, de ter uma retrospectiva da evolução do Sistema de Saúde. Por isso que quando muitos se queixam (e com razão) aí das deficiências do Sistema, é preciso recapitularmos toda a evolução que ele teve ao longo desses anos.

Eu tive oportunidade de ser Secretário de Saúde do Estado em três momentos diferentes, com três Governadores diferentes. Então, ao lado disso presidindo o CONAS, integrar o Conselho Nacional de Saúde eu tenho uma visão de quanto o Sistema avançou nesses anos todos, com muita luta, com muita dificuldade. Às vezes precisa de compreensão: muitos adversários, uns

ostensivos, outros dissimulados. Então, o que está em andamento e o que está em construção é realmente um Sistema que pode responder a um grande desafio da Saúde no País como o Brasil. Por isso, a realização de mais uma Conferência Nacional de Saúde é um momento apropriado para o debate, a discussão, um momento em que há um Governo com uma nova proposta, um Governo liderado por um Presidente com as características do Presidente Lula, que o faz como um Presidente singular no País, é um momento de nós continuarmos esse debate, essa discussão, procurarmos rumos de aperfeiçoamento, de aprimoramento, de melhoria do Sistema, de ganho de eficiência. Muitas vezes a discussão é uma discussão muito limitada, às vezes há recuos do custo financeiro, que tudo isso é importante. Não se vai fazer isso sem dinheiro. Mas há muitos outros pontos que nem sempre são devidamente aprofundados nos debates e nas discussões.

A oportunidade que a democracia oferece de rodízio, de mensageiros de propostas políticas diferentes no Poder têm essa vantagem de ensejar, justamente, experiências diferentes, que podem contribuir de maneira significativa para a melhoria e o aperfeiçoamento do Sistema.

Então, eu acho que nós todos temos que aprender de que toda a luta, toda a evolução que nós tivemos aqui e com a contribuição que cada um tem para dar, e insistindo nesse caminho e aperfeiçoarmos o Sistema. Afinal de contas, é uma legião imensa de brasileiros que tem no SUS a única oportunidade de acesso a um Sistema de Saúde.

Então, todos nós que, de uma forma ou de outra, temos uma parcela de responsabilidade nesse processo, no funcionamento desse Sistema, certamente

vamos estar empenhados, engajados nessa discussão para buscarmos as melhores alternativas que nós tivermos e para que o Sistema seja cada vez melhor.

Eu, recentemente, estive na Inglaterra com uma delegação aqui do Ceará, a convite do Governo Inglês e verificando o Sistema, o seu funcionamento, as suas imperfeições, as suas imperfeições, as suas dificuldades, o processo de mudança que eles estão fazendo lá. Um país mais rico do que o Brasil e o Sistema data de 1940 e ainda apresenta muitas imperfeições, ainda apresenta a permanente necessidade e ajustes. Inclusive estão sendo feitos nos últimos anos com bastante intensidade. O Jurandir sempre citava, sempre tradicional, quando as pessoas que o falavam sobre o Sistema Nacional de Saúde, colocava em primeiro lugar o orgulho ou a importância que os ingleses prestam no Sistema Nacional de Saúde. Era uma relação, como disseram os nossos conferencistas, amor e ódio, porque ao mesmo tempo que eles criticam o Sistema, eles se orgulham do Sistema, porque aquilo é uma construção do País, que foi feito num determinado momento, num determinado instante: tanto assim que foi logo depois da 2ª Guerra Mundial e a mesma coisa aconteceu com a educação. E aconteceu com a Saúde talvez por que esta seja uma necessidade tão básica, tão fundamental do ser humano de uma necessidade vital e uma necessidade de segurança, de estabilidade para si e para sua família que teve mais possibilidade de prosperar com sólidas raízes, deitada na própria população. E assim, de certa maneira, considerando as nossas peculiaridades culturais, econômicas e sociais aconteceu o Sistema Único de Saúde. A população, de certa forma, cada vez se apropria mais disso como uma segurança de que dispõem para a promoção e recuperação da sua saúde.

Então, esse Sistema se torna cada vez mais importante no momento em que nós, no momento, tínhamos dificuldades na economia, no emprego, na renda do brasileiro e, de certa maneira, vai empurrando um contingente cada vez maior para o Sistema Único de Saúde. E isso, por um lado, é mais pressão sobre o sistema; por outro, será certamente, para alguns brasileiros, a lutar que o Sistema seja melhor, seja mais eficiente e responda de maneira mais rápida às necessidades dos usuários.

Então, eu queria deixar aqui a minha mensagem de confiança nesse trabalho, de certeza, pela condução que está sendo dada a Conferência, e daqui certamente vão sair propostas objetivas, propostas construtivas e propostas que traduzam também as aspirações da população. E a minha presença aqui não tem outra finalidade senão de mostrar aqui o meu empenho pessoal, tanto quanto posso e que estejam ao meu alcance, a apoiar, fortalecer e prestigiar o sistema no seu funcionamento.

Pedir desculpas ao Armando e ao Jackson por que eu não vou poder assistir às duas intervenções. Certamente, seriam, para mim, muito úteis. Eu tenho um compromisso ainda e vou viajar muito cedo para Brasília. Mas quero agradecer aqui a presença de todos e esperar que nesse debate, nessa discussão e visões, às vezes, diferentes, mas todas no sentido da colaboração para se obter os melhores resultados nós possamos extrair aqui umas idéias que possam ser levadas à Conferência Nacional de Saúde. A vocês todos, muito obrigado e sucesso nesse trabalho.

SR. MESTRE-DE-CERIMÔNIAS: Convidamos, então, às autoridades que participam desta Mesa parte do nosso Auditório e assistirem, em seguida, a Conferência de Abertura da IV Conferência Estadual de Saúde: "Saúde, um Direito de Todos e Dever do Estado – A Saúde que temos; o SUS, que queremos", com o Dr. Armando Martins.

Queremos também registrar a presença do Sindicato dos Trabalhadores do Serviço Público Estadual do Ceará – Mova-se e também da Presidente Ieda Castro, do Conselho Regional de Serviço Social.

Para aqueles que agora estão participando da IV Conferência Estadual de Saúde: "Saúde, um Direito de Todos e Dever do Estado – A Saúde que temos; o SUS, que queremos", com o Dr. Armando Martins.

O Dr. Armando é médico, gerente do Programa de Economia da Saúde do Ministério da Saúde – PEA e Agência de Cooperação com o Reino Unido.

Pedimos que tomem assento à Mesa e vamos ouvir com muita atenção o senhor Dr. Jackson.

SR. JOSÉ JACKSON COELHO: Entre as responsabilidades que assumi ao longo de minha vida, esta de homenagear, *in memorian*, o sanitarista Antônio Sérgio da Silva Arouca. O Sérgio Arouca, do Movimento Brasileiro de Reforma Sanitária, o Professor Arouca com quem trabalhei, com quem estudei nos idos de 80 no Instituto de Medicina Social da UERJ, em nome dos trabalhadores de saúde do Estado do Ceará, surge como uma das maiores e

mais complexas, pela grandeza da pessoa e da obra e do homenageado e pelo paradoxo emocional de uma honra feita de luto.

Num enlace de identidades entre seu endereço residencial, enquanto habitante do mundo dos vivos: Rua Fonte da Saudade e o dia de hoje – 28 de outubro, Dia Nacional do Servidor Público – emergem de modo poderoso e se agregam a esta solenidade camadas e camadas de um forte simbolismo.

"Numa democracia, nenhuma função pode ser mais digna do que a de servidor público; tarefa nenhuma pode ser mais digna do que a de servir a toda gente" na palavra inspirada do poeta Vladmir Maiacovisk. E Sérgio Arouca consubstanciou para uma idéia, imprimindo-lhe coragem ética, competência técnica e coerência histórica: "Diante da morte nada mais Fonte da Saudade do que a memória de quem faz a vida valer a pena, mesmo pão seja pouco e a liberdade pequena" na palavra do poeta maior Ferreira Goulart.

A morte acontece nos humanos, mas não é fenômeno especificamente humano. É natural como as tempestades e os terremotos; as cores do pôr-do-sol e as floradas de Primavera. Mas se nos unicelulares não há nada que se pareça com um morto, pois um novo ser se reproduz a partir de um antigo e não ficam cadáveres para traz, os humanos experimentam a morte e a transmitem como representação e como dor, como ruptura e consciência.

Há 500 anos, com desenvolvimento do modo de produção capitalista radicalizamos a construção dos indivíduos, simultaneamente com a ilusão de autonomia e a potência de transformação destes mesmos indivíduos em simularmos em morte e vida, em coisa, via de dinheiro, lucro e mercadoria.

Há 50 anos, com a bomba atômica, descobrimos que também a espécie inteira pode morrer. Perplexos, entre desespero e confusão, estamos o tempo todo procurando consolos e explicações, nutrindo, pelo menos, algumas coisas, algumas possibilidades de desamparo, de desalento e de perda, ao menos provisória, da convicção de que a vida tenha sentido. Mas a herança intelectual deixada por pessoas completas como Sérgio Arouca reconstrói a alegria solidária do viver humano e este herança, sobre a qual devemos edificar nosso trabalho no Brasil e no SUS tem, pelo menos, quatro dimensões: ética, teórica, política e técnica.

Na dimensão ética, campo de princípios formadores que finaliza os críticos e de atitudes fundamentais evidencia-se o humanismo de Sérgio Arouca, focado na idéia (a força) de que o humano se expressa no processo histórico, embora assaltado por contradições, obstáculos e possibilidades regressivas.

Como disse Karl Marx, “A sociedade constitui a união perfeita do homem com a natureza, o naturalismo integral do homem e o humanismo integral da natureza.” Ou então, como disseram Karl Marx e Frederich Engels: “A linguagem é tão velha como a consciência e esta é, desde o começo, um produto social e continuará a sê-lo enquanto existirem homens.”

Arouca sabia que humano é uma potencialidade que se realiza no enfrentamento histórico das condições reais. E esse humanismo traduzia em solidariedade. No plano das corporações, vide a luta exitosa para reintegrar os cientistas de manguinhos, cassados pela Ditadura Militar; no plano das classes

sociais, vide o uso da ferramenta – democracia – para incluir nas riquezas e nos direitos de toda a população brasileira. E no plano internacional, vide a ação solidária nos movimentos libertários desta nossa confusa América Latina, com marcas espalhadas por Cuba, Nicarágua, México, Colômbia, Peru, Onduras. Na dimensão teórica emerge um potente esforço de dar consistência à prática, reformadora e revolucionária, com um paradigma bem traduzido, na sua tese de doutorado, o dilema preventivista – contribuição para compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Ficam evidentes, a seu ver, os limites descritivos e explicativos de uma medicina preventiva de matriz funcional organicista, que precisa ser superada por uma histórica, solidária e uma discussão de natureza dialética.

Na prática da dimensão política, progressista, nacionalista e solidária, antineoliberal, centrada na estratégia da democratização do acesso à Saúde e na produção de uma sociedade socialista, Arouca militou no Partido Socialista Brasileiro; exerceu cargos legislativos e executivos; fundou o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde e a Associação Internacional de Políticas de Saúde; foi artífice do Movimento Brasileiro de Reforma Sanitária; presidiu a VIII Conferência Nacional de Saúde e, sobretudo, integrou-se a uma luta de construção do SUS, até hoje Arouca é o nosso grande estadista da Saúde, na justa formulação de Cap. Xavier.

A ética humanística e a competência na formulação teórica e na prática política sempre foram amparadas pelo cuidado com a dimensão técnica. Sozinho ou em parceria, Arouca é referência bibliográfica notável. Digitando a palavra “Arouca” nos Bancos de Dados encontramos, somente nos últimos 5 anos, quatorze textos, com títulos que vão desde “Parlamento e Saúde”,

“Seguridade Social – As mudanças Necessárias” a “Democracia é Saúde”. E um texto publicado na Argentina, nos “Cadernos Medico Sociales” traz um pouco a síntese de suas preocupações: “Implementacione en La Reforma Sanitária através de los Sistemas Unificados e descentralizados”.

Amigos, colegas de trabalho tomemos a herança de Sérgio Arouca para a construção de um Brasil digno, criticamente humano, culturalmente criativo, democrático e socialista. Tomemos a herança de Sérgio Arouca para a construção de uma política pública de Saúde, que aperfeiçoe o SUS – o grande plano de Saúde do povo brasileiro, fazendo o financiamento submeter-se à lógica dos interesses sociais populares e não os interesses sociais submeterem-se à lógica do dinheiro.

Sérgio Arouca é agora um novo corpo mítico a orientar nossas utopias, longe das peripécias específicas da biografia e imunizado contra a partidarização e a burocratização, contra o misticismo e a mistificação. Portanto, vamos celebrá-lo coletivamente em comunhão. Ave, Arouca! Os que continuam no SUS te saúdam!.

CONFERÊNCIA:

"Saúde, um Direito de Todos e Dever do Estado – A Saúde que temos o SUS que Queremos."

SR. ARMANDO MARTINS BARDOU RAGGIO:

Boa-noite. Nós ouvimos o Jackson entrando na descrição do Arouca. Ele vai ser descrito infinitamente. E eu cometi isso em que pese alguma atrocidade. E nesta ocasião eu vou reunir a maior atração que Arouca nos trouxe foi a maneira como ele sempre... por mais difícil que fosse o momento que ele tivesse vivendo, por mais triste, por menos expectativa que ele tivesse das coisas, ele tinha uma janelinha, uma novidade, uma história, qualquer lugar desse País que as pessoas tinham para contar ele tinha ouvido falar, ele queria saber mais um pouco, ele acreditava naquela experiência, ele reproduzia experiências que contavam a ele. Pessoas que nem teve felicidade de conhecer, embora desejasse. Isso era muito forte nele. E se você pensar que Antônio Sérgio Silva Arouca está uma prova de fumaça, então... assim como o SUS, se você inverter a palavra Arouca dá "Acuora", que não deixa de ser uma corruptela de "agora", "nesse momento", "já", ser, ser, ser atual. Esse era no discurso e na prática do plano.

Bem, agora eu não tenho condição de fazer nenhuma Conferência magna sucedendo tantos palestrantes, o Secretário, o Coordenador da Conferência, a Lúcia, depois o Secretário e Presidente do Conselho – o Jurandir -, a Maria Luíza, que fala do Ministério, do Governo e, por último, o próprio Governo do Estado na pessoa titular – o Governador. Eu espero,

então, cumprir a agenda mínima fazendo no mínimo uma Conferência mínima para pautar algumas coisas que já foram ouvidas aqui hoje, que já foram lembradas e talvez contribuiu com uma discussão que eu fiz bastante com o Secretário do Estado, com o Secretário e, mais recentemente, com um gerente da Saúde. Tenho visto pesquisadores, gestores de debatendo com questões que me ocorreram de apresentar.

A primeira era a confiança da capacidade da Lúcia, do Jurandir, da sua equipe, dos conselheiros do Ceará depositaram de que eu pudesse substituir o Gilson. Eu não sei, jamais, nunca fazer uma conferência magna como o Gilson trabalha. Ele, infelizmente, não pode estar presente. Então, eu vou fazer ao meu modo e como todos protagonistas são insubstituíveis. E quero agradecer a ajuda do departamento, caso contrário eu não tinha condições de dar esse recado que eu fui juntando da palestra do Ministro, do Secretário de Assistência à Saúde, de uma palestra também ajuntada pelo próprio Alex para um documento e fizemos aqui doze slides para comentar rapidamente alguns dados do Sistema Único de Saúde.

Antes de entrar nesses slides, eu gostaria de cumprimentar ao Conselho e ao Governo da administração Lula pela presença de tirar a Conferência ... e a Conferência de Saúde é um cenário privilegiado de discussão política é o retrato, o cuidado, o respeito pela discussão e evitar a polarização que sempre se reproduzia nas agendas das Conferências como a Maria Luiza se reportou hoje. Foi uma idéia muito oportuna e também Maria Luiza porque vocês podem acreditar em comissão ou não, vocês podem deixar um plano por quatro anos, com ou sem definição, vocês tem que fazer um plano para o plano plurianual. Então, vocês podem, no próximo Governo, ter o mesmo

entendimento com a sucessão, o ano seguinte do primeiro Governo já tem uma determinação melhor, como é o plano plurianual.

A outra coisa é a sensibilidade de fazer essa dupla dialética: “A Saúde que temos, o SUS que queremos”. Todos nós quando olhamos isso, perguntamos: não é o contrário? Não é: “O SUS, que temos; a Saúde que queremos?” Vejam: se você tem uma ótica absolutamente fixa e olhar só por um lado como sempre, você quer só reclamar do SUS. Isso é uma ingratidão com o trabalho de Saúde, porque os mais competentes membros efetivos da Saúde vêem os problemas mais difíceis. As sociedades mais competentes com a Saúde estão na fronteira do real. Elas têm desafios extremamente mais difíceis. Quando você chega a um lugar extremante mal atendido, mal resolvido, você não muda nada nas outras coisas. Agora, depois que há uma formulação, um ganho em termos técnicos, ativos, profissionais, políticos aí as coisas se tornam mais difíceis. É como aquela torneira, apesar de todo o seu esforço, ainda pinga uma gota d’água. É impossível fecha-la. Você faz o máximo esforço e ela ainda reclama.não pára de pingar e assim acontece o desafio de saúde. Então às vezes nós olhamos e dizemos assim: eu não gostaria que fosse a “Saúde que temos; o SUS que queremos”, eu queria que fosse “esse SUS que nós temos e a Saúde que queremos”. É como dizer: isso tudo que está aí, ainda não nos satisfaz. Eu quero reclamar mais e projetar o meu ideário que é legítimo, (o seu, que tem o direito de tê-lo) e a minha ilusão que é ter o direito à Saúde. Eu acredito que isso é uma coisa muito diferente do setor Saúde, por exemplo: uma pessoa que não se alfabetiza vai ter um lugar para se alfabetizar numa sociedade como a nossa, nós temos que insistir nessa questão, etc. Mas a demanda de quem não entra no sistema, no nível cultural no sistema educacional num nível contrário do sistema educacional

não progride para o nível secundário, para o nível terciário. Porque ao demandar o 2º Grau, ele precisa fazer o 1º Grau, para demandara o 3º Grau, ele precisa fazer o 1º e o 2º Graus. E no caso da Saúde, se não tiver acesso ao 1º Grau vai demandar ainda mais, cumulativamente, com problemas extremamente mais difíceis o 2º e o 3º graus. E se não chegar no 2º também chega no 3º com uma cumulação de necessidades geralmente invencível. Isso é uma outra característica ímpar no Sistema de Saúde.

Eu agora queria insistir em aspectos positivos do SUS, que estão na tela, tirando contribuição do Ministro (da sua equipe), do Secretário da Receita da Saúde e aqui do Departamento, e do Alex que me ajudou a fazer os detalhes.

Então, saúde como um Direito de Cidadania e Dever do Estado como já repetido aqui hoje, o arcabouço jurídico legal adequado à Constituição, à Lei nº 8080, que não é satisfatória com relação à participação, principalmente da idéia da concessão do detentor da Lei nº 3142, vamos falar cearense inesquecível, que é o Raimundo Bezerra. Ele deu todo apoio ao movimento de todo o Congresso, a Lei 3142, porque o fórum não existia de uma forma extremamente... parecia extremamente ... quanto a questão da participação onde se contemplou com uma grande mobilização.

Os princípios de universalidade e integralidade. Cuidados para exercer o controle social, eu vou comentar lá na frente e os instrumentos normativos convincentes. Isso eu não concordo com a origem, com a fonte de onde se tiraram os instrumentos normativos, que são bastante ricos e importantes, mas eles não são suficientes, eles são ainda eivados numa tradição normativa da nossa origem cambiária, que não foi só um alvo na nossa vida, mas que se dê

um jeito de fazer, porque se está na hora de substituir por um jeito mais criativo para falar sobre nossas contemporaneidades. Então, eu não considero que a LOAS um, dois, três, quatro e eu demandei com o Secretário de Estado que se criasse uma norma de integração dos serviços e de regionalização e ela não dá conta satisfatoriamente. Se aplicarmos as LOAS vão restar municípios num certo vale inespecífico. Quando tinham a LOAS nº 993 tinha os incipientes, depois sendo plena, transitória, interligada e incipiente. Aí entramos com a LOAS nº 996, aí tinha a plena e os outros – plena e não plena – e agora, ainda perfurando a LOAS nº 996, que demorou muito a ser aplicada e se esgotou num espaço relativamente breve e nós temos hoje, em torno de 500, 600 municípios de gestão plena e os outros. Então, a LOAS ainda acho se mostra muito com resíduo de evidências quase impossível de cumprir de quem mais precisa. Quem mais precisa? Quem tem menos estrutura! O Sistema que nós contamos, apesar de ser a revel do estabelecido desejando o principal estabelecido, ele é muito eivado na inércia do pré-existente. E eu quero dizer com isso que mesmo fazendo uma Lei extinguindo-se o INAMPS resistiu o modo de pensar e de operar o Sistema de Saúde da ótica da cultura original desse Sistema, que é a hegemonia americana do pós-guerra de avançar o máximo possível na consumização dos bens e serviços de Saúde. E o que nós queremos é um Sistema de proteção: proteger saúde exige consumo, é verdade, mas consumir bens e serviços de saúde não significa necessariamente proteção.

Isso é um dado definido, hoje, aqui. Extingue o CONAS, referindo repetidamente... São dados muito importantes. Uma vez um cidadão brasileiro ...cem cidadãos brasileiros usam o SUS e 28.6% usam área exclusiva do SUS, só podem ter acesso através dele e usam o SUS de algum outro Sistema:

28.6% da população não usa o SUS, mesmo sabendo que benefícios indiretos também, que é o que os economistas chamam de “externalidade”, quando uma pessoa não mais o seu retorno por que está protegido ou por que está atendido é o primeiro beneficiário, que é um paradigma muito importante dentro do conceito de Sistema de Saúde enquanto, enquanto Sistema de ... quer dizer, eu prefiro nunca precisar do SUS, mas eu acho que ele existindo é fundamental para eu ter uma esperança de viver mais saudavelmente do que ... Existe uma idéia entre nós de que SUS, num País como o nosso, resiste a tudo. Ele resiste a tudo por que existe uma grande mobilização, mas essa mobilização sustentava um apelo muito profundo, muito forte da sociedade que não vai se nutrir que é possível, através do mercado, conquistar toda a tecnologia, toda a segurança, todo o bem que uma palavra médico-hospitalar vai oferecer para uma sociedade através de ter, um dia, poder aquisitivo para comprar tudo isso peça por peça. Comparando com uma figura que me ocorreu agora. É mais ou menos o seguinte: é impossível comprar um carro comprando peça por peça nas lojas e ele retrucou: já é impossível comprar o carro pronto. Comprar peça por peça é ainda mais impossível. A idéia que se tem de que comprando as peças que me faltam eu serei saudável é mais ou menos como optar por comprar um carro peça por peça. Há uma ilusão de que as pessoas em sendo limpas compram saúde, não é verdade! Elas compram bens e serviços que até lhe fazem bem, mas a maioria das vezes compram induzidamente coisas discutíveis, se lhes seriam necessárias mesmo e se em sendo compradas e usadas lhe farão muito bem ao que elas estão pensando. É mais ou menos o seguinte: as pessoas saudáveis consomem saúde, o que não quer dizer que elas sejam mais saudáveis por que consomem saúde! E as pessoas não-saudáveis, que têm necessidade de consumir bens de saúde também não consomem, consomem menos, porque até a possibilidade de alcançar esses bens, por mais

justa que seja a sociedade, já se estabelece nas suas diferenças, na isenção social, nas suas dificuldades de informação, no seu trânsito para chegar ao entendimento do que merece, do que tem direito, do que precisa de alcançar esse bem, ela já está entendendo que está numa condição mais favorável, por menos diferença que exista, sem tirar os mais aptos a ir consumir aquele bem e não necessariamente serão os que mais se beneficiarão dele.

Complexidade de pode, eu acho que isso é uma lembrança muito importante: não existe nem um sistema com o conceito do Sistema Único de Saúde, conceito de Sistema Nacional de Saúde numa sociedade de tamanha diversidade, de tamanha extensão com a relação paradoxal com unidades federadas, que nem um sistema que nós conhecemos. Você chega na Inglaterra, o Prefeito não manda no *Realcy System* Regional com autoridade sensitária, sob a qual ele influi diretamente, mas ele não é considerado o protagonista igual como o Município, o Estado e a União são considerados no nosso Sistema. É um pouco mais rígido, um pouco menos aberto para essa participação, essa democratização nesses projetos por região e por localidade, de modo que a Inglaterra viveu experiência democrática.

A estrutura econômico-social é heterogênea no Brasil, porque é uma coisa que é óbvio que já sabemos como é na saúde, mas nós vamos o seguinte: é raro que exista um país no mundo onde uma pessoa ter registrado um salário que chega a ser 100 vezes o salário do outro, que pode ser circunstante, não precisa nem estar fora do seu estabelecimento, pode ser até encontrado em algum lugar. Entre o Presidente de uma empresa em uma sociedade como a brasileira, que menos... a diferença é que se paga cinco, seis vezes no máximo. No Brasil pode ser de 100 vezes. Quer dizer, isso não é reparado no Sistema

de Saúde, nem que a pessoa ganhe prótese ou que não é necessário grande vantagem aparelhos para reparar a não sensibilidade da concentração da renda.

E essas coisas típicas de subdesenvolvimento com demanda crescente do serviço de ponta que é também ... parece paradoxal, mas existe uma convergência nisso. Quer dizer, sociedades mais equilibradas acumulam menos necessidades de tal particularidade. Não existe nem um país do mundo que cresceu tanto a índices aceitáveis. Quando eu fui Secretário de Saúde do Estado, nós fizemos algumas evoluções na perspectiva de uma regionalização do Sul com a experiência do Rio Grande e tal. Hoje, no Paraná, desde 7 anos atrás, foram feitos milhares e milhares de transplantes. A reclamação hoje de transplante é muito maior do que antes quando não se fazia nada e a hipertensão arterial cresce assustadoramente no País. Nós temos uma grave dificuldade de controlar essa doença, que cresceu hoje em dia tão fugaz, tão difícil de dominar biologicamente e estamos recomendando cada vez mais .... diálise, todas as máquinas de diálise estão ocupadas e cresce cada vez mais. Não é qualquer pessoa que tem que fazer transplante, mas existe um exagero possivelmente, e um deslocamento para a complexidade agregada. E a complexidade agregada... secundariamente as equipes que interessam mais a hospitais e interessam também a todos na medida, e eu acho que aí é um grande desafio, que o trabalho laborativo das equipes, inclusive do médico, que é considerado destacadamente em relação aos outros membros da equipe, o labor do trabalhador sanitário é pouco retribuído pelo trabalho em si, ele é muito mais retribuído indiretamente. As doenças comuns que afetam a grande maioria das pessoas que pode ser o começo de uma doença complicada não têm status.

Eu vou emprestar isso de um colega meu de Blumenal: eu era um professor de Patologia Básica em Saúde Coletiva, da Universidade de Blumenal em 1991 e 1992 e tinha um colega formado Clínica em Curitiva e alguns meses que eu estava e fazia mais de ano que eles estavam procurando um professor da Parasitologia, e como médico, todos exigiam como se Parasitologia fosse médico. Aí eles fizeram uma reunião na qual eu participei e estavam pensando em flexibilizar a exigência. E esse rapaz disse: é, esse negócio de parasitologia não prevê status.

A assistência ambulatorial que foi falado: 63. 650 unidades ambulatoriais; 5. 794 unidades hospitalares com um total de 441 mil leitos hospitalares à disposição.

Os dados de análise da assistência integral, não há quem desconheça quanto o sistema resolver o enfrentamento do HIV, dos doentes de AIDS; pacientes com Câncer; o número de procedimentos de atenção básica – 251 milhões de exames laboratoriais; 8 exames de ultrassonografia, considerando 3 milhões em crianças, 2.6 ou 2.8 milhões por conta do SUS ; 132.5 milhões de atendimentos de alta complexidade – tomografia e todos os demais exames.

O PSF, por exemplo: aqui no Ceará, tem em todos os municípios. Então estão na faixa de 56%, 57% da população, mas está em mais do que 50% da população e está em todos os municípios. E o que é interessante é que os grandes municípios, não em relação de ordem direta, mas principalmente de ordem interna do Sistema que já têm estruturas estabelecidas têm uma certa resistência, como por exemplo, a cobertura em Fortaleza é bem aquém desses 50%, em torno de 15% a 20% de cobertura pelo Programa de Saúde da

Família. 83 mil cirurgias cardíacas, 60 mil cirurgias oncológicas, 93 mil cirurgias de varizes, 23.4 mil transplantes de órgãos.

Nos 5.560 municípios, nós 73% com menos de 20 mil habitantes. O Estado do Paraná, minha experiência de Secretário até 2001, o número de municípios com apenas 20 mil habitantes, no máximo 20 mil habitantes era 80% dos municípios. A mortalidade infantil no ano 2000 e percebemos que na faixa até 28 dias de vida – a mortalidade infantil precoce – esse número é muito difícil de baixar. Quando é mortalidade infantil muda-se mais ou menos rápido, mas baixar é muito difícil. Todos pensamos em mexer com os dados, aí ocorreu uma hipótese: onde tem 20 mil habitantes nasce uma criança por dia, porque nascem no Brasil mais ou menos 18 crianças cada mil habitantes. Se tem 20 mil habitantes, tem 360 crianças que vão nascer naquele município, distribuído, que dá mais ou menos uma criança por dia. Num lugar que nasce cinco a sete, dez crianças por semana, as pessoas aprendem a fazer parto; num lugar que nasce uma criança de vez em quando as pessoas não aprendem e pior, nós não aceitamos que o parto seja em casa, porque o bebê não estaria em situação diagnóstica, obstétrica já, o médico agendado já quando chegar no Centro Cirúrgico e atende-la se for necessária intervenção médica e quem faz isso são as curiosas inglesas, claro que sendo as curiosas inglesas nós ficamos mais impactados.

Daí sabe o que nós percebemos: nos 400 óbitos, eu estou arredondando, de crianças nos primeiros 22 dias de vida, 320 eram nos municípios que tinham menos de 20 mil habitantes. E a..... da população, porque os municípios se somados, apesar de serem muitos, se somarmos todo mundo tinha 20% da população do Estado. Então, isso é uma crueldade, porque a

mortalidade infantil precoce seja refutada por aquelas crianças dos lugares mais distantes, mais pequenos. Precisaria fazer diferença, mas não tem tecnologia agregada, não tem sistema de referência e transporte em tempo para as pessoas serem atendidas com vitalidade satisfatória.

Todo mundo vai a todo lugar onde bem vê, e o que dê na cabeça do profissional, ou do curioso, ou do vizinho que receitou que aquilo era bom para ele. Quer dizer, equidade é mesmo o mais grave desafio.

Outro dia, eu vasculhando na Internet e vi lá um programa, na Inglaterra, que trabalha equidade, o SUS deles lá. O SUS deles também tem esse desafio. Ele é permanente, porque a tendência dos sistemas sociais é dar mais a quem tem mais, apesar de que eles foram criados para dar mais a quem tem menos. É mais fácil continuar dando a quem tem mais, do que dar o primeiro atendimento a quem nunca teve.

A outra versão da integralidade. Sem dúvida nenhuma, você coloca o centro da discussão: universalidade e integralidade. O consumo de bens e serviços é o domínio entre nós; o atendimento à necessidade é menor que o consumo inercial. Eu tenho certeza disso, embora não tenhamos feito uma pesquisa dessa. Como o certificado de vendas, no desafio prático, as pessoas consomem bens e serviços de saúde com ou sem observar os resultados, elas vão sendo colocadas para frente, porque essa lógica ainda permanece. Pagar bem é desejável, mas nem sempre se paga bem. Então, se eu for ficar com uma pessoa que tem problema grave vai me custar, além de todo o custo material econômico-financeiro, o estresse que eu vou viver aqui, eu mando para frente. E os médicos e os outros profissionais de saúde aprendem a dizer

isso, nós temos sociedades assim, aí chamou o segurança e mandou-os para frente buscar recurso, porque aqui não tinha e daí acaba. Por exemplo, na Maternidade Assis Chateaubriand, que é um exemplo de maternidade aqui no Brasil, aqui em Fortaleza morreu uma criança. É óbvio, elas trazidas de uma imensa região que, diante do medo de ser acusado de imperícia, diante do receio de faltar tecnologia, diante de todos os pavores que se estabelecem nessas horas, o que nós fazemos? Mandamos para frente. E a Maternidade Assis chateaubriand vai mandar para onde? Ou salva e fica aqui na Terra, ou vai para o céu. E ela fica com o ônus.

Quer dizer, nós não podemos, por causa dessas dificuldades, questionar a integralidade excessiva ou não. Por quê? Porque aquele momento que as coisas que se consome, consome-se por se consumir. Agora, a orientação de se pegar o recurso e coloca-lo para quando vier uma necessidade objetiva de morte e de possibilidade de salvar, ainda é pouco praticado entre nós. Ainda é muito mais do que deve ser, porque direção, aplicação no que deve, com rigor.

Quanto à descentralização só um reparo e recomendo por que eu falo sempre sobre isso, mas eu quero contribuir com o debate, que a plenária fique mais esclarecida sobre a vivência e a experiência.

É que descentralização no Brasil é uma descentralização concentradora, contingenciada pela falta de recurso para dar gestão plena para todos. Acho que nós temos que fazer a centralização no mais breve espaço. E não é porque o Governo lá, há três anos, desde lá que escuto isso, desde quando eu mandei que se criasse a LOAS, que é difícil de se aplicar, mas é uma voz de reflexão e de articulação. É necessário idealizar que nós temos afinitude ao processo de

transição do velho INAMPS para o novo sistema, porque não há como repartir de forma mais justa se não fizermos a descentralização para todos. É reparar: um município pólo com as verbas que ele está recebendo, é necessário, sem dúvida nenhuma, mas vocês acham que ele é um distribuidor que, indiscriminadamente, vai atender a todas as necessidades demandadas de toda a Região só por que ali foram concentradas aquelas verbas, que somadas ao máximo nunca sobra, porque ele está sempre gastando mais, e gastando mais. Então, a descentralização que nós temos é muito importante. Existia uma só estrutura, hoje existem 550 municípios com gestão plena! Louvamos se os municípios eram capazes, mas e os outros 5 mil!? Eles deveriam ser plenos, porque perante a constituição, eles não são plenos. Se alguém acionar um município sobre alguma eventual condição do direito dele, ele pode responder constitucionalmente, ser réu e pagador de dívidas e compromissos com a boa assistência da população que reside ali no seu território.

Quanto à participação popular, sem dúvida nenhuma, eu acho que contudo que existiu uma certa permanência entre nós – os que participam e os que não participam – imaginem que isso jamais, nunca antes aconteceu e que na Inglaterra, que é o nosso paradigma, nós recebemos um consultor que falou sobre a forma de distribuição de recurso da Inglaterra. Ele foi um dos partícipes da criação dela, e uma forma muito interessante para o Hemisfério Sul e para vários países, quer dizer, a Inglaterra transformou completamente os Conselhos de Saúde em conselhos altamente tecnificados. E quando nós contamos a eles como é o nosso conselho e ficamos a imaginar que ainda existe essa possibilidade de implementar os conselhos com a participação generalizada e indisciplinada de cidadãos, usuários, trabalhadores e toda variedade que temos. Mas lá, na Inglaterra, eles especializaram em dar o grau

que a pessoa tem que ir à discussão superassessorada. Então, tem a comissão disso, comissão daquilo: uma tecnificação muito grande. Qual o interesse nisso? É o risco de colonizar o cidadão, em vez de prestarmos saúde para ele, nós fazemo-los virar sanitaristas.

A intersetorialidade, eu acho que tem uma experiência iniciando por parte do Governo Federal, e alguns Governos Estaduais estão tentando fazer isso.

A hieraquização, aí é um problema grave, porque hierarquia com complementariedade e com a complexidade da outra é uma coisa: eu não posso querer ver tudo em cada município e ver o sistema completo em todos eles. É preciso ter uma certa racionalidade. Mas geralmente a racionalidade democrática ofende a sensibilidade, a sensação de urgência do usuário, do cidadão. É diferente da nossa racionalidade moderna. Por exemplo: é muito comum dizer que em tal lugar não precisa maternidade, porque nasce muito pouca gente lá. Mas, imaginem o seguinte: uma pessoa que mora num município de 5 mil habitantes e quer ter um lugar de atendimento para pelo menos nascer num parto normal, sem outras decorrências ali. Não é natural! Eu faço uma brincadeira: antes nascíamos na cama que era feito, agora, pelo menos, resta a esperança de nascer no município onde foi feito. Porque há 50 anos atrás a pessoa nascia em casa, na mesma cama que foi feita. Agora, pelo menos nascer no mesmo município. Não tem mais isso! Está *perigando* a se nascer mais em quatro, cinco municípios em cada Estado! É um absurdo! É um exagero! Quer dizer, a tecnificação para além do bem que ela pode fazer! No Paraná, a Sociedade de Obstetrícia tem a arrogância de dizer que parto é um ato médico. Parto é uma situação de vida de algumas mulheres, que exige,

eventualmente, a intervenção e a retaguarda do aparato médico-hospitalar, mas ainda é natural, ainda pode ser natural. E a regionalização é um grande desafio. Por quê? Porque o território ideal do Sistema de Saúde raramente coincide com o município, também não coincide com o Estado; nem o Estado, nem o Município, nem a União são territórios ideais. Então, no meu entendimento, é possível que seja uma macrorregião por acordo entre Município, Estado e União e, quem sabe evoluímos, nos próximos anos, daqui a mais 15 anos, onde tem as regiões de saúde no Brasil, porque é preciso. Em todas as atividades controladas pelo Estado existe uma regionalização. Por que não criamos regiões de Saúde? Mas não uma região de saúde só político-administrativa de cada Estado, mas regiões de saúde onde integre complementariedade, integração, hierarquia e atendimento, com tecnologia contemporânea, atual que dispomos da melhor maneira para que aquele cidadão, para aquela mulher, para aquela criança que precisa dele no seu problema de saúde.

Embora cada Governo possa estabelecer suas prioridades, o SUS é suprapartidário. Eu acho que a prática do conselho local, dessas conferências, a prática que estamos cultivando e começando a induzir outras áreas, embora houvesse conferências em cidades, por exemplo, é uma tentativa de construir para a democracia representativa, não aniquilando a sua contribuição, mas tenho certeza absoluta que apenas a democracia representativa não dá conta da sensibilidade do Sistema Social.

Aquele modelo de assistência, uma contribuição também da exposição do Alex, falando do modelo médico-assistencial privatista, do modelo sanitarista e da vigilância em Saúde. Acho que essa síntese todo mundo

conhece, que é juntar assistência, com a visão da prevenção, com a visão sanitária e que pode ter carro-chefe a Saúde da Família em termos: há situações que não estão satisfatoriamente disponíveis.

E esse conceito da Saúde tentando integrar políticas públicas, produzindo cidade em condição de vida saudável. A promoção da Saúde na interface das políticas públicas e atenção básica. A atenção básica pode ser plenamente conduzida pela Saúde da Família; A Saúde da Família precisa de algum grau de especialização. E é preciso ter uma articulação intermunicipal para realizar a assistência hospitalar. E eu diria: é preciso ter também uma articulação dentro dos Estados e entre os Estados.

Tem Estados, por exemplo, Sergipe tem como formar uma região de Saúde totalmente integrada, duas, no máximo. Tem Estados que comportam cinco, seis, sete regiões ou por grande extensão territorial, ou por grande concentração populacional e tem necessidade de mais de uma integração regional.

Bom, para encerrar. Pense nesses desafios: não entrem nessa conversa que a universalidade é que prejudica o SUS. Se você contiver as despesas que não são necessárias e estabelecer protocolos competentes, inteligentes, capazes de dar um bom encaminhamento, só pelo deslocamento do gasto, eu não diria que o SUS é peculário. Não é possível ser peculário para fazer os milhares que nós fazemos com o dinheiro que nós temos. Mas ele não gasta otimamente tudo que gasta. Então, se se fizer um esforço de otimizar, você pode otimizar com o critério da necessidade, que é uma grande discussão. E temos que implementar essa discussão. Universalidade é bom, agora

universalidade não é para pedir qualquer coisa a qualquer hora em qualquer lugar, porque se não tiver um dado serviço como é que vai cumprir as necessidades indispensáveis que protegem a vida, evitam o sofrimento, fazem bem para a saúde. A relevância pública é uma experiência interessante para nós, mas discutindo com o Alex até vimos que a relevância pública foi dito assim: se não passar mais do que isso, pelo menos relevância pública, porque eu sempre boto, quando eu discuto isso, a idéia de que transporte coletivo é interesse estatal, um direito do indivíduo-cidadão, que é soberano, um dos direitos fundamentais da Constituição é o direito de ir e vir. Qualquer pessoa que se mete a transportar pessoas está fazendo um exercício público autorizado não à revelia do Governo, mas é estatal, absolutamente estatal. Então, a relevância pública é outra grande conquista, mas é o desejo do Sistema Único Estatal atenuar essa relevância pública de certo modo.

A municipalização – não há dúvida que o município, que tem hoje uma burocracia apresentada como um bem nesse País, é muito difícil que se consiga fazer melhor se fôssemos começar de novo hoje, em 15 anos, o que nós conseguimos fazer.

Vamos falar de uma doença que apavora qualquer um de nós: Meningite. Em todo lugar do Brasil, em todo município do Brasil tem pelo menos uma pessoa que escuta todos os dias os casos de Meningite: 5.560 em um município só para dar um exemplo, para não falar de tantas outras. E isso nos transmitiu a competência que temos em controlar uma doença epidêmica, supra-epidêmica, gravíssima, só para dar um exemplo. Por quê? Eu queria saber! O maior avanço que eu evidenciei como Secretário de Saúde por sete anos foi o Sistema de Informação. Nós aprendemos na escola a falar mal do

sistema de informação usado hoje no Brasil e aceitar a estatística americana, alemã, aliás, um paradigma de médico, tem médico bem autoritário que acha ser... geralmente em região. Quando é espírito nós aceitamos que ele seja autoritário, agora quando é em carne e osso, nós queremos que seja democrático. Quer dizer, tem essa abertura para autoridade e isso é um perigo. Na Saúde, nós temos essa licença com autoridade. E quem é profissional de saúde, secretário municipal, dirigente, médico o que quer que seja a nossa formação, cuidado porque a pessoa em sofrimento está mais aberta. Ela te dá uma licença cultural, uma licença naquele momento de sofrimento de ser invadida. Então, no ato de fazer Saúde, nós temos sempre duas opções: ou colonizar, ou ajudar a pessoa a ser mais ela e infelizmente, nós mais colonizamos do que ajudamos a pessoa a ser protagonista da sua própria saúde. É lamentável, mas é verdade. Às vezes, uma bobagem. A pessoa diz: doutor, já descobriram o tratamento para essa doença? Não, não descobrimos, mas já quase estamos descobrindo. Nós sempre dizemos logo que já conseguimos a solução, para não atender mal.

A Emenda nº 29 – a Emenda nº 29 seria o caminho da estadualização. E nós fizemos municipalização, os Estado não são tão protagonistas tanto quanto devem ser: eu fui Secretário Municipal, fui Secretario Estadual, fui Presidente do CONASEM, fui Presidente do CONAR. Mas a Secretaria do Estado tem que cumprir um processo profundo, às vezes dolorido, e conquistar uma posição nesse meio complexo de organização, de sustentação, de acompanhamento do controle da Saúde no País, que vai exigir delas menos esforço que o município se deve mais recentemente. Isso é fundamental e contando com a coisa muito desfavorável: o município não um ombro a mais, está na porta da Prefeitura, na porta da Câmara, na porta da Secretaria. O

Estado não é igualmente alcançado para todos. Então, na Região Metropolitana tem uma certa aura, sem que haja maldade nisso, sem que haja intencionalidade. Só pelo fato que tem se dado tanto, geralmente a Secretaria, tem uma Secretaria municipal mais complexa. O Secretário Estadual não é aceitável ao Secretário municipal. E os Governo Estaduais, tirando os compromissos programáticos e decisivos para começar a mudar isso resistem grandemente em ampliar compromissos com despesa, e especialmente o Secretário da Fazenda deve fazer passar todo tipo de argumento do hospital, tipo: hospital de força pública, Instituto Médico Legal. Tudo isso é justificado. Então, é por causa disso que a atenção na Emenda nº 29 , no orçamento de 2004 do Governo Federal, e eu espero que transite bem com a mobilização que está acontecendo, mais do que 3.2 com o Fome Zero existe aí o precedente que 17 Estados que não cumprem a Emenda nº 29. Então, eu acho que o movimento que se está fazendo e a compreensão já chegou no Planejamento, já chegou no Palácio do Planalto será suficiente para corrigir esse furo.

Quanto à iniciativa privada. Vocês lembram que no Art. 199 da Constituição está escrito que "*é livre a iniciativa em Saúde".* Esse artigo é reativo, porque no Hemisfério Sul, quando ele está na sociedade ocidental, é óbvio que não é por lei, mas pela obviedade do processo histórico há uma lei sanitarista, mesmo que periférica e não é proibido que ninguém estabeleça nada em atividade nenhuma. Mas por que esse instituto? É, de certo modo, aquela concessão que houve no Sistema Estatal pegando tudo, ou no sistema estatal integrando tudo ou o sistema estatal, porém aproveitando a iniciativa privada existente. Acho que isso foi inteligente, foi negociada, foi democrática, mas iniciativa privada à Saúde estabelece um meio termo não

está correto. Deveria haver estímulo até para quem quisesse até para quem quisesse instalar um, mas repressão, não estou dizendo física, de política de código de postura, uma série de coisas, reprimir em qualquer lugar, alguém pode pensar de uma forma mais liberal e dizer assim: não, eu não corro risco. Eu me estabeleço onde eu bem quiser. Vocês sabem por que não? Porque é uma ilusão pensar um Sistema de Saúde, que tem uma alta assimetria de informação. Eu sou médico. Se eu vou num médico o primeiro procedimento que ele me pede eu entendo; o segundo é mais ou menos especulo, o terceiro não entendo mais nada, até tem um ditado que diz: a relação do Sistema de Saúde ou se toma uma primeira decisão, ou então ele não toma mais. Então, quando vocês falam sem a entonação em qualquer atividade na área com apenas o compromisso da liberdade de iniciativa, por um lado está certo respeitar já que todos podem se estabelecer numa sociedade totalista, mas não dá certo abrir em franco, para entrar, sem critério, todo e qualquer produto, todo e qualquer procedimento, toda e qualquer técnica antes de passar por algum órgão regulador e eu esqueci de falar aquilo que se faz necessário. Por quê? porque é um sistema de invasão insinuante e persuasiva e depois de caráter discursivo e que se começa a estabelecer nas pessoas um franco sofrimento e sem ilusão de conseguir o estabelecido já, formalmente, alguma solução. E aí nós vamos contaminando sucessivamente. E daí pergunta em outros para os fóruns, pergunta para as pessoas do controle de avaliação, de planejamentos estaduais, das Secretarias Estaduais e dos municípios quanto se gasta de energia para conter a saída avassaladora de colonização tecnológica do médico, do enfermeiro e do estabelecimento laboratorial, hospitalar e etc. Então, liberdade de iniciativa, sim, mas sob controle do Estado como regulação, como zoneamento com o máximo cuidado, porque é por aí que se

simula e logo a seguir eles querem enriquecer o SUS, depois enriquecem e não querem mais o SUS.

Essa é outra característica desse tipo de iniciativa: nada contra quem queria se estabelecer. Mas numa sociedade, um estabelecimento único não pode ofender o exercício da plenitude da saúde do outro. Se você abre um restaurante, você também está sob o risco; se você abre uma farmácia, se você abre um hospital, tudo que você abre, você está entrando no meio da sociedade para oferecer serviço para ela, então você tem que cumprir alguma perante o Estado e tem obrigação de dirigir da melhor forma esses esforços. E as outras intervenções?

São oito incisos no Art. 200, por exemplo, tem um inciso lá que vai ser responsável com a Secretaria da Reformulação do Trabalho e Informação: ordenar a informação. E eu destaquei: até hoje o que nós organizamos e, às vezes insatisfatória e equivocadamente, foi o delivery, foi a entrega de bens e serviços para o demandante. É verdade, não dá para parar o Sistema de Saúde, tem que continuar vendendo, mas é preciso fazer um incitamento, ou seja esconder esse fluxo inercial de consumir, consumir e consumir e organizar um pensamento, um raciocínio, uma inteligência sobre saúde que seja superior a uma nota fria, a uma nota subir mais que o equipamento, porque na máquina nova vocês já têm como usar. E como nós sabemos não é excludente. E assim, no futuro, como não se paga pelo labor e paga-se diretamente que é algo mais complicado aí é preciso pensar uma nova relação com a grande iniciativa privada, que é bem-vinda, principalmente as Santas Casas, os hospitais evangélicos e outras dessa natureza, mas de uma maneira que tenhamos um controle dessa prática melhor do que apenas o grau de controle.

Então, eu acho que abusei demais da atenção de vocês, vocês conhecem isso aí muito melhor do que eu. Não vá nessa balela de que a universidade prejudica a implantação do SUS, porque o que faz mal para a saúde é a desigualdade e não o acesso ao aparato médico-hospital-farmacêutico, embora o aparato médico-hospitalar-farmacêutico não possa corrigir injustiça.

A Marissol Rodrigues fala com muita precisão, ela é pesquisadora em Barcelona, que os sistemas endemônicos sempre formavam algum grau de injustiça e que os sistemas públicos, em reparação do aumento dessas injustiças são feitos exatamente na contra-mão dessas evidências, mas existe o risco de que eles também provoquem desigualdade, e potencialmente nessas desigualdades. Eu não acredito que o SUS como um todo faça isso, mas ele não está vacinado contra isso. Ele pode fazer o mal sim, quando ele distribui um bem ou um serviço para quem está usando o que todos estão usando e deixa de oferecer um bem ou um serviço que seria vital para esta ou para aquela pessoa que não teve oportunidade de perceber por si só um serviço constante. Quer dizer, a prática da saúde é um desafio permanente. É como um trabalho doméstico: quando você faz tudo certinho, não tem reclamação nenhum e também influi na gratidão, quando falta àquele essencial, aquele que ele ou ela espera, geralmente é extremamente cobrado, extremamente punido e questionado que não funcionou bem. No Sistema de Saúde, nós temos essa experiência. Mas não trabalhamos num Sistema por causa da atitude do outro ou de nós mesmos. Nós temos que trabalhar num sistema pela coerência da nossa prática conosco mesmo. E aí tem uma gratidão muito grande, porque trabalhar na Saúde faz bem para saúde e vai que você pode fazer bem para a saúde dos outros, melhor ainda. Obrigado, pela atenção.

DIA 29 DE OUTUBRO DE 2003
IV CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE
VOTAÇÃO DO REGIMENTO INTERNO DA CONFERÊNCIA

SR. POLICARPO BARBOSA: Meu nome é Policarpo, eu sou do Conselho Estadual de Saúde e sou Secretário de Saúde de Cascavel.

Nós tivemos um pequeno contratempo na questão da chegada dos regimentos, mas nós estamos já iniciando a aprovação do Regimento Interno da IV Conferência Estadual de Saúde.

Então, vamos iniciar a leitura e a consequente aprovação do nosso Regimento. Nosso querido amigo Chico vai dar algumas explicações de como a Mesa vai proceder.

Essa questão do Regimento, nós temos que ser rápidos, temos que contribuir para que realmente o trabalho flua rápido, com tranquilidade. O Regimento é importante, mas os Regimentos são muito parecidos em todas as conferências, mas é um instrumento legal, é um procedimento democrático, então essa Plenária tem que aprovar o Regimento.

Eu vou passar aqui para o Chico.

SR. CHICO PASSEATA: Antes de qualquer coisa, nós aqui precisamos saudar a todos por estar aqui participando desta Conferência. Uma

Conferência, um Conselho de Saúde são locais de pactuação dos diversos segmentos da sociedade. Segmentos esses que têm contradições: dentro do próprio segmento – trabalhadores de Saúde – existem contradições entre os usuários, existem contradições entre os gestores e existem contradições com os prestadores de serviços. Então, temos que ter na cabeça que a verdade não tem dono. A pactuação que se faz numa conferência, esta é a nossa verdade. O somatório de nossas diferenças é que vai dar a verdade. É preciso ainda ver que a organização que a organização da Conferência até chegar aqui: o que é que está fora nas organizações de Conferências Municipais até chegar aqui. Com muitos acertos, mas também com muitos defeitos e nós precisamos criticar para, na próxima Conferência, diminuir o número de defeitos e aumentar o número de acertos.

Agora, eu queria dizer aqui as regras que vão pautar essa discussão. Vai ser lido o Regimento. Quem tiver uma contribuição a dar destaca o item e manda por escrito para a Mesa dos trabalhos para, no final, ser votado. Na votação, se tiver necessidade pode haver uma defesa da proposta que foi feita à Mesa e uma defesa da forma como está no regimento e se vota. Então, esta vai ser a forma de votar: vai ser lido o Regimento, destaca. A pessoa que destacou fica anotado o nome, depois a pessoa manda para cá o destaque por escrito e no final será posto em votação.

Então, vamos começar a leitura.

SR. POLICARPO BARBOSA: Então, é isso pessoal. Cada um tem aí o seu exemplar. Nós vamos ler pausadamente. Quem quiser destaque levanta o braço e diz o nome. Nós anotamos o nome e recebemos o destaque por escrito

e aí a Mesa vai dar três minutos para a pessoa que fez o destaque defender sua mudança e se tiver necessidade a Mesa vai dar três minutos para alguém defender o texto inicial. O Regimento vai sair no telão para acompanharmos com mais tranquilidade.

Art.1° - A IV Conferência Estadual de Saúde, convocada pelo Decreto Estadual n° 26098, de 08 de junho de 2003, publicada no DEE, em 24 de junho de 2003 terá por objetivo:

1) *Propor diretrizes para efetivar a Saúde como direito de todos e dever do Estado, bem como para a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS;*
2) *Promover reflexão e debate com o objetivo de avaliar e consolidar a Política Estadual do Sistema Único de Saúde incorporando um fluxo a ascendente às propostas emanadas dos municípios;*
3) *Contribuir para formulação de um modelo de atenção à Saúde. O SUS de mode equanime, universal, descentralizado, com qualidade e humanização na perspectiva de um efetivo controle social;*
4) *Aprofundar a discussão sobre aspectos técnicos e científicos de acordo com o temário da XII Conferência Nacional de Saúde;*
5) *Definir a composição do Conselho Estadual de Saúde – CESAU;*
6) *Eleger delegados para a XII Conferência Nacional de Saúde;*

Art. 2° - A IV Conferência Estadual de Saúde será realizada em Fortaleza, no período de 28 a 8 de outubro de 2003 sobre os auspícios da Secretaria da Saúde do Estado – SESA e Coordenação do Conselho Estadual de Saúde – CESAU.

Art. 3° - A realização da IV Conferência Estadual de Saúde ocorrerá em etapas nos âmbitos – Municipal, Estadual.

Art. 4° - A realização da etapa municipal obedecerá as seguintes situações: os Municípios que já realizaram suas conferências nos doze meses anteriores à data de publicação desse Regimento devem realizar a Plenária como etapas complementares específicas com os seguintes objetivos:

1) *Discutir o temário da XII Conferência Nacional de Saúde; eleger delegados das etapas subsequentes;*
2) *0 não-cumprimento do prazo da etapa municipal não constituirá impedimento à realização da etapa estadual no prazo previsto.*

Art. 5° - A Conferência terá como tema "Saúde, um Direito de Todos e Dever do Estado – a Saúde que temos, o SUS que queremos", que será discutido a partir dos seguintes eixos temáticos:

1) *Direito à Saúde;*
2) *Seguridade Social e Saúde;*
3) *Intersetorialidade das ações de Saúde;*
4) *As três esferas do Governo e a Constituição do SUS;*
5) *Organização da Pensam em Saúde;*
6) *Controle social e gestão participativa;*
7) *Trabalho na Saúde;*
8) *Ciência e Tecnologia em Saúde;*
9) *Financiamento da Saúde;*
10) *Informação e comunicação em Saúde.*

§ 1° - A Comissão Organizadora poderá incorporar na programação da etapa estadual temas específicos por sugestões da etapa municipal.

§ 2° - A Comissão Organizadora promoverá a elaboração de roteiros sobre o temário central que subsidiarão as discussões nas diversas etapas da IV Conferência Estadual de Saúde.

Só lembrando: a leitura está sendo feita para que as pessoas que tenham alguma divergência destaque, até agora não houve nem um destaque, o que significa dizer que está aprovado. Então, continuando.

Art. 6° - A abordagem de cada tema será realizada mediante apresentação de expositores na forma de painéis e Mesa Redonda.

Art. 7° - Casa expositor disporá de 15 minutos, prorrogáveis por mais 5 minutos para apresentar a síntese do documento previamente encomendada pela Comissão Organizadora.

Art. 8° - Os debates serão iniciados imediatamente após a apresentação dos temas expostos, na forma de Mesa Redonda.

Parágrafo Único - Após as exposições temáticas na Mesa Redonda, a palavra será aberta aos membros durante duas horas improrrogáveis.

Art. 9º - Será facultado a qualquer dos membros da Conferência, por ordem e prévia inscrição a Mesa dos trabalhos, manifestar-se verbalmente ou

por escrito, durante o período dos debates mediante perguntas ou por observações pertinentes aos temas expostos na Mesa Redonda.

Parágrafo Único – O tempo máximo para cada intervenção a que se refere o Caput deste artigo será de 3 minutos improrrogáveis.

Art. 10 – A Mesa dos trabalhos será dirigida por um coordenador e um moderador, indicado pela Comissão Organizadora, composta pelos expositores convidados.

Art. 11 – Os Anais da IV Conferência Estadual de Saúde deverão conter registro de discussões dos grupos, conferências, exposições dos temas, homenagem e resumo dos temas livres, assim como relatório geral.

Parágrafo Único – As exposições e debates serão registradas em CD-Rom para posterior tratamento, com vista a sua divulgação nos Anais da IV Conferência Estadual de Saúde.

Art. 12 – Com o objetivo de proporcionar a participação ampla e democrática de todos os segmentos representados na Conferência, bem como garantir o aprofundamento dos eixos temáticos subsidiados pelas exposições serão organizados grupos de trabalhos por extra-temário:

1) *As propostas discutidas nos grupos deverão ter aprovação de, pelo menos, 20% de seus membros para comporem o relatório do grupo;*
2) *Os trabalhos em grupo contarão com coordenadores e relatores que serão escolhidos pelos próprios grupos;*

3) *Será constituída uma equipe de relatores de síntese cuja composição será apresentada pelo Relator Geral e aprovado pela Comissão Organizadora na IV Conferência Estadual de Saúde;*
4) *Os relatores de síntese tem como responsabilidade a elaboração de relatórios parciais e a consolidação do relatório de cada tema para IV Conferência Estadual de Saúde;*
5) *Após a fase prevista no item 4, a equipe de relatoria de síntese, coordenada pelo coordenador geral e pelo relator adjunto elaborará a redação final do relatório de mérito conteúdo, que deverá ser aprovado pela plenária da IV Conferência Estadual de Saúde;*
6) *As questões divergentes contidas nos relatórios de grupo deverão ser contempladas nos relatórios sínteses e encaminhadas à plenária final, onde será objeto de votação;*
7) *Mantendo-se a proporcionalidade de representação, cerca de 35 a 40 grupos propostos por 40 a 50 participantes, discutirão os eixos temáticos;*
8) *Compete à Plenária Final a aprovação do relatório final: aprovação da composição do CESAU e das moções apresentadas pelos delegados, segundo o Regulamento;*
9) *A Comissão de Relatoria Geral disponibilizará um relator adjunto para cada grupo, junto ao Coordenador e Relator.*

Art. 13 – Nos grupos de trabalho recomenda-se tratar, prioritariamente, os temas definidos a partir deste Regimento.

CAPÍTULO IV

DA ORGANIZAÇÃO

Art 14 – A IV Conferência Estadual de Saúde será presidida pelo Secretário Estadual de Saúde, Presidente da Comissão Organizadora e, na sua ausência ou impedimento eventual, pelo Vice-Presidente ou ainda pelo Coordenador Geral, conforme deliberação do Conselho Estadual de Saúde – CESAU.

Art. 15 – O desenvolvimento da IV Conferência Estadual de Saúde está a cargo da Comissão Organizadora, indicada pelo Conselho Estadual de Saúde, instituída pelo Gestor Estadual na forma da Portaria nº 2031/03.

Art. 16 – A Comissão Organizadora da IV Conferência Estadual de Saúde é composta por membros do Conselho Estadual de Saúde e de trabalhadores do SUS assim constituída:

1 - Plenária do Conselho Estadual de Saúde

1) *Presidente*
2) *Vice-Presidente;*
3) *Coordenador Geral;*
4) *Coordenador Adjunto;*
5) *Secretário Geral;*
6) *Secretário Adjunto;*
7) *Tesoureiro Geral;*
8) *Tesoureiro Adjunto;*
9) *Relator Geral*

10) Relator Adjunto.

2 - Comissões Especiais

1) *Comissão Temática;*
2) *Comissão de Temas Específicos*
3) *Comissão de Comunicação;*
4) *Comissão de Infra-estrutura;*
5) *Comissão de Articulação e Mobilização;*
6) *Comissão Regimento Interno e Regulamento;*
7) *Comissão de Relatoria.*

Art. 17 – São atribuições da Comissão Organizadora:

1) *Coordenar, Supervisionar, Dirigir, Promover a realização da IV Conferência Estadual de Saúde atendendo aos técnicos, políticos, administrativos e financeiros;*
2) *Definir o número de delegados da etapa municipal e estadual;*
3) *Aprovar a proposta de programação e submeter ao Conselho Estadual de Saúde – CESAU;*
4) *Selecionar os expositores do temático central, bem como os documentos técnicos e roteiros de apoio;*
5) *Aprovar a proposta orçamentária relativa à Conferência, a prestação de contas de sua execução financeira e submeter à aprovação no CESAU;*

6) *Publicar os Anais IV Conferência Estadual de Saúde e envia-los à Comissão Organizadora da XII Conferência Nacional de Saúde.*

Parágrafo Único – As reuniões da Comissão Organizadora serão convocadas pelo seu Presidente ou por 50% dos seus membros.

Art. 18 – Compete ao Presidente da Comissão Organizadora:

1) *Promover, coordenar e dirigir todas as atividades necessárias a realização da Conferência;*
2) *Convocar reuniões ordinárias e extraordinárias, quando necessárias;*
3) *Assinar contrato de locação, de prestação de serviço, autorizar despesas, pagamentos e assinar cheques em conjunto com o tesoureiro.*

Art 19 – São atribuições do Coordenador Geral:

1) *Dar cumprimento ás deliberações da Comissão Organizadora;*
2) *Convocar a participação das reuniões das Comissões;*
3) *Coordenar as reuniões e atividades da Comissão Executiva e delegar competência aos seus membros;*
4) *Apresentar relatório nas reuniões ordinárias da Comissão Organizadora da IV Conferência Estadual de Saúde,*

informando sobre as atividades desenvolvidas pela Comissão Executiva;

5) *Elaborar proposta de programação da IV Conferência Estadual de Saúde;*
6) *Elaborar o plano de aplicação de recursos financeiros da IV Conferência Estadual de Saúde, juntamente com o Tesoureiro;*
7) *Estimular e assessorar a realização das Conferências Municipais;*
8) *Promover a divulgação da IV Conferência Estadual de Saúde.*

Parágrafo Único – O Coordenador Geral da Comissão Executiva será substituído em seus impedimentos eventuais pelo Coordenador Adjunto.

Art 20 – São atribuições do Secretário Geral:

1) *Organizar a pauta das reuniões da Comissão Executiva;*
2) *Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão Executiva;*
3) *Organizar e manter arquivos dos documentos recebidos e cópias dos documentos encaminhados em função da realização da IV Conferência Estadual de Saúde para providências e encaminhamentos;*
4) *Solicitar dos expositores dos temas centrais documentos-guia sobre o que será exposto;*
5) *Colaborar na programação das Conferências;*
6) *Viabilizar os trabalhos inerentes à Secretaria da IV Conferência Estadual de Saúde;*

7) *Responsabilizar-se pelo credenciamento de delegados e inscrição dos participantes da IV Conferência Estadual de Saúde;*
8) *Fornecer certificado aos delegados e participantes credenciados na Conferência;*
9) *Cuidar da promoção do evento e de todo o serviço gráfico relativo à Conferência.*

Parágrafo Único – O Secretário Geral será substituído em seus impedimentos eventuais pelo Secretário Adjundo.

Art 21 – São atribuições Relator Geral:

1) *Coordenar a Comissão Relatora da etapa estadual;*
2) *Coordenar o processo de trabalho dos relatores dos grupos de trabalho, ouvir da Comissão Organizadora da IV Conferência Estadual de Saúde;*
3) *Consolidar os relatórios da etapa municipal e prepara-los para distribuição aos delegados da IV Conferência Estadual de Saúde;*
4) *Coordenar a elaboração dos consolidados dos grupos de trabalho;*
5) *Coordenar elaboração e organização moções na plenária final para o relatório final da Conferência;*
6) *Elaborar a proposta de Relatório Final a ser apresentado ao Conselho Estadual de Saúde;*

7) *Realizar as tarefas necessárias à edição dos textos finais da Conferência;*
8) *Elaborar e fornecer dados, relatórios, cópias de documentos e demais subsídios necessários ao desenvolvimento dos trabalhos da Conferência;*
9) *Orientar os relatores dos grupos de trabalho; Promover, prover facilitadores para todos os grupos de trabalho da Conferência solicitando-os ao Coordenador Executivo;*
10) *Participar da elaboração dos Anais da Conferência.*

Parágrafo Único – O Relator Geral será substituído em seus impedimentos eventuais pelo Relator Adjunto.

Art. 22 – São atribuições do Tesoureiro Geral:

1) *Elaborar, juntamente com o Coordenador Geral, o plano de aplicação de recursos necessários à realização da IV Conferência Estadual de Saúde;*
2) *Preparar e providenciar a liquidação das despesas da Conferência;*
3) *Apresentar ao Presidente da Comissão Organizadora a prestação de contas e o relatório financeiro da Conferência.*

Art. 23 – São atribuições da Comissão Temática:

1) *Propor o tema central e os eixos temáticos da IV Conferência Estadual de Saúde;*

2) *Elaborar os termos de referência para tema central e eixo temático, visando orientar e subsidiar a apresentação dos expositores das Mesas;*
3) *Propor expositores para cada uma das Mesas Redondas;*
4) *Elaborar a relação de subtemas e os roteiros para os trabalhos dos grupos.*

Art. 24 – São atribuições da Comissão de Trabalho Científico:

1) *Organizar a apresentação dos trabalhos científicos e/ou relatos de experiências desenvolvidas através das políticas e práticas de Saúde vivenciadas no âmbito do SUS;*
2) *Proporcionar o compartilhamento de reconhecimento científico produzido por profissionais de Saúde nos serviços e instituições de fomento à pesquisa;*
3) *Sistematizar experiências e os reconhecimentos elaborados através das práticas e políticas de Saúde;*
4) *Favorecer interlocução das experiências científicas e populares produzidas pelos diversos sujeitos que atuam no cotidiano do serviço de Saúde.*

Art. 25 – São atribuições da Comissão de Infra-estrutura:

1) *Proporcionar condições de infra-estrutura necessárias á realização da IV Conferência Estadual de Saúde, referentes a local, equipamento, instalações gerais, instalações de audiovisuais, reprografia, comunicação, hospedagem,*

transporte, bem como acompanhar licitações e contratações de serviços;

2) *Avaliar, juntamente com a Coordenação Geral, a prestação de contas de todos os recursos destinados á realização da Conferência;*
3) *Propor critérios para escolha, identificação do local;*
4) *Providenciar reserva e preparo do local para realização da Conferência;*
5) *Providenciar mapa de localização e sinalização local do evento;*
6) *Redigir e assinar expediente relativo à Comissão, juntamente com o Coordenador Geral;*
7) *Garantir a limpeza e boa apresentação do local;*
8) *Responsabilizar-se pela montagem de um serviço de atendimento de emergência aos participantes na IV Conferência Estadual de Saúde;*
9) *Montar um esquema de proteção ambiental e pessoal;*

10) Providenciar a instalação de telefone para a Coordenação Geral do recinto da Conferência;

11) Providenciar a instalação do local para serviço de água, café e lanche da Conferência;

12)Providenciar, juntamente com a Tesouraria, a divulgação, comercialização e montagem dos stands

13)Atuar de forma integrada com as demais Comissões.

Art. 26 – São atribuições da Comissão de Comunicação:

1) *Definir instrumentos e mecanismos de divulgação da IV Conferência Estadual de Saúde ;*
2) *Promover a divulgação do Regimento da IV Conferência Estadual de Saúde;*
3) *Orientar as atividades de comunicação social da Conferência;*
4) *Elaborar o programa de divulgação da Conferência, assessorando à Coordenação Geral na escolha de modelos de cartazes, criação de logotipos, convites e outros instrumentos de propaganda;*
5) *Avaliar e indicar à Coordenação Geral, para credenciamento, os Assessores de Imprensa, os profissionais de filmagens, fotografias, meios de comunicação, objetivando apoio à divulgação da IV Conferência Estadual de Saúde;*
6) *Divulgar a IV Conferência Estadual de Saúde através de jornais, emissoras de rádios, jornais e malas diretas;*
7) *Expedir releases diários sobre as atividades da Conferência;*
8) *Elaborar e divulgar notícias, junto aos meios de comunicação de massa, bem como boletins, comunicadores e outros que circularão no local do evento durante a realização da Conferência;*
9) *Convidar e credenciar jornalistas para a cobertura dos trabalhos da Conferência, juntamente com a Coordenação Geral;*
10) *Viabilizar e receber a Imprensa durante o evento e, se for o caso, estabelecer agenda para as entrevistas;*

11) *Elaborar projeto das atividades da Comissão submetendo a aprovação da Coordenação Geral.*

Art. 27 – São atribuições da Comissão de Articulação e Mobilização, composta por Conselheiros do Conselho Estadual de Saúde e coordenadores e/ou membros da Plenária Estadual de Conselheiros de Saúde:

1) *Estimular a organização de Conferências de Saúde em todos os municípios como etapa importante da IV Conferência Estadual de Saúde;*
2) *Participar das etapas municipais da IV Conferência Estadual de Saúde;*
3) *Mobilizar e estimular a participação paritária dos usuários com relação ao conjunto dos delegados em todas as etapas da IV Conferência Estadual de Saúde;*
4) *Mobilizar e estimular a participação paritária dos trabalhadores de Saúde com relação à soma dos delegados gestores e prestadores de serviço de Saúde;*
5) *Estimular o encaminhamento dos relatórios das Conferências Municipais de Saúde à Comissão Organizadora da IV Conferência Estadual de Saúde:*

Art. 28 – São atribuições da Comissão de Regimento e Regulamento:

1) *Propor regimento e regulamento da IV Conferência Estadual de Saúde;*
2) *Acompanhar o seu cumprimento.*

Art. 29 – (mudança de fita)

Art. 30 – São membros da IV Conferência Estadual de Saúde:

1) *Delegados com direito a voz e voto;*
2) *Convidados com direito a voz;*
3) *Observadores.*

Art. 31 – Os delegados serão provenientes da Conferências Municipais de Saúde ou das plenárias, etapas complementares especifica, conforme o § 1º do Art. 4º:

1) *O número de delegados deverá obedecer a seguinte proporcionalidade:*
    - *1.1) Até 10 mil habitantes, 4 delegado;*
    - *1.2) De 10 mil e um a 20 mil habitantes, 6 delegados;*
    - *1.3) De 20 mil e um a 30 mil habitantes, 8 delegados;*
    - *1.4) De 30 mil e um a 50 mil habitantes, 10 delegados;*
    - *1.5) De 50 mil e um a 70 mil habitantes, 12 delegados;*
    - *1.6) De 70 mil e um a 100 mil habitantes, 14 delegados;*
    - *1.7) De 100 mil e um a 150 mil habitantes, 16 delegados;*
    - *1.8) De 150 mil e um a 200 mil habitantes, 18 delegados;*
    - *1.9) Acima de 200 mil e um habitantes, 80 delegados.*

2) *Os membros do Conselho Estadual de Saúde são delegados em todas as etapas das Conferências Municipais e Estadual;*
3) *O critério da paridade previsto no item 4, do Art. 1º da Lei nº 8.142/90 se aplica a categoria de delegados, convidados e observadores.*

Art. 32 – São delegados ou delegadas da IV Conferência Estadual de Saúde:

1) *Delegados eleitos na etapa municipal de acordo com os parâmetros definidos no item 1, do Art. 31;*
2) *Delegados indicados, observando o critério de paridade, conforme deliberação do Conselho Estadual de Saúde (Anexo II), assim distribuído:*
    a. *Conselheiros titulares e seus representantes, suplentes do Conselho Estadual de Saúde;*
    b. *Delegados indicados pelos gestores;*
    c. *Delegados indicados por entidades estaduais de prestadores de serviço de Saúde;*
    d. *Delegados indicados pelas entidades estaduais de trabalhadores da Saúde;*
    e. *Delegados indicados pelas entidades estaduais de defesa dos consumidores e de representações de movimentos sociais usuários do sistema.*

Nós voltamos a lembrar que temos destaque no Art. 30 e Art. 32, pois que apresentem por escrito à Mesa.

Art. 33 – Serão convidados à IV Conferência Estadual de Saúde representantes de órgãos de entidades com atuação de relevância na área de Saúde e setores afim, bem como os componentes da Coordenação Geral e Comissões Especiais, que não são delegados num percentual de 25% do total de delegados.

Art. 34 – Serão aceitos observadores da IV Conferência Estadual de Saúde.

Art. 35 – A inscrição de delegados deverá ser feito junto à Secretaria da IV Conferência Estadual de Saúde, mediante comprovante do envio dos relatórios pelos Conselhos Municipais de Saúde até 17 de outubro de 2003.

§ 1º - O credenciamento de delegados, convidados e observadores da IV Conferência Estadual de Saúde acontecerá a partir das 8h do dia 28 de outubro de 2003, até às 12h do dia subseqüente.

§ 2º - A função de delegado é intransferível e somente será efetivada de acordo com o dispositivo disposto neste Regimento.

CAPÍTULO VI
DOS RECURSOS FINANCEIROS

Art. 36 – As despesas com organização geral e realização da IV Conferência Estadual de Saúde ocorrerão por conta do Governo do Estado,

com recurso da Secretaria Estadual da Saúde, mediante dotação orçamentária do Tesouro do Estado.

Art. 37 – Para a realização da IV Conferência Estadual de Saúde será necessária a elaboração de um orçamento prévio de despesa pelo Coordenador Geral, que será submetido à apreciação da Comissão Organizadora e aprovação do Conselho Estadual de Saúde.

Parágrafo Único – A execução das despesas constantes do orçamento da IV Conferência Estadual de Saúde será solicitada pela Coordenação Geral à Secretaria de Saúde do Estado – SESA.

Art. 38 – As despesas referentes à realização da IV Conferência Estadual de Saúde será de responsabilidade da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

§ 1º - O Deslocamento dos delegados à XII Conferência Nacional de Saúde ocorrerá por conta de recursos orçamentários próprios ou específicos do Estado.

§ 2º - A União e o Estado não arcarão com despesa relativa aos observadores.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 39 – A Comissão Organizadora, no sentido de facilitar o encaminhamento e identificação dos presentes no ato da inscrição, fornecerá

crachás específicos para cada membro participante, de acordo com sua condição.

Art. 40 – Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Coordenadora e Mesa Coordenadora da IV Conferência Estadual de Saúde.

Esse Regimento foi aprovado na 185ª Reunião Ordinária do Conselho Estadual de Saúde no dia 29 de setembro de 2003, revisado e retificado na 187ª Reunião Ordinária no dia 10 de outubro de 2003.

SR. COORDENADOR: Houve dois destaques: um destaque no Art. 31 e um destaque no Art. 32, da senhora Gabriela Carvalho Pinheiro. Nós esperamos que chegue aqui a proposta de redação alternativa para que nós possamos pôr em votação.

Estamos aguardando dois destaques nos Arts 31 e 32. Então, a pessoa que destacou apresenta por escrito. Nós vamos ler e vamos dar um tempo de defesa.

Estamos recebendo o destaque para o Art 32. Então, a Mesa vai ler o Art. 32.

Apresentaram aqui o Art. 10, não foi pedido destaque. As regras foram ditas aqui no começo, foram repetidas durante a leitura que qualquer pessoa podia fazer destaque e ao fazermos a leitura estivemos dizendo: não foi feito destaque, está aprovado até aqui. Quando estávamos no Art. 33, disseram: tem destaque no Arts. 31 e 32. Tudo bem, manda por escrito. Então, foram os

únicos destaques que foram ditos. Foi dito que essas eram as regras. Pena que alguém não cumpriu as regras. Se se chegou depois, aí fica difícil. Então, agora chegou destaque do Art. 31 e 32. Do Art. 10 e do Art. 13 não foi pedido destaque. Então, o que não foi pedido destaque está aprovado, a não ser ... as regras foram ditas, foram repetidas seguidamente.

Seguinte: quais são as ponderações que foram feitas? Só chegou aqui do Art. 32.

SR. MARCUS VINÍCIUS: Nós chegamos agora de Caucaia. São 40 pessoas na fila e não pegaram nem o Regimento Interno e o senhor já está aprovando. Foi entregue agora. Eu nem li esse Regimento Interno. Vamos ter uma *paciênciazinha*. Vamos ter calma.

Repito, nós acabamos de chegar de Caucaia, de ônibus, com uma comissão de 40 pessoas e 38 pessoas estão na fila ainda para pegar o Regimento Interno, como é que nós vamos votar? A Mesa tem que esperar. Os companheiros têm que ler o Regimento Interno.

SR. COORDENADOR: Um instante só, camarada, por favor. Olhe, aqui nós estamos entre irmãos, nós estamos fraternalmente discutindo. As pessoas têm direito a falar. Ele termina de falar e aí nós encaminharemos. Você para finalizar o que o senhor queria falar.

SR. MARCOS VINÍCIUS: Bom, como vocês falaram: nós temos que ter compreensão e paz, aqui é para todo mundo. A Saúde é para todos nós. Isso aqui é uma democracia. Eu agradeço ao senhor o espaço e que vença o

melhor, que as propostas sejam boas para toda a comunidade do Estado do Ceará.

SR. COORDENADOR: Olhe, o companheiro de Caucaia, por motivos que fogem a vontade dele e a da maioria das pessoas que estavam aqui chegou atrasado. A maioria ouviu as regras e participou. Então, vamos tocar de acordo com as regras. É o entendimento da Mesa.

Vamos então. Vamos por em votação o destaque único que chegou aqui. O destaque é do Art. 32.

O Art. 32 diz: *"São delegados ou delegadas da IV Conferência Estadual de Saúde:*

3) Delegados eleitos na etapa municipal de acordo com os parâmetros definidos no § 1º, do Art. 31;

4) Delegados indicados, observando o critério de paridade, conforme deliberação do Conselho Estadual de Saúde (Anexo II), assim distribuído:

A. Conselheiros titulares e seus representantes, suplentes do Conselho Estadual de Saúde;

B. Delegados indicados pelos gestores;

C. Delegados indicados por entidades estaduais de prestadores de serviço de Saúde;

D. Delegados indicados pelas entidades estaduais de trabalhadores da Saúde;

E. Delegados indicados pelas entidades estaduais de defesa dos consumidores e de representações de movimentos sociais usuários do sistema.

É bom se notar que esses critérios não foram criados aqui, eles foram copiados dos critérios da Conferência Nacional de Saúde. Então, estão sendo criticados o item B, que é *"Delegados gestores",* o item C, *"Delegados indicados por entidades de prestadores de serviço de Saúde"*, o item D, *"Delegados indicados pelas entidades estaduais de trabalhadores de Saúde"* e o item E, *"Delegados indicados pelas entidades estaduais de defesa dos consumidores e de representação de movimentos sociais usuários do Sistema."*

Nós chamamos o companheiro que fez o destaque, só que, de antemão, nós queremos dizer o seguinte: as três conferências anteriores, as Conferências Nacionais de Saúde, essa inclusive. Existem entidades e instituições dos vários segmentos que eles não são eleitos nas Conferências Municipais de Saúde ...

(Intervenção do Plenário fora do microfone)

Obrigado, meu amigo. Eu agradeço a sua participação na condução da Mesa, mas a Mesa vai continuar dizendo o que tinha de dizer, aí depois o senhor vem e protesta. A Mesa está encaminhando.

(Intervenção da Plenária fora do microfone).

Se for defesa ou não a platéia vai votar com toda consciência. A Mesa tem... O Plenário tem plena consciência do que vai votar.

Só finalizando, dizendo que as entidades e instituições que têm relevância, como os próprios conselheiros são indicados da mesma forma que os outros: os conselheiros usuários, gestores, prestadores, trabalhadores de Saúde titulares e suplentes são indicados da mesma forma que as entidades estaduais de trabalhadores, de gestores.

SR. REGINALDO: Bom-dia. Eu sou representante de profissionais de Saúde. O meu destaque é pela supressão dos itens B, C, D e E do Art. 32 entendendo que participar de uma Conferência Estadual de Saúde é um princípio democrático e participativo. Se as entidades querem participar de atividades como essa, elas devem se organizar, se articular, participar de foros e assim elegerem seus representantes. Delegados indicados fere o princípio democrático de qualquer Conferência, entendendo que as pessoas são representativas e participantes, mas eu sou favorável a supressão desses delegados, já que são cem, maior, inclusive, que o número de delegados numa cidade como Fortaleza, que tem dois milhões de habitantes.

SR. COORDENADOR: Olha, a proposta do companheiro é a supressão do item B, C, D e E do Art. 32. Só fica o item A. Então vamos dar três minutos para alguém, inclusive que participou da Comissão Organizadora, para defender a manutenção do texto.

A Mesa, imediatamente, depois da defesa da companheira vai colocar em votação.

SRA. PARTICIPANTE: Bom-dia aos companheiros e companheiras presentes. Eu acho que a democracia deve servir para todos nós como parâmetro nas discussões e na construção do processo democrático. Eu não entendo uma conferência que ... na organização e no princípio do SUS trata das questões de paridade de representação e de construção com a participação da sociedade civil. É bem verdade que nós seguimos para construir esse artigo do qual o companheiro está pedindo a supressão de forma orientada pelo Regimento Nacional. Se esse princípio que está colocado aqui não é democrático para a Conferência Estadual também não é democrático para a Conferência Nacional. Então, para ser coerente o companheiro tinha que vir aqui e pedir a supressão do artigo do Regimento da Conferência Nacional.

O Regimento da Estadual está seguindo o princípio do Regimento da XII Conferência. O Conselho Estadual de Saúde tem direito de fazer essa discussão. E nós fizemos essa discussão democraticamente com todas as representações dos segmentos que ali estavam. Então, eu quero defender as representações de entidades que não tiveram oportunidade de participar das Conferências Municipais, porque são instâncias de ordem estadual e que possam estar contribuindo aqui junto conosco o Sistema Único de Saúde. Foi mantido um princípio da paridade: tem representação de trabalhadores, tem representação de gestores e 50% de convidados das entidades e da sociedade civil. Então, eu proponho que seja mantido o texto.

SR. COORDENADOR: Tem também um outro destaque no Art. 32 que em vez de suprimir os quatro itens finais – o B, C, D e E – suprime todos do A ao E. Eu acho extremamente mais justo. Mas antes de votarmos... Se votarmos

suprimir todos aí já anula essa outra proposta; se não suprimir todos volta para suprimir só os quatro.

Com a palavra D. Gabriela Carvalho Pinheiro para defender a supressão de todos.

SRA. GABRIELA CARVALHO PINHEIRO: Bom-dia. Eu sou estudante e estou representando aqui os estudantes de Medicina. Eu sugeri a supressão do item 2 completo, porque esse item não estava contido no Regimento antes da Conferência Municipal. Ele foi alterado depois e como as pessoas que não participaram da Conferência Municipal gostariam de participar da Estadual, provavelmente esse foi o motivo deles terem incluído esse item. Então, eu proponho que as pessoas que participaram de todas as etapas da conferência, tanto da pré-conferência como da Conferência Municipal que sejam delegados da Conferência Estadual.

SR. COORDENADOR : Então, a Mesa está em regime de votação. A Plenária... Gente, eu até entendo a preocupação dos companheiros que pedem aqui. Agora o meu esclarecimento é no sentido: por exemplo, já foram inscritos os companheiros. Os próprios que estão pedindo a supressão vão votar, já votaram em outras vezes. Como é que vai funcionar a coisa? As próprias pessoas aqui vão votar como delegados para depois saírem, porque pelo que eu estou entendendo é para esse fórum aqui.

Esclarecendo. Até o momento está valendo que os participantes do Conselho Estadual de Saúde e as entidades estaduais, que não têm como ser eleitas nas Conferências Municipais, são delegadas. Então, essas pessoas que

estão aqui vão votar por que está valendo isso. Se for suprimido, vai ter que suprimir todos de entidades estaduais nessa Conferência. Então é isso que se vai votar.

Em votação. Primeiro vai ser votar o destaque total.

São três propostas diferentes: uma manteria o único conselheiro delegado nato ou como se queira chamar indicado o representando do CESAU e retiraria todas as outras delegações indicadas que foram feitas. Eu estou colocando, porque senão pode querer votar pela supressão de tudo...

SRA. PARTICIPANTE: A minha questão de ordem é justamente nessa linha. Eu acho que não está suficientemente esclarecido nem a proposta do Estatuto, que quando o Chico colocou aqui e ia explicar, alguém lá detrás contestou dizendo que era defesa. Então, é o momento dele defender agora. Então, eu acho que a proposta do Regimento tem que ser esclarecida. Eu não estou esclarecida e uma proposta só vai para a votação se a Plenária se sentir esclarecida. Então, o que é a proposta do Regimento? O que é a proposta do companheiro que veio aqui agora e disse que não é pela supressão total. O que significa a supressão total? Isso é muito importante por que disso pode resultar, inclusive a anulação dessa Conferência e da Conferência Municipal. Então, nós temos que ter clareza do que nós estamos fazendo aqui.

SR. COORDENADOR: Só um instante: a Mesa já ouviu duas questões de ordem. A primeira questão de ordem.

Só para esclarecer ao plenário. Tem duas propostas em relação ao Art. 32, § 2º. A primeira: suprime todos os delegados, observadores do critério de paridade, todos os itens A, B, C, D e E. A segunda mantém o A e tira os outros quatro. Tem que ser votado primeiro. Se tirar tudo não vota na supressão das quatro.

A segunda questão de ordem nós vamos para o Plenário, proposto pela Dra. Aldaisa: o Plenário está esclarecido para votação ou precisa de mais um esclarecimento? Se o Plenário estiver esclarecido vota-se. Se não estiver nós fazemos mais uma defesa da proposta e uma do Regimento.

Quem achar que está esclarecido levanta o crachá. Vamos agora uma defesa de três minutos para o Regimento e uma defesa para quem quer mudar o Regimento.

Pessoal, é o seguinte: a Plenária disse que não estava esclarecida. Nós vamos colocar em primeiro lugar duas propostas radicalmente contrárias: uma, a manutenção do Regimento; outra, a supressão total dos itens A, B, C, D e E.

É o seguinte: tem a primeira proposta que a Mesa recebeu que é manter apenas o item A e a outra proposta que a Mesa recebeu é: excluir tudo. Então, nós vamos colocar em votação por parte.

Tem alguém que queira defender, de novo, o Regimento? Está bem esclarecido, pessoal?

SRA. VILALBA: Não é defesa. É um ponto de vista. Olhe, com relação ao Regimento eu entendo o seguinte: se nós estamos aqui em Conferência Estadual discutindo o que é melhor para Estado do Ceará, nós temos que aproveitar todos os talentos, todos os atores do sistema. Então o que nos custa ouvirmos, compormos nessa discussão pessoas que estão constituindo o próprio sistema, ou seja, não está o item II paridade – usuário e Governo? No primeiro item não está paritário? Usuário e governo. Vamos juntar as forças, as idéias. Vamos imaginar os talentos, as opiniões e fazer disso tudo um grande sistema!

SR. PARTICIPANTE: Vamos defender a alteração do Regimento.

SR. SÉRGIO LUIZ: Eu sou observador com direito a voz. O nosso entendimento da construção do SUS é do processo de mobilização política. O SUS tem sido construído a partir disso e nós temos como marco de referência a VIII Conferência Nacional de Saúde, que se deu a partir de um amplo processo de participação da sociedade. A meu ver o que tem acontecido nos últimos anos (e é um entrave ao processo de controle social) uma burocratização das instâncias desse Sistema e, particularmente, das Conferências. Alguns segmentos da sociedade terminam se apropriando dos espaços e não abrindo da participação efetiva. Por exemplo, na minha categoria – a Odontologia – nós estávamos discutindo nessa segunda-feira e as entidades emperram o processo: indicaram a ferro e fogo três pessoas que, inclusive, não têm participado das discussões e do acúmulo das discussões. Têm segmentos que têm uma participação e uma trajetória muito mais efetiva na construção do sistema e efetivamente estão privados de participar. Então, o critério tem que ser, efetivamente, da equidade e igualitário da participação e

por isso que nós estamos defendendo a remoção de entulhos burocráticos que impedem a participação mais ampla da sociedade.

SR. PESSOA: Olha, um esclarecimento da Dra. Idalva. Se foram excluídos, exclui na paridade, não perde a paridade, a questão não é essa.

E segundo, Dr. Sérgio Luiz, nas discussões os conselhos são formados por entidades e instituições, não são formados por pessoas. As entidades e instituições é que indicam os representantes.

SR. COORDENADOR: Pessoa, em regime de votação. A Mesa vai esclarecer lentamente para a plenária votar conscientemente.

A Plenária se acha esclarecida? Nós abrimos mais inscrição. Se a Plenária se acha esclarecida levante o crachá. Então, a Mesa vai encaminhar a votação. A Plenária é soberana.

Em regime de votação. Não tem questão de ordem, minha gente. Se a Plenária entender que devemos abrir outras questões, nós abriremos. Mas regime de votação não cabe questão de ordem. Eu pediria a compreensão dos companheiros.

Então, minha gente é o seguinte: a Mesa vai encaminhar a votação. Pediríamos aos delegados que ficassem com os seus crachás na mão. Então, a primeira questão que nós vamos colocar: manutenção do texto. A segunda proposta: a exclusão dos itens B, C, D e E. Quem for a favor da manutenção do texto levante o crachá. Quem for a favor da exclusão. Mantém-se o texto.

A segunda questão apresentada por outra companheira: a exclusão total. O companheiro da Mesa está levantando a questão que já foi votada a manutenção do texto, que anula automaticamente a outra questão que é a exclusão total. Então, a Mesa pede desculpa e entende que o companheiro tem razão: se foi votada a manutenção do texto, então anula automaticamente a outra questão.

Passando para o outro item. Art. 31, nós temos aqui a proposta da companheira Gabriela. Pediríamos a Gabriela para... ela está defendendo a mudança... eu vou ler e a companheira vai defender. Então, o Art. 31, § 4º, que é o que a companheira está apresentando o destaque diz: *de 30 mil e um a 50 mil habitantes, 10 delegados.* É o item 4. A companheira quer acrescentar um parágrafo.

SRA. GABRIELA CARVALHO: Eu queria acrescentar um parágrafo a esse artigo, porque § 1º diz que *os municípios acima de 200 mil habitantes têm direito a 80 delegados*, no entanto, Fortaleza tem mais de 2 milhões de habitantes e Caucaia, que é o 2º município que teria mais habitantes tem cerca de 250 mil. Desculpa se eu não estou falando os dados corretos, mas é mais ou menos assim. Então, fica muito desproporcional Caucaia ter o mesmo número de delegados para a Conferência Estadual que Fortaleza, sendo que Fortaleza tem um número de habitantes muito maior. Então, se o número de delegados na Conferência Estadual de Fortaleza fosse proporcional ao número de habitantes, cerca de 30%, teria uma grande chance de serem eleitos mais ou menos 30% de delegados para a Conferência Nacional de Fortaleza, sendo que 80 delegados o que representa cerca de 4.6% dos delegados. Isso não é

proporcional aos 30% dos habitantes do Estado que são de Fortaleza. Então, eu proponho que os delegados que sejam eleitos para a Nacional 30% deles sejam de Fortaleza.

SR. COORDENADOR: Espera aí pessoal. Nós estamos num fórum democrático. A colega tem todo o direito de defender e nós devemos respeitar o que ela está defendendo. Se tem alguém para defender contra que venha aqui e defenda contra a proposta dela. Se não tiver ninguém que defenda contra nós colocamos em votação.

SRA. PARTICIPANTE: Mexeu na Caucaia, eu estou no meio. Bom-dia, que Deus abençoe todos nós aqui desta Conferência, principalmente a Mesa.

Eu queria dizer da seguinte maneira: essa questão de ... nós participamos, inclusive de Caucaia, quatro delegados de uma videoconferência que já falava o número de participantes dos Estados. Então, eu acho que para defender conselheiros, delegados para ir para Brasília para só passear, eu acho suficiente 80 representantes. Está muito bem. Eu acabei de chegar, bem dizer, da Conferência da Assistência Farmacêutica que foram 40 delegados do Ceará, inclusive quatro de Caucaia, pouquíssimos participaram da Conferência, o resto foi passear. Então, eu defendo que Caucaia seja o número suficiente que já está na lista, mas essa questão de acrescentar número ... o que vale é qualidade e não quantidade. Esse detalhe de Fortaleza ficar com o maior número do que Caucaia ou qualquer outro município eu não acho justo. Eu acho: vamos brigar pelas vagas? Vamos todo mundo brigar pelas vagas, mas vamos ter critério de não aumentar o número. E quem for, por favor, vá defender o nosso Estado do Ceará. Seiscentas e noventa propostas dos Estados

que foram defendidas na Conferência de Assistência Farmacêutica, o Ceará teve 37 propostas, mas porque estávamos lá. Eu quero dizer a vocês que as vagas da Caucaia nós vamos brigar e não cedemos nem uma para Fortaleza. Desculpe-me quem é de Fortaleza.

SR. COORDENADOR: Uma questão de esclarecimento ao Plenário. Quando forem falar no microfone, falem mais longe, porque a voz de vocês será mais bem ouvida.

Segundo, está prejudicada a discussão por que Dona Gabriela Carvalho retirou o destaque dela. Não mais destaque. O regimento foi aprovado, sem nenhuma modificação. Vamos continuar a nossa Conferência.

Então, pessoal, nós vamos ter o intervalo. O Regimento foi aprovado. Estamos de parabéns. E dentro de 30 minutos em ponto, nós vamos ter a continuação da nossa Conferência com a apresentação dos painéis. Então 10h e 30min nós estaremos aqui para abrir os trabalhos da nossa Conferência com os painéis.

(INTERVALO)

PAINEL 1 : ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE

Armando Martins Bardou Raggio

SR. ARMANDO BARDOU RAGGIO: Bom-dia. Vamos começar. Respeitável público, bom-dia. Com o Pastor Carlão fazendo a dinâmica que começou agora há pouco, mexendo um pouco com o nosso corpo e com nossa atitude perante a divindade. Não sei qual é a igreja dele, mas pelo jeito ele tem um bom treinamento em pregação. Quando ele viu esse salão grande e aproveitamento de espaço igual está se fazendo essa Conferência, ele achou que era o momento convencer mais adeptos.

Mas o que ele fez me despertou para uma experiência que eu tive durante muito tempo como Secretário Municipal de Saúde, depois como Secretário Estadual que era provocar as pessoas a tomarem uma atitude diferente da atitude habitual que elas têm perante as situações mais comuns, como por exemplo, estarmos reunidos e, de repente, sermos chamados a mexer com o corpo, cumprimentar o vizinho e realmente a nossa história de Saúde está muito relacionada com o modo de se comportar. Nós herdamos um conceito de Saúde que tem um valor muito grande para nós do ponto de vista teórico, intelectual, não precisa ser acadêmico, universitário, não precisa ter defendido tese para ter pendores e capacidade intelectual. Todas as pessoas têm capacidade intelectual, se não fosse assim como os analfabetos atingiriam a sabedoria? E nós conhecemos analfabetas que são sábias e conhecemos pessoas com pós-doutorado que não são tão sábias. O que eu quero dizer é que a nossa reflexão mental e intelectual sobre a Saúde é uma e a nossa prática sobre a Saúde é outra. Então, nós temos permanentemente essa contradição: nós fazemos o discurso da Organização Mundial da Saúde, que Saúde não é

apenas ausência de doença, mas o mais perfeito bem-estar físico, psíquico e social. Mas tem uma expectativa de resolver isso pelo caminho do consumo de serviços de Saúde, atenção médica, atenção de enfermagem, atenção odontológica e uma série de outras coisas e, principalmente, consumir equipamentos e remédios.

A realidade, então, é o critério de verdade? Não sei. Mas é por onde as pessoas mais bem podem ser provocadas a pensar sobre a Saúde. A realidade da dor, do sofrimento, da insegurança que nos leva a procurar um hospital, um posto de Saúde, uma clínica, uma autoridade, um político para resolver o nosso problema.

Na história da criação do Sistema de Saúde no Brasil é importante lembrarmos que é uma coisa tão remota, tão longe na História do Brasil, perto em termos de História, mas longe do nosso contemporâneo que nós não lembramos. Nós estamos no ano 2003. No ano 1923 foi criada a primeira legislação do Brasil que estabelecia as Caixas de Auxílio entre os trabalhadores oficialmente regidas pela Lei brasileira e pelos Governos brasileiros. Até 1923, toda a mutualidade, quer dizer, a ajuda mútua entre os cidadãos do Brasil, que começava a viver um processo de industrialização era feita, única e exclusivamente, por iniciativa dos mais necessitados: os trabalhadores que tinham emprego, que era organizados e que resolveram ajudar-se através das chamadas “Caixas de Auxílio Mútuo”.

Essa idéia de mutualidade – um ajudar o outro – é o princípio fundamental da Previdência Social. Aí a Previdência Social foi institucionalizada, cresceu rapidamente. Hoje, apesar da receita em discussão

e da grande polêmica que se estabeleceu com a Reforma da Previdência, nós não podemos deixar de reconhecer, qualquer que seja sua avaliação sobre essa Reforma, que a Previdência Social brasileira é uma das que cresceu mais rápido e das mais expressivas do mundo. Quem inventou isso na História Moderna – de fazer Previdência Social, pelo mutualismo entre os trabalhadores e da obrigação do Governo dar a sua parte, dos empregadores dar sua parte? Foram os alemães há pouco mais de cem anos. Quer dizer, para uma coisa que foi criada há pouco mais de cem anos, a Presidência brasileira, (digo de novo, independente de você não estar satisfeito ou achar que foi correto, qualquer que seja a sua posição sobre o recente problema da Reforma da Previdência Social), inegavelmente é um patrimônio, é um bem construído pela sociedade brasileira e construído rapidamente. Em 80 anos é um dos maiores orçamentos da União, "mas sempre está faltando dinheiro", isso é outra coisa, mas que é verdade que um grande bem, um grande patrimônio, uma grande conquista é.

Bom, foi a partir da Previdência Social que se criou assistência em Saúde no Brasil – assistência oficial. E essa assistência se dava através dos institutos, das caixas (no começo chamavam-se Caixas, porque era vinculado à Previdência Social e vinculada à Caixa – as CAPS) e depois aos institutos de aposentadoria e pensão – IAPI, IAPB, IAPTEC e etc. E os servidores públicos – IAMSP, por exemplo – Instituto de Assistência Médica já é uma evolução dessa Caixa de Auxílio, depois instituto, depois Instituto de Assistência Médica. O máximo desse tipo de organização se chamou INAMPS.

Bom, depois da Constituição de 1988 e da universalização do Direito à Saúde, quer dizer, da Garantia no Art. 196, "*Saúde é direito de todos e dever do Estado"* nós estamos fazendo um grande esforço de transformar esse patrimônio que nós herdamos da Previdência Social concentrado no INAMPS num patrimônio melhor e mais adequado para a realidade contemporânea. Esse esforço está completado? Não está. Ele ainda tem muito por ser feito e eu quero concentra agora alguns minutos sobre a discrição de como se dava a assistência médica que cresceu dentro desse instituto.

Pertencer a um instituto na Década de 40 era ter como que um domicílio previdenciário, um domicílio sanitário. Uma senhora, um senhor, uma criança, um jovem que pertencesse a qualquer desses segmentos protegidos pelos institutos, por exemplo, um industriário – um homem que trabalha na indústria, a sua mulher, os seus filhos – tinham lá a carteirinha e tinham um lugar que eles mais freqüentavam e tratavam dos seus problemas. Quando surgia algum problema especial que aquele instituto não podia resolver contratava esporadicamente alguém na sociedade, como profissional autônomo, ou como pessoa jurídica, como hospital, como clínica com o nome de empresa que fosse para fazer aquele serviço, excepcionalmente. Por exemplo, falando em termos atuais, você ia lá no instituto, mas o instituto não tinha ressonância magnética, mas a pessoa precisava fazer um exame de ressonância magnética, então aquele instituto contratava aquele exame, uma ou outra vez. Bem isso era exceção. Qual era a prática dominante? Era uma prática de filiação, vinculação no sentido de pertinência recíproca. A equipe daquele instituto achava que pertencia àqueles filiados e aqueles filiados achavam que pertenciam àquela equipe. Isso criava uma coisa que, hoje, não existe no Sistema de Saúde, que se está tentando recriar que era vínculo, como

você tem vínculo afetivo com sua mulher, com seu marido, com seu tio, com sua avó, com seu vizinho, pessoas que se conhecem e se confiam, fazem confidências, falam de problemas, falam de incertezas, falam das suas dúvidas, das suas expectativas, da sua alegria, da sua tristeza. Quando você começa a falar de problemas que se passam com você, com confiança com o outro é porque entre você e aquele outro existe um vínculo. Para tratar de problemas de Saúde, (os psicanalistas chamam de transferência), é preciso que exista transferência. Quer dizer, é preciso que exista uma relação afetiva: eu pertenço a você, você pertence a mim. Não estou falando de posse, estou falando de confiança recíproca. Se não houver isso a relação terapêutica está prejudicada. Isto com a transformação progressiva do sistema, de um grande sistema, num macrosistema que foi cada vez mais impessoal foi se perdendo. E o pior é que para vínculos pequenos ou inexistentes mais máquina, mais exame fora, mais internação, mais UTI, mais remédio, mais tecnologia. Então, se vocês me perguntarem qual é a doença do Sistema de Saúde no Brasil? Para mim, a grande contradição do Sistema de Saúde no Brasil é que ele cresceu como nunca. É uma grande conquista que ele seja direito de todos e dever do Estado, mas nem esse direito, nem esse dever se cumpriu plenamente, o que é compreensível, porque 15 anos não se fazem mudanças tão radicais quanto é preciso fazer. Mas, acima de tudo, para cumprir essa obrigação de ser de todos, de estar disponível para todos a todo momento se usa a continuação do velho Sistema Megaestruturado, absolutamente impessoal. Quer dizer, as entendem que ser bem atendidas na Saúde é consumir bastante medicamento, é consumir bastante consulta, é ter um exame de ressonância, é ter um exame de tomografia, é fazer um exame de osteoporose, é usar todos os exames que inventaram e que ainda estão por inventar no mundo. E isso é muito grave,

porque com o bom propósito de bem fazer Saúde nós estamos tangendo (usando uma palavra da pecuária, que é um Estado que tem uma cultura ...) .

... muitos que não precisam. Porque mais do que atender quem precisa, nós atendemos a reprodução desse aparato em primeiro lugar, o que eu quero dizer com isso? Se uma máquina de tomografia custa muito caro, o único jeito de pagá-la é fazendo muito exame. Como dor de cabeça pode ser tudo e nada ao mesmo tempo: pode ser câncer, pode ser um tumor dentro do crânio, uma morte daqui a dois dias, pode ser apenas uma situação de estresse passageira ou pode perdurar, porque perdura o estímulo estressante que está conturbando a vida daquela pessoa. É um bom motivo para pedir tomografia.

Outra coisa: o doente é incômodo. Porque tratar de um doente não com todo o tempo que ele possa exigir de atenção não é pago diferentemente no nosso sistema. Paga-se a baixo do custo de uma consulta sempre, por mais que se melhore o pagamento e igual para todas as consultas. Então, qual é a lógica desse sistema? Desvencilhar-se do doente em vez de cultivar o doente; fazer aquela pessoa acreditar no que ela não vê. Nós transformamos a pessoa num verdadeiro São Tomé: ela só acredita por que ela vê. Então, ela só se acha atendida se ela sair da consulta com receita, com um pedido de um exame de vista, uma máquina sofisticada e com um remédio caro que ela não pode comprar. Foi ou não foi isso que se criou na nossa cabeça? E imagine a situação do profissional que fica prensado por esse sistema. E ai daquele que se mete a fazer vínculo, porque aquele que se mete a fazer vínculo vai custar mais caro cultivar esse vínculo e vai ser retribuído igual ou piormente, porque

se ele vai dar atenção para o vínculo não pode faturar dois ou três consultas no tempo que ele faz uma.

Então, veja: nós construímos, com o melhor dos propósitos um arcabouço institucional excelente, cujo recheio não é novo: é a velha prática do megassistema cada vez mais impessoal.

Ora, mas impessoalidade é bom. Na República, impessoalidade quer dizer: eu atendo às pessoas por que se chamam José Policarpo, Alexandre Mont'Alverne ou que se chama Maria José. Eu atendo por que eles são cidadãos brasileiros ou por que escolheram viver no Brasil e têm direito igual. Esse sentido da impessoalidade tem que ser preservado, não na base: sabe com quem está falando? Você está falando com um cidadão brasileiro e tem que atende-lo.

Agora, o outro sentido da impessoalidade, que é o que mais pega extremamente prejudicial, que é Maria José, José Policarpo ou Alex Mont'Alverne e são números apenas. Então, nós chamamos ao paroxismo (uma palavra que médico gosta muito), quer dizer, ao máximo da nossa capacidade de produzir serviço de Saúde. Nunca, jamais a saciedade brasileira produziu e consumiu tantos serviços de Saúde como contemporaneamente. Todavia, tudo isso não satisfaz. Se você perguntar ao usuário, ele está satisfeito; se você perguntar a um político, a um vereador, a um deputado, a um Secretário, ele também está satisfeito. Não é isso que nós queríamos, não! queríamos um sistema de proteção e confundimos a realização desse sistema com o aperfeiçoamento do sistema de consumo, quer dizer, nós criamos uma lei para proteger a Saúde do mercado e operamos o

sistema com a lógica do mercado, qual seja: quanto mais exame, mais remuneração vai ter. Vocês viram os milhões que eu falei ontem aqui. Isso na economia, na sociologia recebe um nome muito interessante que se chama "contraprodutividade", quer dizer, como é que eu produzo tanto e sou tão mal reconhecido? Por que nós começamos uma Conferência tendo que falar de tantos milhões de procedimentos? Algo não vai bem, porque quando você reparte isso – essa megaestrutura – para você – pessoa, qualquer um de nós – médicos, nós – dirigentes, mesmo a classe média, classe alta, classe remediada, classe pobre. Todos quando pegam essa massa e repartem para si, acima disso fica pouco para mim. Eu não vi nada disso. E resulta um sentimento de compaixão com quem estão falando, supondo que a pessoa é confiável, que vocês acreditaram no que eu falei, no que a Maria Luiza falou, no que o Secretário Jurandi falou, no que o Governo falou, que são pessoas, em princípio, confiáveis. Eles, eu tenho certeza – espero que vocês me dêem esse crédito também. Pois é: nós ouvimos isso, compreendemos e até queremos ajudar a repercutir essa informação. Mas experimente, por circunstância, para aquele que está insatisfeito, tente dizer para ele: não, mas o SUS é bom. Ele fez isso, fez aquilo ... Ele pode fazer decamilhões, megamilhões, gigamilhões de procedimentos. Enquanto ele não resgatar a pessoalidade no sentido do vínculo, não será um sistema satisfatório. O que é vínculo? Vinculo é poder dizer assim: Maria José, esse seu sintoma desaparecerá sem ter nome e nós vamos pedir que você volte para casa e eu não vou te receitar nada. E se você tiver qualquer alteração disso, procure-me. Isso no sistema hoje é impossível. Onde está o caminho que tenta estabelecer isso? É o Projeto Saúde da Família. Mas em grande parte (eu não conheço a experiência do Ceará, não vou falar do Ceará), o Projeto Saúde da Família tem cultivado boas relações. Quando há problemas, as pessoas vão correndo para o

velho sistema, não é verdade? Vão lá para a mesma porta de entrada de sempre, que é pela urgência, emergência, quebrado, arrebentado, desesperado com pavor da morte.

Falando da morte, outra coisa que nós criamos é o seguinte: ninguém tolera ... tem aquele programa, no Rio de Janeiro, na TV Educativa (eu assisti anteontem) que tem uma banca de pessoas especializadas em vários assuntos e daí um âncora que recebe a demanda e distribui para a banca e o pessoal responde. Apareceu uma senhora e disse assim: " essa mulher que eu tenho lá em casa, é uma conhecida antiga minha, está com 90 anos e ela estava internada no Hospital da Lagoa e chegou a medica do dia, tirou todos os canudos dela, liberou e disse que ela não precisava ficar internada. E eu levei-a para casa e agora não tenho como cuidar dela. O que eu faço com isso?" Aí o médico que foi solicitado a responder, eu acho que ele teve a felicidade de dizer: "é possível que a médica desligou esses aparelhos por algum critério coerente; eu acredito que ela tivesse boas razões para fazer isso. Agora será que não está acontecendo com a senhora é que a senhora não tem condições de mantê-la em casa e está querendo interna-la de novo? Ora, isso é supercomum, gente! Quer dizer, nós não temos solução do tecido social satisfatório para ter solidariedade e mutualidade entre nós, porque nós prometemos a salvação através do aparato estatal e não conseguimos entregar, quer dizer, o delivery, a entrega em casa do remedinho, da consulta, do exame sofisticado ainda conseguimos, mas ninguém consegue entregar em casa solidariedade, compreensão, confiança. Então, o grande desafio do sistema de Saúde brasileiro é que ele é um sistema de proteção construído pela inércia de um sistema de consumo de bens e serviços e se nós esperamos a Saúde plena à custa de consumir tudo que inventarem ou a desistir por que nunca ninguém

estará saciado. Eu acho que nós estamos em franca contraprodutividade. Isso quer dizer: não é possível saciar a expectativa das pessoas de procedimento médico, de internação, de ambulância, de aparato. É preciso crescer entre nós uma, mínima que seja, relação de confiança. É preciso estabelecer uma possibilidade de mandar a pessoa para casa sem receita, mas hoje é impossível, porque você não sabe se ... pode ser que nunca mais você encontre aquele profissional.

Então, em que pese a crítica que o Programa de Saúde da Família merece, pela formatação centralizada, pela compreensão com as realidades, etc. Tem uma coisa essencial dele que é universal, que é necessário fortalecer: a busca de vínculo. Não é possível tratar de Saúde dos outros sem afeto, sem confiança. Você não pode ir numa consulta desconfiando se o cara vai te atender, se ele vai te por a mão ou não. Aí tem aquela passagem do Cristo que substitui o médico no plantão e o Cristo pegou uma pessoa tetraplégica, mandou andar e a pessoa saiu andando. Perguntaram para Ele: “como foi?” “igual aos outros, nem pôs a mão em mim.” Quer dizer, eu acho que é a piada mais bonita, que esclarece a absoluta falta de vínculo que existe. Se o conheço bem, pode ser que hoje eu não faça exame físico seu, mas eu fiz ontem, vou fazer o mês que vem. Mas se eu nunca lhe vi, eu tenho que pedir tudo de novo, tenho que pedir todos os exames. E ai que eu não peça exatamente o exame que iria detectar o problema de que ele pode morrer daqui a pouco. Então, é por isso que nós fazemos tantos bilhões de procedimentos e as pessoas estão insatisfeitas. Isso, eu já disse, é a contraprodutividade. Vou dar um melhor exemplo de contraprodutividade. Quem não gosta de ter um automóvel para fazer um deslocamento com o sol inclemente do meio-dia para ir para casa almoçar? É muito bom. Mas experimente ir para casa pela principal avenida

da cidade ao meio-dia, você cozinha no carro. Por quê? Porque tem tanto carro essa hora, tem tanta gente querendo fazer a mesma coisa que aquilo que é uma facilidade, que te ajuda a se deslocar passa a ser motivo de atravancamento do seu deslocamento.

No início do automóvel, na Inglaterra, a velocidade do ser humano andando normalmente é seis quilômetros por hora. Surgiu um médico pneumologista que disse que a máquina a vapor ia matar os seres humanos em viagens a 36, 40, 45, no máximo 60 quilômetros por hora, porque o pulmão não funcionaria acima dessa velocidade. Imagine, hoje, nós voamos acima 1.080 quilômetros por hora, supersonicamente e não acontece nada disso.

Pois é: dizia-se no começo do automóvel, da máquina a vapor que a velocidade iria matar as pessoas. De fato, hoje nós provamos que mata muito mesmo por causa da questão respiratória ou pelas “porradas” que nós damos por aí, sem tomar cuidado, sem ter prudência, sem respeitar as convenções. Ora, sabe qual é a velocidade no centro de Londres hoje? Menos de seis quilômetros por hora com automóvel, quer dizer, isso é a máxima contraprodutividade. Esse monstro que nós criamos, essa coisa atraente que tem um feitiço muito grande que nós criamos para nos levar de um lugar para outro de repente vira motivo de atravancamento da nossa vida.

O Sistema de Saúde se continuar com essa ilusão de produzir mais, por mais equipamento, construir mais e mais, e mais não vai saciar a expectativa da sociedade de ser bem atendida. Então, o que nós vamos fazer? O senhor está falando que tem que jogar tudo isso fora? Não. Nós temos que fazer como o relogioeiro suíço: pegar uma luta, duas de preferência, uma pinça muito

apropriada, desmontar o relógio com muita paciência sem estragar nada e remontar de novo.

Existe um antropólogo chamado Máximo Cavenati que chama isso de antropologia viral. Ele diz que o tempo atual é o tempo do vírus. Não foi o vírus que nos desafiou! Ele causa uma doença infecciosa, ele causa um câncer, ele é transmitido de formas mais diversas e não tem médico sozinho que resolva isso. Quer dizer, a Medicina teve que tirar o chapéu para a realidade desafiadora e dizer: nós – sozinhos – não damos conta disso. Isso é uma questão que extrapola o setor. É muito mais amplo. Quando tivemos humildade para dizer isso, nós começamos a controlar a epidemia de HIV. Então, com todas as questões que se misturam, hoje, de doenças atuais, contemporâneas; para todas elas existe algum encaminhamento mais adequado do que nós estamos fazendo hoje? Existe. Mas nós temos que desmontar sem estragar nada e remontar da ótica da pessoa humana, da ótica da dimensão de cada um da sua pequena comunidade, da sua comunidade maior, mais abrangente até a Nação.

Nesse sentido, a Lei que criou o SUS é extremamente compreensiva. Você pode fazer um só sistema de Saúde com múltiplas caras, conforme cada realidade regional. Mas não dá para fazer sistema de Saúde no Nordeste igual ao sistema de Saúde do Sudeste. Eu não estou dizendo que o daqui não pode ter as tecnologias que tem lá; o daqui tem que respeitar a cultura daqui e se precisar a tal máquina, que ela seja também acessível, mas não fique concentrada na Avenida Paulista. Não dá para fazer sistema de Saúde único, universal e cidadão para a Amazônia por reprodução do sistema de Saúde do Sul, claro que não dá. O problema é que nós vivemos uma tradição de normas

que são gerais e iguais para todos, pensando que tratando todos iguais nós estamos tratando com justiça. E não é verdade.

Então, para modificar esse sistema e encerrar a minha fala e não abusar do horário, nós precisamos ter a grandeza de não perder de vista que todas as bases do Sistema Único de Saúde devem ser preservadas, mas nós temos que ter a humildade de refaze-lo totalmente, desde a mais elementar peça componente dele, que é o posto de Saúde, que ainda é muito desacreditado, que é a equipe de Saúde da Família, que é o profissional e, acima de tudo, o mais elementar e o mais absoluto componente do Sistema de Saúde: a pessoa, para o qual esse sistema é feito. Em vez de colonizarmos a pessoa para entrar no sistema, é o sistema procurar se adaptar a atender a pessoa conforme a sua realidade. Eu dou um exemplo: quando nós falamos de comunidade indígena às vezes temos a felicidade de perceber que a internação de um indígena não pode ser igual a internação de um sujeito que vive na cidade que mora num quartinho, porque um doente que vem lá da aldeia, vem com alguém acompanhando ele, ele quer reproduzir as suas práticas e para isso ele precisa ter condições de reproduzir ali no seu microcosmos, na pequena unidade onde ele vai ficar internado, condições mínimas iguais aquelas onde ele sempre viveu. Não estou falando do despojamento por que ele seja um pobre, eu estou falando da diferença cultural marcada que ele tem. E ainda bem que há quem resista e insista que é diferente culturamente, porque o sistema de Saúde competente não pode transformar todo mundo em gado, todo mundo igual, todo mundo é apenas um número. Tem que transformar cada um no sujeito que ele é, mas para isso é preciso que a pessoa também se exercite como tal e essa é a principal componente da participação popular, mais do que controlar se o Governo está aplicando os orçamentos. É óbvio que precisa fazer isso.

Mais do que controlar se o hospital abre na hora certa, se ele tem os equipamentos, se ele fica realmente aberto todas as horas que estão prometidas e que ele deve ficar; muito mais que essa atitude de defesa e controle que é resultante da suspeita. É preciso evoluir para uma capacidade de dialogação de sujeito para sujeito. E os Governos, infelizmente, têm pouca capacidade de fazer isso. E a nossa sociedade, felizmente, começa a ter uma organização para estabelecer esta relação. E é uma relação contraditória? É. Não pensem que fazer Saúde é pasteurizar todo mundo e transformar todo mundo em cordeirinho para concordar com você. Fazer Saúde é respeitar a diferença que existe de um para um e se comprometer com "alcançar a todos".

O Sistema de Saúde no Brasil é extremamente equipado, é extremamente produtivo, mas extremamente mal distribuído. Nós precisamos melhorar a sua distribuição hoje, ao mesmo tempo que reconstruímos essa relação de confiança, de reciprocidade e de respeito às opiniões contrárias. Acima de tudo, um sistema de Saúde é o símbolo de uma Nação. Uma Nação capaz de criar um sistema de Saúde que trate cada um com as suas peculiaridades é um sistema que está contribuindo, não só para atender agora o sofrimento, a dor da pessoa, mas para o sentido de, (no nosso caso), brasilidade, de pertinência, de pertencer a uma mesma sociedade que teve a coragem de fazer isso, como se tem dito muito, na contramão dessa redução de oferta, dessa segmentação e dessa tradução em cesta básica, das questões que se repetem, que se repetem no sofrimento das pessoas.

Nada de cesta básica vai resolver, nada de restrição da integralidade vai resolver, nada de redução da universalidade vai resolver. O que vai resolver é: estabelecer um vínculo de confiança e capacidade de acreditar um no outro e

respeitar o contraditório permanente do processo de adoecimento, de cura, de prevenção da doença e promoção da Saúde.

Acho que com isso dou uma contribuição inicial para eventualidade do debate a seguir. Muito obrigado mais uma vez.

PAINEL 2: FINANCIAMENTO NO SUS

Maria José Ribeiro Linguanotto

SR. COORDENADOR POLICARPO BARBOSA: Queríamos convidar a Dra. Raquel Maria Rigotto, que também vai ser painelista no tema "Intersetorialidade na Saúde" para compor a Mesa. E imediatamente nós passamos a palavra a Dra. Maria José Ribeiro Linguanotto, que vai falar sobre "Financiamento do SUS".

SRA. MARIA JOSÉ RIBEIRO LINGUANOTTO: Bom-dia a todos. É um prazer estar aqui. Eu saí ontem de São Paulo, aquela terra chovendo, frio e chego aqui esse sol lindo, essa praia maravilhosa. Pena que eu só vim aqui a trabalho. Eu gostaria de ficar mais um tempo aqui. Mas enfim vamos lá.

Eu vou falar sobre um tema que também é um pouco árido. "Financiamento do SUS". Mas o Dr. Armando já preparou o terreno. Quando ele diz que não adianta você fazer todos aqueles procedimentos para uma pessoa e essa pessoa não vai sair de lá satisfeita, porque falta o vínculo, falta a ligação também. É muito difícil você pagar tudo isso, você financiar isso tudo. Então, o SUS existe há cerca de 15 anos, é um adolescente.

Bom, então, a Saúde é um direito de cidadania e dever do Estado. Está garantida na Constituição, na Lei nº 8.080, na Lei nº 8.142. Então, nós temos a legislação. A organização do SUS é orientada pelos princípios da universalidade, da integralidade. Ela é universal, é para todos; tem que ser integral, isto é, todos têm direito a tudo desde os procedimentos mais simples

– uma vacina – até o procedimento mais complexo de um transplante ou um procedimento que exija uma maior capacidade de pessoal e equipamento; a equidade está garantida no SUS, isto é, temos que dar mais para quem precisa de mais; a descentralização e o controle social; já temos também os instrumentos suficientes: as normas operacionais – 91/93/96 e atualmente a NOA, 2001 e 2002.

Noventa por cento da população é usuária do SUS. Desses 90%, 29% é usuário do SUS e de algum outro sistema de Saúde; 60% da população brasileira é totalmente SUS-dependente, apenas 10% não utiliza o SUS.

Eu vou falar de alguns dados gerais de assistência, (eu não sei se alguém já falou sobre isso ontem), mas o SUS presta assistência integral totalmente gratuita aos portadores de HIV. O nosso modelo de assistência dos pacientes com aids está sendo reconhecido internacionalmente, tanto é que o representante do ministério foi para am Organização Mundial de Saúde levando isso para os outros países; ele trata dos renais crônicos, dos pacientes com câncer enfim, procedimento caros e mais complexos. Em 2002, foi feito um bilhão de procedimentos de atenção básica; 251 milhões de exames laboratoriais; 8.1 milhões em ultrassom; 132.5 milhões de atendimentos de alta complexidade – tomografia, exames hemodinâmicos, quimioterapia, radioterapia.

O PSF (Programa de Saúde da Família), em 2002, com 17.710 equipes atendendo mais de 55 milhões de pessoas em 90% dos municípios do País. Então, com esses números o SUS surpreende; realizou 2.6 milhões de partos; 83 mil cirurgias cardíacas; 80 mil cirurgias oncológicas e 92.9 mil cirurgias de

varizes; 2.4 mil transplantes de órgãos. São números muito grandes e que impressionam quando você vê e resta a questão que foi frisada pelo Armanto "do vínculo com o paciente."

A descentralização é uma outra diretriz do SUS que também podemos dizer que teve sucesso: 5.561 municípios. Trinta e três por cento desses municípios têm menos de 20 mil habitantes.

Como é que está o Sistema de Saúde dele? 4.952 estão em gestão plena de atenção básica; 586 em gestão plena do Sistema e 23 municípios não habilitados.

Quanto aos Estados: nós temos 16 Estados em gestão plena do Sistema. Para você ver que a diretriz de descentralização realmente foi cumprida. E nós temos um País com uma heterogeneidade muito grande e uma complexidade imensa de problema. E nós não fazemos nada sem recurso e para isso nós precisamos de dinheiro. Já fizemos tentativas de racionalizar o uso dos recursos: uma delas, foi hierarquizar os serviços; a outra, regionalizar esses serviços; divisão de responsabilidade entre as três esferas de Governo. Todas essas foram tentativas de estar racionalizando o uso. E aí vamos ver como conseguimos os recursos para manter isso tudo. A União consegue seus recursos através dos seus ...

... a contribuição social sobre o lucro líquido. Essas são as principais fontes de recursos da União de onde sai o recurso para a Saúde.

Nos Estados, as principais fontes são: ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços), IPVA (Imposto sobre Veículos Automotores), Imposto sobre Heranças e transferências de recursos da União; aos Municípios também o IPTU (Imposto Predial e Territorial Urbano), ITRI (Imposto de Transferência de Bens e Serviços) e o ISS (Imposto sobre Serviços) e transferências da União e do Estado. E aí nós temos o que nós consideramos, em 2000, uma grande vitória que foi a Emenda nº 29, e visava criar uma fonte de recurso mais estável para a Saúde.

Cada uma das esferas da Federação – União, Estado e Municípios – teria que está se comprometendo em colocar um valor para a Saúde. Então, a União tinha o compromisso de colocar o orçamento do ano anterior mais avaliação do Produto Interno Bruto, que é a soma das riquezas de todo o País. Os Estados deveria estar colocando, até 2004, 12% de sua receita e os Municípios, 15% da sua receita.

As dificuldades que estamos tendo com a Emenda nº 29: a falta da Lei Complementar que defina o que são ações e serviços de Saúde. Isso ainda não existe. Nós trabalhamos hoje com uma Resolução do Conselho Nacional da Saúde. E a Emenda nº 29 tem a finalidade igual a Lei de Responsabilidade Fiscal, que significa: se o Estado ou Município, ou mesmo a União não colocar os recursos que são obrigados pela Emenda podem ter a retenção da transferência do Fundo de Participação dos Estados e Municípios até intervenção da União e a cassação de mandatos dos Prefeitos para poder garantir com que os recursos que foram garantidos pela Emenda n 29 venham para o orçamento da Saúde.

Nós temos, então: recursos financeiros são insuficientes, (continuam sendo insuficientes), e são gastos racionalmente e são alguns dos problemas que nós podemos continuar apontando; pouca participação dos Estados. No financiamento, que vamos ver mais para frente; deficiência qualitativa e quantitativa dos recursos humanos. Eu considero ainda que fizemos muito pouco com os recursos humanos no SUS. Nós avançamos em muitas coisas, mas na área de Recursos Humanos a nossa deficiência é muito grande ainda. Não conseguimos fazer. Fizemos muito pouco e precarização das relações de trabalho que também pode ser considerada na área de recursos humanos e a dificuldade que nós temos de acesso ao serviço. E digo sempre: o SUS é uma maravilha depois que você consegue entrar. A dificuldade é você entrar no SUS, pelo menos é uma realidade que nós vivemos em São Paulo.

Nós conseguimos a batalha da Emenda nº 29, que foi aprovada em 2000, mas a discussão dela começou bem anteriormente, a dificuldade foi vincular os recursos da Saúde e aí a União já conseguir desvincular 20% dessas receitas e contribuição até 2007, isso é chamado DRU (Desvinculação da Receita da União) e os Estados já estão querendo o DRE (Desvinculação da Receita dos Estados) e o DREM (Desvinculação da Receita dos Municípios). Então, abra-se um precedente que pode ser que acabe descaracterizando a finalidade da Emenda nº 29, em vez da vinculação à receita, você vai acabar desvinculando.

A Reforma Tributária que está em curso também pode trazer problemas para o financiamento da Saúde. Ela está alterando uma série de coisas que pode vir a trazer problemas para o nosso financiamento. O SUS é um direito social, como eu já disse no começo, e tem necessidades crescentes. Precisa de

recursos estáveis, associados ao planejamento que define a propriedade e a racionalidade dos orçamentos. E nós temos que continuar buscando mais e a universalidade. Todos têm direito ao SUS.

O Ministério da Saúde está propondo a ampliação do acesso ao serviço de assistência de Saúde, inclusive o de assistência farmacêutica com garantida da qualidade do atendimento. Ele está propondo a intensificação das ações de controle de endemias e fortalecimento das ações de vigilância e Saúde; a formação de implementação de políticas de recursos humanos, que é o nosso Calcanhar de Aquiles; o fortalecimento da gestão democrática e a construção do novo pacto de gestão no SUS.

Bom, quais são as diretrizes, dentro disso tudo que foi apresentado, que vamos estar defendendo na XII Conferência e para isso temos que estar bem atentos para que saiam propostas factíveis e propostas que depois possamos estar cobrando das autoridades que devem ser responsáveis por elas. Então, o que nós queremos? Nós queremos o cumprimento da Emenda nº 29, num primeiro momento. E enquanto não temos a Lei que regulamente queremos que a Emenda seja cumprida de acordo com a Resolução nº 322/03 do Conselho Nacional de Saúde; nós queremos a retomada do crescimento econômico e a elevação da atual porcentagem do PIB; nós continuamos buscando a equidade na locação dos recursos, visando a redução de desigualdade regionais existentes. Isso nós continuamos querendo e por isso vamos brigar na Conferência.

Os Conselhos precisam de parâmetros para custeio, investimento, atenção básica, média e alta complexidade. Como é que os conselhos vão

poder estar acompanhando o que está sendo feito se ele não detivesse esse instrumento?

Nós temos que incrementar as ações de controle e avaliação, que é um outro problema e que muito pouco avançamos também no SUS: a questão do controle e da avaliação dos procedimentos que são prestados. E queremos reverter a atual forma de gasto com investimento, que atualmente são feitas através de emendas parlamentares e de recursos destinados pelos governos estaduais e municipais, sem muito critério e sem estar dentro da própria legislação do SUS que seria dentro do Plano Diretor de Regionalidade e do Plano Diretor de Investimento, aprovado pelo Conselho de Saúde. E nós queremos a revisão da Lei de Responsabilidade Social para a Saúde, porque isso é um problema: os Estados podem gastar cerca de 49% dos seus orçamentos com Pessoal. A Saúde é feita basicamente de Pessoal, como é que vamos trabalhar com essa questão se não tiver uma exceção para a Saúde? Nós precisamos de mais gente trabalhando na Saúde, precisamos pagar melhor os nossos funcionários e, portanto, nós precisamos dessa revisão da Lei de Responsabilidade que tenha uma exceção para a Saúde.

Eu fiz um levantamento de como é que está a aplicação da Emenda nº 29 aqui no Ceará. E aí 171 municípios informaram o seu OPS. Vocês têm 184 municípios, então os dados que estão lá no DATA-SUS são 171 municípios. Então, 9 municípios aplicam menos de 10% da Emenda. Eles estariam, portanto, fora do que se emprega a Emenda nº 29; 55%% dos municípios aplicam de 10 a 15% e como eles têm que chegar a 15% em 2004, nós ainda poderíamos dar um crédito a eles; 63% aplicam de 15 a 20% e 31 municípios aplicam de 20 a 21% dos recursos em Saúde; 9 municípios aplicam mais de

30%. Nesses municípios deveriam estar sendo averiguados porquê estão aplicando mais de 30%. Eles realmente necessitam aplicar mais de 30%? Têm o serviço mais complexo? Ou eles estão colocando na Saúde, à semelhança do que fazem alguns Estados e que faz a União, coisas que não são competências da Saúde. Por exemplo, a gasolina da Prefeitura inteira, o material de escritório da Prefeitura inteira. Tudo isso poderia estar entrando como gasto de Saúde e, na realidade, não seria.

Quando nós vemos os Estados, vemos que recentemente saiu uma reportagem e apenas 17 Estados não cumprem a Emenda nº 29, isto é, não cumpriram com o orçamento de 2002. Isso significa que a Saúde teve menos 1 bilhão em 2002. Se esse recurso tivesse sido gasto, teríamos um acréscimo de 1 bilhão.

E aí também a questão da inclusão de despesa que não é considerada de Saúde de acordo com a Resolução nº 322, do Conselho Nacional de Saúde. Mais de 70% dos municípios do Brasil cumprem a Emenda nº 29. Então, nesse caso os municípios estão de parabéns, que se os dados desse OPS forem confiáveis, realmente os municípios estão dando a sua parte para a contribuição da emenda e, portanto, mais recursos para a Saúde. Aí nós vamos justificar o que tem acontecido recentemente, e vocês que acompanharam, devem ter visto que a União deveria estar colocando 36.7 bilhões, de acordo com a PEC na Saúde, no orçamento de 2004.

O orçamento encaminhado já é um pouco menos: 35.8 bilhões. Portanto, já falta quase um bilhão que deixou de ser apurado como recurso para a Saúde. Além disso, incluiu no orçamento do Ministério da Saúde

recursos para o Fundo de Pobreza, isto é, recursos para o Fome Zero e para o saneamento, que significou mais de 4.5 bilhões. Eu digo significou porque eles já retiraram isso e estão conseguindo reverter essa situação, mas isso tem que ter uma boa briga.

Nós teríamos, então, um corte realmente no orçamento da Saúde de 14% e contra uma inflação de 15%. Então, foi feita uma briga durante esse começo do mês de outubro para que isso não ocorresse. E aí nós vemos a Frente Parlamentar da Saúde, composta de deputados federais e senadores na sua briga pela manutenção no orçamento da União. Eles se vestiram de médicos – de avental cirúrgico, tocas – e fizeram um manifesto e depois disso o Governo voltou atrás e vai colocar novamente esse recurso na Saúde.

A Saúde, então, é um direito de todos e um dever do Estado, como dissemos no começo; temos que continuar nessa briga, nessa luta por mais recursos. Por quê? Nós brigamos para ter a CPMF, conseguimos e ela virou só da Saúde e o outro recurso sumiu. Eu poderia inverter. Eu colocaria: "O SUS que temos e a Saúde que queremos."

Aí eu peço uma licença para o pessoal da organização da Conferência, porque eu acho que nós temos muito ainda a melhorar e na questão do financiamento temos muito a fazer e temos que exercer o papel de controle para que essas coisas não ocorram, para que não venham nos propor a trocar um pré-natal por um prato de comida. Não é isso que nós queremos. Muito obrigada.

PAINEL 3: AS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO

Luiz Odorico Monteiro de Andrade

SR. COORDENADOR POLICARPO BARBOSA: Agradecemos a nossa painelista. Temos alguns avisos: reunião dos profissionais de Saúde às 14h na Sala A, Inferior, onde está funcionando a relatoria; os profissionais das equipes de Saúde Bucal estarão se reunindo às 14h na Sala E, atrás de secretaria do evento.

E dando continuidade aos nossos painéis, nós convidamos o Dr. Alexandre Mont'Alverne com o Painel "As Três Esferas de Governo."

SR. ALEXANDRE MONT'ALVERNE: Bom-dia, pessoal. Eu queria saudar aqui os amigos da Mesa e todos os que estão participando desse momento cívico da mais alta importância para o SUS, que é a nossa IV Conferência Estadual de Saúde, dentro da etapa estadual da nossa XII Conferência Nacional de Saúde.

Gostaria de ressaltar a importância de estar aqui com vocês, nós que estamos militando no SUS já há bastante tempo e é uma alegria poder compartilhar. Nós estamos aqui representando o companheiro Odorico, que não pôde comparecer. Espero que consigamos estar à altura e trazer algumas reflexões que possam nos ajudar posteriormente na elaboração das nossas propostas.

O nosso SUS vem sendo construído passo a passo. Nós temos alguns momentos importantes e antes vamos falar um pouquinho da História, só para lembrar e para aqueles mais novos saberem também como é que o processo caminhou.

Nós tínhamos um Sistema Nacional de Saúde, chamado assim, que era composto por uma quantidade enorme de instituições, cada uma trabalhando de forma separada, cada uma cuidando essencialmente de uma parcela, de uma fatia da população e uma grande parcela da população que não tinha acesso a nem um serviço de Saúde.

O INAMPS cuidava da assistência daqueles que eram formalmente empregados no mercado de trabalho – os cidadãos que tinham a carteirinha e o Ministério da Saúde cuidava de algumas ações de Saúde coletiva, cuidava de alguns programas de tuberculose, hanseníase, dava atenção às mulheres gestantes e alguns programas de atenção à criança.

Nos Estados e Municípios tinham uma rede variável, às vezes ampla, mais desfinanciadas, que funcionavam precariamente e grande parte já com recurso federal.

Nós tivemos um momento fundamental de mudança no País que foi a VIII Conferência Nacional de Saúde. Nós temos alguns momentos importantes que vale a pena lembrar: nós tivemos o momento de elaboração de uma proposta e de pactuação com a sociedade, que foi a VIII Conferência Nacional de Saúde. De lá saíram as principais propostas, que foram depois formalizadas no pacto da Assembléia Nacional Constituinte, com esforço foi

retirada dentro da Conferência e aquilo que o Centrão deixou passar está lá consagrado na nossa Constituição de 1988 e depois nas Leis nº 8.080 e 8.142.

A Lei nº 8.080 é a que estabelece, com maior clareza, o papel das três esferas de Governo. E nós vamos ver algumas das atribuições e depois discutir um pouco com vocês. E tivemos um grande momento, e até hoje passamos por ele, de construção de viabilidade e de implementação dessa proposta, que teve o arcabouço praticamente construído na VIII Conferência Nacional de Saúde e que nesses 15 anos vêm sendo implantadas algumas das medidas, somente graças a muita mobilização popular, da sociedade civil organizada, dos trabalhadores da Saúde, graças à determinação dos gestores e à parceria de muitos prestadores, por que não dizer. Então, estamos num momento importante de rever esse pacto.

Esse pacto foi firmado, que tem essas diretrizes aí. A universalidade, que ontem foi colocado aqui pelo conferencista maior e que, desde o princípio, agências internacionais questionam como é que um País pobre pretende ter Saúde para todos e não só universalidade, mas a integralidade: promover Saúde para todos e em todos os níveis de atenção.

Recentemente teve um seminário na OPANS (Organização Pan-Americana de Saúde) e que muitos protagonistas, algumas entidades internacionais continuam questionando e dizem: vocês têm que escolher: ou dão um pouco para todos, ou para muitos, você oferece pouco; ou então você oferece um pouco da população tudo aquilo que você quer oferecer. Quer dizer, ou opta pela integralidade, ou opta pela universalidade. E nós continuamos teimando, insistindo e lutando por um Sistema de Saúde que seja

universal, igualitário, equânime. A universalidade talvez tenhamos conseguido. A equidade está longe de conseguir: nós temos uma desigualdade muito grande e nós temos que prever um Sistema de Saúde capaz de lidar com essa desigualdade; a integralidade também é um dos princípios que apenas parcialmente está atendido, apesar de formalmente o acesso ser a todos os níveis do sistema, mas todos sabemos da dificuldade de acesso a alguns procedimentos, de acesso a alguns serviços, mesmo em situações de emergência; a abordagem integral do indivíduo também, que contemple um indivíduo como um todo, como um ser bio-psico-social integrado no seu meio ambiente, nas suas condições de trabalho o que também é uma dificuldade no dia a dia.

A integração, que a Raquel vai falar logo em seguida, com outras áreas de atuação é um outro desafio também da integralidade.

A descentralização talvez seja uma das áreas que mais se avançou. Nós temos, hoje, (foi apresentado também pela Maria José), a qualidade de Municípios e Estados que estão em gestão plena. Nós temos um número maior de Estados em gestão plena; quase todos os municípios do País estão habilitados em alguma condição de gestão. Então, a descentralização caminhou bastante. Mas talvez esteja num momento de rever esse pacto de atribuições dos Municípios, dos Estados e da União. Nós vamos ver logo em seguida isso.

A questão do comando único, que hoje é bastante questionada. É bem verdade que no momento da Constituição a pactuação foi outra. Em cada nível de Governo existia um número grande de instituições fazendo Saúde. Então, a

Constituição e a Lei Orgânica contemplou a direção única em cada nível de Governo, porque era inadimissível que num mesmo nível de Governo tivesse várias instituições fazendo Saúde. Nós tínhamos, por exemplo, no Estado: a Secretaria de Saúde e Fusec. E devido a importância da Fusec como uma rede de hospitais, muitas vezes o Presidente da Fusec mandava mais do que o Secretário de Saúde do Estado. Então a unificação do comando em cada esfera está contemplada aqui, mas também o comando único sobre o conjunto de prestadores e gestores; o comando único em nível da assistência, pelo menos, é uma questão que foi colocada, sobretudo, pela NOAS e é um dos princípios debatidos e que se precisa aprofundar essa questão e, sobretudo, garantir a sua execução; o processo de participação popular vem crescendo mais há muita debilidade no chamado "controle social". Nós só conseguimos incluir na Constituição: participação da comunidade. Não conseguimos incluir no texto constitucional "controle da sociedade" nas ações de Governo; a fragilidade da participação de alguns conselhos, sobretudo em nível de município, e muitas vezes nos Estados também, fragiliza essa diretriz e é preciso fortalecer, instrumentalizando os conselheiros dando condições de informação para que efetivamente possam exercer o seu caráter deliberativo. Agora mesmo está tramitando uma Ação Direta de Inconstitucionalidade, impetrada pela Governadora do Rio de Janeiro, contra a Resolução nº 322, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece o que são ações e serviços de Saúde. Então, se for aceita essa ADIN (Ação Direta de Inconstitucionalidade) fica comprometido o poder deliberativo do Conselho Nacional de Saúde. É uma ameaça ao caráter deliberativo dos Conselhos e nós temos que nos insubordinarmos contra essa ADIN ou contra qualquer atitude, seja de gestores, seja de quem for, no sentido de retirar o poder deliberativo dos

Conselhos; a hierarquização e a regionalização, que são processos mais da organização de serviços e que já foram falados aqui também.

Nós poderíamos falar um pouco, mas ficaria bastante enfadonho. Nós vamos só citar algumas coisas que estão, tanto na Constituição quanto na Lei Orgânica da Saúde, sobre responsabilidade dos Estados, dos Municípios e da União. Naquele momento, que foi o pacto da Constituição na Assembléia Nacional Constituinte, nós tínhamos um sistema de Saúde extremamente centralizado, que todas as decisões, sobretudo da área de assistência, vinham do INAMPS, não vinham sequer do Ministério da Saúde. Então, como fiador maior ele também determinava o que deveria ser feito. E nós passamos por um processo de verdadeira transformação, de verdadeira revolução nesse aspecto de descentralização. Hoje, a execução das ações de Saúde está, prioritariamente, em nível de município. Nós temos alguns desafios ainda nesse campo. Mas houve um intenso processo de descentralização, de migração do centro para a periferia e é preciso que esse processo se consolide**,** não só no caráter da execução das ações de Saúde, mas, sobretudo, do caráter de decisão também. E que a decisão não se dê só enquanto o processo de gestão, mas também aliado ao processo de controle social e participação. Então, a descentralização precisa acontecer também no âmbito de cada ente federado, seja Estado, seja Município. Então, os municípios hoje são responsáveis não só pela execução de grande parte da Saúde nós três níveis de complexidade, mas também são parceiros importantes na definição dessas políticas, como assessor do CONASENES hoje, cada vez nós temos participado. Nós sentimos nessa gestão atual do Ministério da Saúde uma tendência de democratizar o processo de decisão, seja através do Conselho Nacional de Saúde, onde o Ministro sempre tem participado, resgatando o

papel do Conselho Nacional de Saúde, inclusive homologando todas as suas decisões, coisa que não aconteceu na gestão passada; também redução do furor normativo: o número de Portarias que saem, houve uma redução substancial na elaboração de Portarias que vinham com caráter de exigir muitas vezes um caráter punitivo e nós temos, hoje, o CONASE e o CONASEMES como parceiros mais importantes no processo decisório também. O que nós percebemos na Constituição, não só no capítulo da Saúde, mas também no capítulo referente aos poderes – o Poder Executivo na União, nos Estados e Municípios – é que restava a União um papel de caráter mais normativo ou mais elaborador de políticas e aos municípios um papel mais de execução. Hoje há uma tendência, como eu disse, de um município exercer um papel também não só de executor, mas de partícipe no processo de decisão em nível de País.

Na realidade, tanto na Lei Orgânica da Saúde, sobretudo, que é quem define mais as competências, existe um grande número de competências que são atribuições comuns, que podem ser executadas, tanto pela União, quanto pelos Estados e Municípios (mudança de fita) para contemplar a diversidade que nós temos de Municípios e Estados em todo esse País. Você prevê, por exemplo, que dentro da organização de serviços um módulo assistencial do Amazonas em que você, para sair do Município, você precisa três dias de barco, seja o módulo assistencial, por exemplo, de São Paulo, Minas Gerais, que tem 900 Município, que você dá um passo e já está no Município seguinte, onde você tem um grande número de municípios de grande, de médio porte capazes de oferecer no seu território um grande número procedimentos. Então, se em relação ao processo de organização dos serviços é diferente, em relação ao processo de competências nós precisamos ter uma

normatização capaz de prevê toda essa diversidade de atores que nós temos de Norte a Sul do País.

Mas para não sermos enfadonho e estarmos repetindo o que diz a nossa Lei Orgânica, eu queria só fazer algumas reflexões sobre o momento atual: nós estamos, hoje, com 15 anos de SUS, num momento em que precisamos repactuar as funções das três esferas. Então, nesse novo pacto federativo temos que, primeiro, garantir e contemplar as diversidades; segundo, os grandes desafios que não foram ainda executados e desempenhados pelo nosso Sistema Único de Saúde.

O desafio da equidade – esse talvez seja o maior desafio. E a responsabilidade não pode ser a mesma de um município de 5 mil habitantes e um município de 10 milhões de habitantes, embora tenhamos que questionar o seguinte: no processo de descentralização que aconteceu até agora, aconteceu uma concentração, como disse o Dr. Armando, de poder nos municípios de maior porte. Então, se o cidadão reside num município pequeno, na realidade ele depende muito mais do gestor do município de grande porte para ter acesso a serviço de alta complexidade do que do seu próprio gestor. O pacto federativo tem que ampliar a responsabilidade do gestor do município onde o cidadão reside e não delegar tudo ao gestor do município onde está o serviço de Saúde. Essa é uma questão seguramente não resolvida no Sistema – a questão do acesso. Então, nós temos desigualdades no financiamento, uma desigualdade muito grande. Infelizmente, a Maria José mostrou aqui também que 17 Estados não cumprem a Emenda Constitucional nº 29 e os Estados que percentualmente investem mais em Saúde, são justamente os Estados mais pobres. Os Estados mais ricos como têm uma transferência maior de recursos

da União, acabam sentindo menor necessidade de investir mais em Saúde. Então, os Estados do Norte, quase todos, cumprem a Emenda Constitucional nº 29; os Estados do Nordeste, embora alguns não cumpram, investem mais do que Estados do Sul, Sudeste em média de recursos próprios na Saúde. Então, há que se rever. E com a Emenda Constitucional nº 29 a desigualdade pode até aumentar, porque o per capita que dispõe o Estado de São Paulo ou o Estado do Paraná, ou o Estado do Rio Grande do Sul para gasto com Saúde dentro dos seus 12% é muito maior do que o Estado do Piauí, ou Estado de Rondônia, ou Acre. Então, na realidade, os cidadãos dos Estados ricos vão dispor de recursos próprios dos Estados muito mais do que os Estados pobres. Então, o recurso transferido da União, não só tem ser desigual – descriminar positivamente àqueles com maior necessidade de Saúde – mas ainda corrigir essa distorção que é gerada pela desconcentração do gasto, que é positivo, mas que gera uma maior desigualdade. E se formos falar em desigualdade entre os municípios, é muito maior ainda do que entre os Estados. Aí varia efetivamente de A a Z.

Superar desigualdade no nível de Saúde – a desigualdade no financiamento deve ser invertida para que possa superar a desigualdade do nível de Saúde. É claro que o nível de Saúde não depende exclusivamente do setor Saúde. A própria Constituição e a Lei Orgânica diz que a Saúde deve ser garantida através de políticas econômicas e sociais que visam a redução de risco de adoecer e morrer. Então, o nível de Saúde deve ser contemplado também com políticas compensatórias, sociais e econômicas que procurem reduzir essa desigualdade.

O problema da gestão dos pequenos municípios. Cada município deve ter gestão plena, tanto dos serviços que existem no âmbito daquele município, mas sobretudo sobre a Saúde dos cidadãos. Então, ao negociar com um município mais complexo, onde o serviço de maior complexidade existe, o gestor do município pequeno nós temos que aumentar o poder de decisão dos gestores dos municípios pequenos também. Esse é um desafio no novo pacto.

A qualidade no cuidado é outro grande desafio a cumprir. A necessidade dos Estados a assumirem o seu papel efetivamente. Eu acho que nós temos – no Estado do Ceará – uma exceção em relação ao processo descentralização, que foi conduzido sempre em parceria, mas, em muitos municípios, ele foi conduzido apesar do Estado e contra o Estado que não admitia a perda de poder, por exemplo, em gerenciar unidades de Saúde. O nosso vizinho – Piauí – ainda tem 120 unidades mistas de Saúde sob gestão estadual e que estão começando agora, com a nova gestão estadual, o processo descentralização delas. Então os Estados assumiram um novo papel. O Estado do Ceará está co-financiando as unidades microrregionais de referência, mas ainda em valores insuficientes. Um processo de consultoria revelou, por exemplo, o Hospital de Baturité precisaria de cerca de 200 mil reais por mês para garantir a diferença entre o que ele tem fazer... o seu novo papel: o que ele é capaz de arrecadar com o novo papel e aquilo que ele, efetivamente, deveria fazer e esses recursos que ele precisa adicionalmente. O Estado gasta, por exemplo, mais de um milhão de reais nas suas unidades próprias terciárias e a unidade terciária, por exemplo, só para citar, a Santa Casa de Sobral recebe 80 mil reais por mês de adicional. Então, no co-financiamento há que se rediscutir o Estado efetivamente precisa ... No pacto dos medicamentos da atenção básica, o Estado precisa investir mais. Então, é necessário que os

Estados, efetivamente, que não tenham a pressão que os municípios têm da população do dia a dia nas unidades de Saúde, no Secretário Municipal, no Prefeito. A pressão que está sendo feita nos municípios faz com que os municípios acabem 70% cumprindo a Emenda Constitucional nº 29 e 17 Estados não estejam cumprindo ainda.

O desafio da intersetoridade, que a Raquel vai falar logo em seguida e o desafio da atenção básica nos grandes municípios.

Bom, eu acho que nós colocamos aqui algumas reflexões, alguns desafios ainda que poderíamos colocar, mas, em função do tempo, eu acho que nós poderemos e deveremos discutir bastante nos grupos.

Nós precisamos rediscutir o papel de cada esfera de modo a contemplar os grandes desafios do Sistema Único de Saúde e este é o momento – esse momento da XII Conferência Nacional de Saúde. É um momento de repactuar aquilo que está na legislação, aquilo que nós vimos construindo nesses 15 anos. É o momento de olhar para trás, ver o que se caminhou; olhar para frente, ver onde queremos chegar; ver o tamanho das pernas e redefinir o que cada esfera deve fazer, onde nós queremos chegar e estabelecer os passos onde nós conseguiremos chegar nos próximos anos, não sem esforço, não sem esse grande pacto que reúna população, sociedade civil organizada, gestores, trabalhadores da Saúde e prestadores. Muito obrigado.

PAINEL 4 : INTERSETORIALIDADE NA SAÚDE

Raquel Maria Rigotto

SR. COORDENADOR POLICARPO BARBOSA: Então, imediatamente estamos passando a palavra para a Dra. Raquel Maria Rigotto, que vai falar sobre "Intersetorialidade na Saúde".

SRA. RAQUEL MARIA RIGOTTO: Muito bom-dia a todos e todas. Dizem que um adulto consegue, durante 50 minutos, ficar quieto, sentado e prestando atenção. Depois a atenção já começa a passear. E eu estou olhando daqui, mais ou menos de cima, está tão bonito ver os rostos de mais de mil pessoas que estão nesta sala, neste momento e que cada uma delas é uma pessoa que luta pela Saúde.

Então, para juntar as duas coisas, eu queria propor uma salva de palmas, de pé, para vocês. Vale uma espreguiçadinha.

Então, gente. Intersetorialidade – quando o meu filho, que está aprendendo a ler viu essa palavrinha no computador lá em casa, ele disse assim: " in-ter-se ..." e desistiu. Falou: "mãe, que palavra difícil!" E a palavra pode parecer difícil nós vamos ver, e muitos de nós já sabemos, que ela, no fundo, é uma idéia muito simples, é uma idéia quase que intuitiva.

Muitos autores dizem que as pessoas que trabalham com o tema da Saúde são as que têm a maior facilidade para compreender, para lidar e para

tomar iniciativas intersetoriais. Por quê? Porque nós sentimos na pele, no nosso trabalho cotidiano os limites das ações de Saúde que são fragmentadas e que não respondem ao problema que o paciente, que a população, que a comunidade traz para nós.

Então, por isso, nós vamos organizar aqui a nossa conversa nesses quatro itens: alguns momentos da trajetória do conhecimento, a crise da fragmentação do conhecimento e das políticas; intersetorialidade o que é? E, por fim, caminhos para a intersetorialidade.

Bem, a História da Humanidade é muito antiga. O ser humano tem 250 mil anos de existência; a História conhecida tem em torno de 8 mil anos, mas nós já vamos começar em torno do ano 1.500, quando começa o renascimento, o iluminismo e quando ainda era possível encontrar pessoas como Leonardo Da Vinci, que era pintor, escultor, arquiteto, engenheiro, cientista. Inventou o submarino, máquina voadora, escavadeira e era possível isso naquele momento: as pessoas terem o conhecimento quase que enciclopédico. Então, ele fez a Monalisa; ele fez estudos de anatomia e inclusive estudos sobre a gravidez e isso refletia na obra dele. As obras dele começaram a refletir o corpo humano de uma maneira mais próxima ao que ele é na verdade; ele fez até um projeto de cidade. Vocês vêem que ele mexia com uma série de temas, de saberes e de áreas de conhecimento.

Mas a Ciência Moderna já vem com outros traços, outras características. Ao invés de termos um conhecimento extensivo, ele tende a ser intensivo: as pessoas mergulham, por exemplo, na Matemática, na Física ou na Astronomia, ou na Biologia, ou na Química, ou na Geologia e vão produzindo informações.

Como resultado disso, ao longo de 200, 300 anos, nós tivemos um enorme acúmulo de conhecimentos na humanidade. O volume de conhecimento cresceu tanto que é impossível existir um Leonardo Da Vinci hoje, mesmo que seja genial como ele é. Então, nós temos, hoje, as áreas de conhecimento, as disciplinas especializadas, divididas e partidas e essa é uma das raízes de: por que nós precisamos, hoje, conversar sobre intersetorialidade.

No campo da Saúde, por exemplo, as ciências da Saúde se partiram em dois grandes ramos: a Saúde individual e a Saúde coletiva. A Saúde individual partiu na cirurgia e na clínica; na clínica, (eu não sei se o desenho que eu fiz ali está comunicando), nós temos alguém que cuida do osso, outro alguém que cuida do coração, outro alguém que cuida das emoções, outro alguém que cuida do olho; outro, que cuida do útero, que nem sempre é o que cuida do parto, e assim por diante.

No campo da Saúde coletiva também, nós temos o ramo das políticas de Saúde, que é o que nós estamos fazendo aqui nessa Conferência; temos a epidemiologia, que, por sua vez, se apóia muito na estatística; temos a Saúde dos trabalhadores; temos a Saúde ambiental e também vai por aí afora: a nutrição, a farmacologia, etc. E isso se refletiu também no campo das políticas de Saúde, quer dizer, na medida em que o conhecimento foi fragmentado, quando vamos pensar a política nós fragmentamos também as coisas. Então, às vezes, dentro da área de Saúde, que é a que está à direita da linha vermelha, nós temos: uma caixinha que lida com a assistência, outra caixinha que lida com a vigilância. Dentro da vigilância, tem uma caixinha que mexe com a sanitária, outra com epidemiológica, outra com a ambiental, outra com a Saúde dos trabalhadores. Dentro da assistência – o idoso, a criança, o

hipertenso, o diabético, o tuberculoso, a hanseníase, as endemias, as zoonoses. Então, nós vamos partindo as coisas. Nós estou dizendo que isso seja incorreto, só estou querendo que nós enxerguemos como as coisas vão ficando divididas. (Depois nós vamos acrescentar outras idéias a isso).

Por outro lado, à esquerda daquela linha vermelha, nós temos outras caixinhas das quais nós precisamos muito, como o meio ambiente. Estou tendo a alegria de ver aqui vários rostos que há dez dias estavam na Conferência Estadual de Meio Ambiente, companheiros indígenas, companheiras do Movimento de Mulheres, do Movimento Popular de Saúde, e etc. Então, a caixinha ficou lá do lado de lá. Muitas vezes nós nem sabemos onde fica a SEMACE para poder conversar com ela; o saneamento é outra caixinha; o trabalho, tão importante para a Saúde está lá em outro órgão; a Educação; a questão urbana da cidade; a assistência social e tantas outras que nós não tentamos ser exautivas. É só para dar essa idéia de como que: em relação com a fragmentação do conhecimento as políticas também se fragmentaram.

Quais as consequências desta fragmentação diante do fato que a realidade é complexa. Vejam lá o que nos diz o Junqueira: “a realidade que percebemos diante de nosso campo de visão é segmentada, porque a isolamos do contexto. Para entendermos a realidade complexa tem que ser decodificada para visualizar suas partes, mas o todo não se conhece sem a relação que suas partes mantêm entre si e com o todo. É um sistema.” Pensem, por exemplo, numa família. Eu posso ter um colega na escola que eu conheço aquele colega, convivo com ele todo dia, converso, etc. O dia em que eu vou à casa dele e conheço a família dele – o pai, a mãe, os irmãos, como é a casa, como é o

bairro, como é o quarto dele – eu fico conhecendo esse amigo muito melhor. Normalmente eu abro o meu campo de visão de poder ver o meu amigo, que é uma parte, no todo do sistema, que é a sua família. E assim é também com todos os problemas da realidade.

Esse quadro que vocês não vão dá conta de ver e acho que nem eu, mas o que é a idéia dele? É um diagrama que mostra as relações do automóvel com a Saúde. Eu tento buscar nele todas as relações do automóvel com a Saúde dentro desse raciocínio complexo. Então, nós vamos: primeiro, que o automóvel consome recursos naturais que podem prejudicar o ambiente e com isso refletir sobre a Saúde; o automóvel tem um processo de trabalho na fábrica, que tem risco à Saúde dos trabalhadores; o automóvel precisa ser vendido, então para isso ele está associado a um estímulo ao consumo de automóvel e para isso tem "trucentas" propagandas de carro na televisão, nos outdoors. Têm agências que nos tentam vender e temos nós, que ficamos nos sentindo menor que os outros por que não temos carro, porque é gerada uma política, uma cultura consumista, que nos oprime. E às vezes para ter um carro, nós toleramos o que não podíamos tolerar no emprego só para realizar esse sonho de consumo. Olha a Saúde! A Saúde está acontecendo esse tempo todo! Quando o carro começa a rodar na rua, primeiro, ele pode causar acidente. E lembrem-se que as mortes por causas externas, principalmente os acidentes de trânsito, são a primeira causa de mortalidade em nosso País, ou melhor, está entre as três primeiras. Eu sei que está em torno de 50 mil mortes por ano em acidentes de trânsito no Brasil. Além disso, ao rodar, o carro consome petróleo. Petróleo é recurso natural, que está acabando, que faz guerra, como nós vimos agora o Bush fazer no Iraque. E ao queimar o petróleo, ele polui o ar. E esse ar, nós respiramos e adoecemos, principalmente

as crianças, os idosos, os alérgicos e assim vai. Ou seja, um simples problema que nós pegamos, na realidade, que é o uso do transporte individual, podemos identificar uma série de impactos dele sobre a Saúde, uma série de relações e são essas relações que são pontos importantes para conhecermos e intervirmos sobre ela.

As causas dos problemas de Saúde vividos pela população, freqüentemente estão além do alcance do setor Saúde, porque são problemas complexos. Alguém me disse que nas Conferências Municipais de Saúde apareceram demandas do tipo: a Secretaria de Saúde fiscalize a pesca predatória. O que isso tem a ver com a Saúde? Alguém poderia perguntar. Mas tem tudo a ver com a Saúde, porque é a pesca predatória que tira a oportunidade daquelas comunidades litorâneas, tradicionais, que vivem da pesca artesanal. E quando tira essa oportunidade delas, a família não tem o que comer e isso vai refletir na Saúde e doença da família e da comunidade. Então, os problemas são sempre muito complexos.

Quando chega uma empresa para cultivar camarão em nossa praia, pode parecer que as coisas vão melhorar muito, porque eles dizem: “nós vamos gerar empregos”. Mas se não analisarmos esse problema direitinho qual é o tamanho dessa empresa de carcinicultura? Quais são os cuidados ambientais que ela vai tomar? Qual a água doce que ela vai utilizar? Em que parte do mangue que ela vai se instalar? Isso pode significar gerar emprego sim para algumas poucas pessoas da comunidade, mas tirar o ganha-pão das catadoras de mariscos no mangue, dos pescadores e ainda contaminar o mar, destruir o mangue e todas as conseqüências que isso tem. Então, que entre cada probleminha que aparece na nossa mão tem uma rede de relações de fatores

determinantes, condicionantes, de causas e eles são sempre complexos. E essa complexidade está fora do alcance do nosso posto de Saúde, mas nós não estamos presos dentro do posto de Saúde, graças a Deus. Nós podemos sair mundo afora.

Essa visão que busca compreender os problemas, as demandas trazidas pela população na sua totalidade, sem ver só a dor de barriga ou a febre, ou a desnutrição. Essa visão nós chamamos de uma visão sistêmica ou de uma visão holística, dependendo aí dos autores.

Intersetorialidade o que é? A intersetorialidade é a prima prática de interdisciplinaridade. Depois que nós descobrimos que o conhecimento, fragmentado em caixinhas, não resolvia os problemas da realidade, então nós criamos a interdisciplinaridade e a intersetorialidade é quando nós vamos fazer esse conhecimento interdisciplinar modificar, transformar a realidade.

A intersetorialidade é a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos com seus saberes, poderes e vontades para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar. É uma coisa inovadora: trabalhar coletivamente e de governar e de construir políticas públicas, que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na Saúde da população.

Para que nós estamos inventando essa história de intersetorialidade? Para conseguir melhorar a qualidade de vida e a Saúde da população. Só por isso.

A intersetorialidade é uma alternativa inovadora, que permite analisar, de maneira integrada, os problemas que afetam a população de um território, alargando as explicações para eles. Permite, então, planejar e desenvolver ações que articulem diversas políticas sociais, articulem ...

... discutir onde é o ponto mais fraco do problema, em que podemos agir e trazermos soluções mais eficazes. Isso é pensar estrategicamente.

A intersetorialidade (e isso é importante) não anula a singularidade do fazer setorial, quer dizer, nós vamos deixar de ser setor Saúde para fazer intersetorialidade. A atribuição, por exemplo, do cuidado e da cura vai continuar sendo exclusiva do setor Saúde, mas ela reconhece as atribuições de cada setor e os coloca em comunicação para construção de uma ação articulada e mais eficaz. E, fundamentalmente, a intersetorialidade é uma prática democrática. Aberta a participação de novos sujeitos ao empoderamento, quer dizer, ao fortalecimento do poder e à inclusão de novos atores sociais.

A prática da intersetorialidade supõe um monte de coisas: abertura para transformar a cultura institucional em corporativa e também as estruturas organizacionais. Muitas vezes, na prática da intersetorialidade, nós vamos sentir uma certa redução do nosso poder: “ah! Mas eu, engenheiro, que sempre cuidei disso!”, “Não! Isso é atribuição exclusiva do médico, enfermeira não pode fazer!”; “O que o biólogo quer meter a mão aqui no meu assunto?” Nós

vamos ter que conseguir romper um pouco com essas culturas corporativas e, às vezes, até reformular os organogramas das nossas instituições.

Isso também é muito importante: a intersetorialidade supõe o resgate da possibilidade de ser sujeito, de ser solidário e de participar da construção de um projeto de sociedade e de futuro. Quer dizer, na medida em que nos aliamos com outros parceiros e construímos ações conjuntas, nós estamos sendo sujeito da Saúde no nosso local. E esse já é um resultado da intersetorialidade. Vai ser muito bom se nós conseguirmos também resolver o problema que nos uniu, mas se não conseguirmos o simples fato de termos nos termos reunido e termos descoberto que nós, juntos, podemos mudar a realidade, já é um enorme ganho.

A parceria, o território, que é ali onde acontecem os problemas, onde acontece a vida. Então, chegar à nossa comunidade e pensar: aqui onde nós vivemos, quais são as coisas boas que existem e que nós temos que preservar? A Serra, a Mata, o espírito de comunidade, a cadeira na calçada no final da tarde, a solidariedade, as ruas de calçamento e não de asfalto, a tradição de bordar, tudo que tem de bom ali onde eu vivo. E depois, se nós não identificamos o que tem de bom, eles destroem e nós nem notamos. Depois nós vamos identificar os problemas e tentar compreender esses problemas dentro dessa rede de relações.

A intersetorialidade exige paciência, tolerância, capacidade de escuta e negociação. Porque nós vamos conversar com pessoas, que não falam a mesma linguagem nossa. Por exemplo, eu estava conversando com alguém na área de meio ambiente e falando de cuidados secundários, que é uma coisa que

não estou tão acostumada a falar. Deu uma briga na reunião e eu sem entender por que ele estava rejeitando tanto o que eu estava dizendo. É porque na cabeça dele secundário é algo que está em segundo plano! Ele não tinha essa linguagem nossa do campo da Saúde de falar em cuidado primário, secundário e terciário. Quando eu falei em cuidado secundário ele achou que era para deixar isso para lá. Então, até na linguagem nós temos que construir coisas em comum.

A intersetorialidade supõe também compartilhar poder. E isso, às vezes, entre as instituições é muito complicado e difícil, porque cada instituição quer por a placa lá "A Prefeitura fez essa obra", "o Estado fez essa obra", "o SUS criou esse posto de Saúde", "a CAGECE saneou esta bairro". Na verdade, gente, para a população pouco interessa quem fez. O cidadão quer que o Estado – o Governo – faça aquilo que é direito dele ter e faça bem feito. Agora, quem é que fez interessa muito pouco para a maioria dos cidadãos. Então, nós temos que conseguir nos colocar no lugar do usuário e olhar para os órgãos públicos que precisam conversar e articular suas políticas nesse sentido. O importante é que consigamos conversar para ter um resultado muito melhor do que se trabalhar sozinho.

Caminhos para a intersetorialidade – o ponto de partida tem sido a percepção conjunta de um problema comum que afeta a qualidade de vida e que não pode ser resolvido de forma articulada e também o desejo de resolvê-lo.

Então, gente, tem uma idéia que eu acho muito interessante que é a seguinte: os problemas não existem até que nós digamos "aqui está o

problema". Somos nós – sociedade – que nomeamos os problemas. Vejam bem: a questão ambiental, por exemplo, há muitos anos que está instalada. Mas só a partir de 1970 é que nós começamos a falar que existia um "problema" ambiental. O problema já estava aí! Mas nós não estávamos vendo. Então, somos nós que nomeamos os problemas. E nós conseguimos agir sobre uma situação "problema" quando convencemos os outros de que aquilo é um problema e que é importante resolver. Eu, por exemplo, desde que cheguei aqui no Ceará tento convencer algumas pessoas que Saúde do trabalhador é um problema aqui no Estado e, às vezes, nós temos sucesso, às vezes, não. O sucesso da nossa proposta depende de conseguir envolver os atores sociais com aquele problema coletivo que nós identificamos na comunidade, que pode ser o lixo, que pode ser a desnutrição, o desemprego, a violência, as drogas, as indústrias novas que estão chegando, a poluição do rio, o açude que está secando. São muitos os problemas que têm reversões sobre a Saúde e que podem ser abordados assim.

A comunicação é fundamental, tanto dentro do grupo que está tentando trabalhar intersetorialmente como para fora, para construir essa linguagem comum (que eu estava falando com vocês), o entendimento comum.

Um outro exemplo: tem autores dizendo que quando falamos em "cidades saudáveis" e o Secretário de Saúde tenta levar essa proposta no seu município, os outros Secretários se trancam por que é "cidade saudável", que chama o projeto, então é coisa da Saúde. Se ele for entrar, não vai ganhar nada com isso. Claro que essa é uma visão muito limitada! A Saúde é o resultado esperado do conjunto de políticas no nível local, estadual e nacional e até internacional. Então, é essa coisa de um entendimento comum que precisa ser

construído. Meu colega Secretário, se eu disser “uma cidade sustentável” fica melhor para você? Fica, então estão bom, nós vamos chamar de “cidade sustentável” para não achar que a Saúde está querendo puxar a brasa para a sardinha dela. Mas construir esse entendimento comum entre as pessoas.

O processo de gestão que deve ser coletivo e participativo. E deve haver momentos em que cada ator presente possa se revezar na condução do processo, na liderança, na iniciativa. A subordinação não é um bom caminho. O melhor é *redesorizontalizar*, onde as pessoas possam trocar seus saberes e os seus poderes.

Já há vários caminhos desenvolvidos que envolvem tanto a participação democrática como a intersetorialidade, por exemplo, a proposta da “cidade saudável”, a proposta da “promoção da Saúde”, a Agenda 21, a proposta de DLIS (Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável). São vários caminhos que abrem espaço para ver os problemas na sua complexidade, juntar forças entre os diversos atores sociais – de Governo, da sociedade civil, do setor privado, das comunidades – e buscar resolver esses problemas.

É claro também que nós podemos criar novas formas e instâncias de ações setoriais: não precisamos seguir uma receitinha. De acordo com a nossa realidade local podemos criar fóruns, conselhos, comissões, etc.

Então, aí nesse desenho nós estamos tentando fixar a idéia de que em cada setor desse circulo que está separado por uma linha preta, nós vamos ter ali a Saúde, o Meio Ambiente, o Trabalho, a Educação, a Assistência Social e outras entidades, as ONGs, as comunidades, os sindicatos, as empresas e

vamos trocar conhecimentos tendo em vista a melhoria da qualidade de vida da população. Esse pode ser o nosso foco, o nosso núcleo. Então, nós vamos, com o nosso conhecimento, olhar esse tema, passar conhecimentos, trocar com outros setores, comunicar isso lá para fora, ouvir sugestões e aí então poder construir a nossa intervenção.

Não são caminhos fáceis, envolvem sofrimento e confusão, ao lado do prazer, da descoberta de novos olhares, novas possibilidades e novas saídas.

Então, nós podemos sentir que o mundo é grande e que o nosso passo pode ser mais largo. Obrigada.

SR. COORDENADOR POLICARPO BARBOSA: Nós queríamos agradecer aos nossos painelistas. Eu acho que foi uma contribuição muito grande todas as palestras, todas as falas para os grupos de debate e para chegarmos a boas conclusões na nossa Conferência.

Eu queria dar alguns avisos, e pediria o pessoal que aguardasse um pouco: a reunião dos nutricionistas, logo depois do fim dessa plenária, aqui do lado direito.

Nós agora vamos para o almoço. Às 14h, nós vamos ter os temas livres e às 14h e 30min em ponto nós nos encontraremos aqui novamente. Obrigado.

(Intervalo para Almoço)

APRESENTAÇÃO DE TEMAS LIVRES

SRA. PARTICIPANTE: Então, Moacir, eu gostaria de convidar mais uma vez para você colocar se você tem esse dado do quantitativo de pessoas que você tem lá credenciados e que poderiam estar recebendo o seu material e que estão aqui presentes nessa Conferência. Nós avolumamos por conta da demanda que chega no momento em que nós não damos conta.

SR. MOACIR: Tem uma moça aqui na Plenária que veio ser intérprete de pessoas portadoras de deficiência auditiva. Eu peço a ela que se dirija aqui para frente para começar o trabalho.

SR. PARTICIPANTE: Gente, boa-tarde. Nós estamos fechando os números finais de credenciamento. Nós temos um material em torno de 400 bolsas, aproximadamente. Algumas pessoas já estão inscritas nessa Conferência e chegaram após. Nós prorrogamos o prazo para 13h por conta de que o Regimento dizia ao meio-dia, mas como nós atrasamos uma hora e é uma questão de consenso. E aí nós queremos saber dessa Plenária. Nós temos esse material, até que hora nós fazemos essa prorrogação e a que horas nós poderemos, então, efetivar a substituição da listagem que nós já temos dos suplentes que nos foram remetidas pelos titulares que, porventura, não estejam nessa Conferência. É uma coisa de bom senso. As pessoas estão chegando, estão nos procurando. Já estão aqui muitas nos procurando para se credenciar e nós queremos, simplesmente, referendar essa posição na Plenária para proteger a Secretaria de Saúde, para não sermos acusados de estar ferindo

o Regimento. Então é uma postura de democracia e de estar mantendo a linha, como não podia ser diferente, consultar essa plenária até que horas. Nós temos uma proposta assim: que nós prorroguemos pelo menos até às 16h o credenciamento, esgotemos esse credenciamento às 16h e a partir das 16h nós façamos a substituição dos titulares pelos suplentes que já nos enviaram a listagem e aí sim às 17h encerraríamos todo o credenciamento da Conferência. Não credenciaremos mais nem um tipo de participante, seja delegado, seja convidado, seja observador e estaríamos tratando, na Secretaria, de outras questões como emissão de certificados. É essa proposta. E se essa Plenária entende que nós podemos prorrogar por mais uma hora e até às 17h nós encerraríamos qualquer tipo de credenciamento.

SR. MOACIR: Então, eu penso que a Plenária está bem esclarecida com relação a isso e eu solicito que nós votemos essa questão da prorrogação do credenciamento até às 17h.

Quem concordar com essa prorrogação que se manifeste – os delegados aqui presentes – para que nós possamos estar fazendo isso do ponto de vista de garantir ... alguém se manifesta de forma contrária a esse encaminhamento? Alguma abstenção? Então, a Plenária acata o encaminhamento da organização da Conferência do ponto de vista de até 17h estarmos concluindo o credenciamento das pessoas que estão aqui nesta Conferência. Nem um outro credenciamento acontecerá de forma nenhuma.

Então, eu gostaria de convidar a Socorro Gonçalves ou o Guto para que possamos fazer a leitura do Regulamento e as pessoas que têm alguma questão

de encaminhamento que possam estar levantando o ponto de discussão e que possamos iniciar a Mesa desta tarde.

SRA. SOCORRO GONÇALVES: Bom, gente, boa-tarde. Pela manhã, foi passado um bilhete para a Mesa solicitando um intérprete da Linguagem de Sinais Brasileira para surdos. Nós providenciamos e não estamos visualizando nem uma pessoa que tenha necessidade de intérprete. Então, nós estamos querendo realmente nos certificar se não há nem uma pessoa surda na platéia para que possamos realmente contemplar a inclusão dessa pessoa na Conferência. Quem tiver necessidade de intérprete que se pronuncie.

Na verdade, seria até legítimo que mesmo não havendo, existisse intérprete, porque poderia chegar a qualquer momento. Como nós sabemos que a Conferência tem um limite e o credenciamento está encerrando parece-nos que não vai ser necessário.

SR. AUGUSTO MARTINS: Boa-tarde a todos. Eu falo parte do Conselho Estadual de Saúde – CESAU, sou conselheiro e nós vamos dar andamento à leitura do Regulamento. No entanto, nós queríamos definir aqui um teto para que essa leitura seja realizada e discutida para que não atropelemos o andamento das Conferências que serão realizadas após essa leitura. Alguma proposta de tempo?

SRA. PARTICIPANTE: Eu penso que em 20 minutos dava para nós operacionalizarmos essa apresentação.

SR. AUGUSTO MARTINS: Bom, Regulamento. IV Conferência Estadual de Saúde. Esse Regulamento foi aprovado na reunião do Conselho Estadual de Saúde – CESAU, realizada no dia 29 de setembro desse ano, na 185ª Reunião Ordinária.

CAPÍTULO I
DA FINALIDADE

Art. 1º - Este regulamento tem por finalidade a definição de regras de funcionamento para a IV Conferência Estadual de Saúde, convocada pelo Decreto nº 27.098, de 18 de julho de 2003, com Regimento aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde, em 29 de setembro de 2003.

CAPÍTULO II
DA ORGANIZAÇÃO

Art. 2º - A organização da IV Conferência Estadual de Saúde terá a seguinte metodologia:

a. Conferências, painéis e Mesa Redonda;
b. Grupos de trabalho;
c. Plenária.

Parágrafo Único – Somente a Mesa Redonda será seguida de debate.

CAPITULO III
DA PROGRAMAÇÃO

Art. 3º - A programação da IV Conferência Estadual de Saúde seguirá o formato exposto nesse Regulamento.

CAPÍTULO IV
DO TEMÁRIO

Art. 4º - Nos termos do seu Regimento, IV Conferência Estadual de Saúde abordará:

a. *O tema "Saúde, um Direito de Todos e um Dever do Estado – A Saúde que temos, o SUS que queremos;*
b. *Os eixos temáticos são: Direito à Saúde, Seguridade Social e a Saúde, Intersetorialidade das Ações de Saúde, As Três Esferas do Governo e a Construção do SUS, A Organização da Atenção em Saúde; O Controle Social e Gestão Participativa; O Trabalho na Saúde; Ciência e a Tecnologia em Saúde; Financiamento da Saúde e Informação e Comunicação em Saúde;*
c. *Composição do Conselho Estadual de Saúde;*

Parágrafo Único – Cada eixo temático será apresentado em Conferência, em painéis, em Mesas Redondas com respectivos grupos de discussão.

SEÇÃO I
DAS EXPOSIÇÕES

Art. 5º - A abordagem de cada eixo temático, que compõe o temário da IV Conferência Estadual de Saúde será feita mediante apresentação de cinco (05) expositores por Mesa.

Parágrafo Único – Cada Mesa contará com um coordenador.

Art. 6º - Os expositores disporão de 15 minutos, prorrogáveis por mais 5 minutos, para exporem suas idéias baseadas nos termos de referência elaborados pela Comissão Temática.

Art. 7º - Após as exposições da Mesa Redonda, o coordenador, com a colaboração da Comissão Organizadora, abrirá a palavra ao Plenário para debate durante duas horas improrrogáveis.

§ 1º - Os delegados e convidados poderão manifestar-se, verbalmente ou por escrito, durante o período dos debates, mediantes perguntas ou observações pertinentes ao tema, garantindo-se, prioritariamente, a ampla oportunidade de manifestação de todos, evitando assim as múltiplas manifestações de uma mesma pessoa.

§ 2º - O tempo máximo para cada intervenção será de 3 minutos improrrogáveis.

Art. 8º - Os temas livres referentes à pesquisa ou relatos de experiência deverão ser encaminhados à Comissão Organizadora, sob a forma de resumo, por escrito, até o dia 26 de outubro de 2000.

Parágrafo Único – A apresentação dos temas livres será na modalidade de Pôster. Só um adendo: inclusive, estão expostos os pôsteres e vocês podem conferir mais tarde.

Art. 9º - As exposições e debates serão registrados em fita magnética para posterior tratamento com vista à divulgação dos Anais da IV Conferência Estadual de Saúde.

SEÇÃO II
DOS GRUPOS DE TRABALHO

Art 10 – Os grupos de trabalho serão compostos da seguinte forma:

1) *Por delegados e convidados em número de 40 a 50 pessoas;*
2) *Por um coordenador eleito entre seus membros com as funções de conduzir as discussões, controlar o tempo e estimular a participação de acordo com o roteiro previamente estabelecido;*
3) *Por um relator, eleito entre seus membros, encarregado de relatar as conclusões do grupo, participar da consolidação dos relatórios dos eixos temáticos e colaborar com a Comissão de Relatoria Geral, quando solicitado, como membro da equipe de relatores de sínteses;*
4) *Por um relator adjunto, indicado pela Coordenação Geral da IV Conferência Estadual de Saúde, para dar suporte ao grupo.*

Art. 11 – As intervenções dos membros dos grupos deverão ser pautadas pelas exposições ocorridas, durante a Conferência Magna, Painéis, Mesa Redonda e pelos documentos oficiais da IV Conferência Estadual de Saúde:

1) *Relatório de Síntese da III Conferência Estadual de Saúde de 2000;*
2) *Síntese da XI Conferência Nacional de Saúde;*
3) *Diretrizes para a política de Saúde estadual;*
4) *Diretrizes para a política de Saúde do Brasil;*
5) *Consolidado dos relatórios das etapas municipais da IV Conferência Estadual de Saúde.*

SEÇÃO III
DA PLENÁRIA

Art. 12 – A Plenária terá como função aprovar o Regimento da IV Conferência Estadual de Saúde, as propostas dos grupos de trabalho, a composição dos Conselhos Estaduais de Saúde, o relatório final, as moções apresentadas e eleger os delegados e observadores para a XII Conferência Nacional de Saúde.

Art. 13 – Serão eleitos 104 delegados e 10 observadores para participarem da XII Conferência Nacional de Saúde, respeitando a paridade assim distribuídos:

§ 1º - Quanto aos delegados:

I) Cinquenta e dois (52) delegados, representando o segmento de usuários;

II) Vinte e Seis (26) delegados, representando o segmento ...

(Mudança do lado da fita)

a)...citações de destaque deverão ser encaminhadas, por escrito, até o final da leitura da proposta de relatório, pela Mesa, constituindo-se em proposta de redação alternativa em relação ao item destacado;

b) As solicitações de destaque serão submetidas a deliberação da Plenária que decidirá, inicialmente, sobre sua pertinência;

e) identificando o conjunto dos itens do destaque proceder-se-á a votação do relatório, ressalvando esses itens;

f) Após a apreciação do relatório serão chamadas – uma a uma – as apresentações de destaque;

g) As propostas de destaque terão dois minutos, improrrogáveis para a defesa do seu ponto de vista;

h) A seguir, o Coordenador da Mesa concederá a palavra, por igual tempo, ao delegado que se apresente para defender a proposta original;

i) Não será permitida, em qualquer hipótese, a réplica;

j) Serão colocados em votação os destaques em relação à proposta original do relatório;

k) A proposta original do relatório será sempre a proposta de nº 1;

l) As propostas serão aprovadas com o quórum de, no mínimo, um terço dos delegados credenciados e, por maioria simples, dos delegados presentes;

Destacado o Art 16

Art. 17 – As moções encaminhadas exclusivamente por delegados deverão ser, necessariamente de âmbito ou repercussão estadual e devem ser apresentadas à Secretaria da IV Conferência Estadual de Saúde até às 10h do dia 31 de outubro, redigida uma lauda, no máximo, fonte 12, espaço 5.

§ 1º - Cada moção deverá seguir assinada por, pelo menos, 50 delegados.

§ 2º - A Comissão de Relatoria organizará as moções recebidas, classificando-as e agrupando-as por tema, dando ciência aos propósitos, para organize a apresentação da Plenária, facilitando o andamento dos trabalhos.

§ 3º - Encerrada a fase de apreciação do relatório final da Conferência, o coordenador convocará os propósitos das moções, por tema, para proceder a leitura do texto, garantindo-se a cada um o tempo de 2 minutos, no máximo, para a defesa da moção.

§ 4º - Será concedido o mesmo tempo para defesa do ponto de vista contrário ao do expositor da moção.

§ 5º - A aprovação das moções será por maioria simples de delegados presentes, considerando o quorum previsto na alínea I do Art. 14.

Art. 18 – Serão conferidos certificados de participação da IV Conferência Estadual de Saúde aos membros da Comissão Organizadora, das Comissões Especiais, delegados, convidados, observadores, expositores, relatores especificando a condição da participação da Conferência.

Parágrafo Único – Serão conferidos certificados de apresentação de trabalhos científicos ou relatos de experiências aos participantes que apresentarem seus trabalhos através de pôster, seguindo as normas elaboradas pela Comissão de Trabalho Científico.

Art.19 – Os casos de omissão são resolvidos pela Comissão Organizadora.

SRA. PARTICIPANTE: Então, companheiros, nós temos alguns destaques. O primeiro, o Art. 10 tem um destaque. Nós daremos 2 minutos, improrrogáveis para fazer a ...

SRA. LENI NOBRE: Sou Secretária de Saúde de Maranguape. Meu destaque é menos de um minuto.

Aqui no Art. 10: *os grupos de trabalho serão compostos da seguinte forma: por delegados e convidados.* Faltaram os observadores. Assim também é no Art. 14, faltaram os observadores terem direito a voz.

SRA. PARTICIPANTE : Segundo o Regimento, quem tem direito a voz, na Conferência, são os delegados – direito à voz e voto – e convidados, com direito a voz. Regimentalmente ... eu estou só lhe esclarecendo.

SRA. LENI NOBRE: Mas eu ainda defendo: se ele vai ter direito a participar, como observador, ele tem direito à voz. E se ele vai receber certificado que participou da Conferência, ele tem direito à expressão.

SR. PARTICIPANTE: Só um esclarecimento. No Art. 17, no § 5º está observando que os observadores receberão certificado.

SR. MOACIR: Nós estamos discutindo o Art. 10, que ela levantou a discussão. E aí por questão de esclarecimento eu coloco para a Plenária que, regimentalmente, a XII Conferência Nacional de Saúde tem os membros participantes da Conferência, que tem esse formato: delegados, com direito a voz e voto; convidados, com direito a voz e observadores. Então essa é a modalidade de participação. Quem tem direito a voz e voto são dos delegados e os convidados.

SRA. PARTICIPANTE: Lúcia, o Art. 10 está dizendo do direito a participar de grupos de trabalhos. Se os observadores estão aqui participando da Conferência, eles não têm direito a participar dos grupos de trabalho? Claro, que têm direito. No Art. 10, nós estamos discutindo que está formando os

grupos de trabalho. Aqui só tem delegados e convidados. Então, eu estou chamando atenção que observadores também deverão ter direito a participar dos grupos de trabalho. Esqueceram a palavra “observadores”. Se estão aqui como participantes, têm direito a participar dos grupos de trabalho. No Art. 10.

O Art. 14, na hora certa nós defendemos a proposta.

SRA. PARTICIPANTE: Então, eu tenho uma questão de encaminhamento ou levantamento da discussão do Art. 10 e que nós estamos colocando em votação para a Plenária. Foi feita uma observação com relação à participação dos observadores nos grupos e que nós colocamos o encaminhamento à Plenária para que nós entremos em processo de regime de votação. Sempre, regimentalmente, nós vamos votar pela manutenção do texto. Se o Plenário mantém o texto, que se manifeste e segundo, nós votamos a proposta que foi de alteração do texto.

Então, quem vota a favor da manutenção do texto?

Quem vota pela alteração no Art. 10 da participação dos observadores nos grupos. Quem se abstém da discussão. Então, aprovada a alteração do Art. 10 do Regulamento.

O outro destaque está no Art. 13. O Marcos fez o destaque.

SR. MARCOS: Boa-tarde. Eu gostaria de fazer um acréscimo no Art. 13, acrescentando:

§ 2º - *Os delegados serão escolhidos por microrregião segundo o critério populacional de acordo com o que segue:*

1) *Quem deve organizar o critério populacional é a Comissão Organizadora.*

Isso implica o seguinte: como é sempre feito nas Conferências de Saúde, quem vai ser beneficiado com isso, principalmente, são os municípios (a população pequena) e fortalece o poder das microrregiões. Porque, infelizmente, não ... nós estamos acompanhando acompanhando o trabalho das microrregionais e se fizermos esse tipo de conduta na Conferência fortalece, inclusive, a integração entre os municípios.

SR. MOACIR: Marcos, qual é a proposta de modificação. Você podia clarear melhor aí?

SR. MARCOS: Art. 13 – acrescentar o § 2º - *Os delegados serão escolhidos por microrregião, segundo o critério populacional, de acordo com o que segue*... o que segue, no caso, vai ser organizado pela Comissão Organizadora da Conferência Estadual de Saúde.

SRA. PARTICIPANTE: Marcos, encaminha por escrito aqui esse destaque. Tem um outro destaque que foi solicitado pela companheira.

SRA. PARTICIPANTE: O meu destaque para esse Art. 13 é, respeitando a paridade que está aqui, não quero descumprir a paridade. Mas levando-se em conta que os municípios são os maiores empregadores dos profissionais de

Saúde, palavra da Maria Luiza Jege, hoje em reunião com os Secretários que ficasse claro na hora de fazer a distribuição desses delegados de qual nível de Governo, quais serão os critérios usados para dividir que nível de Governo, por exemplo, gestores. Temos 184 secretários municipais de Saúde. Na hora de dividir essas 16 vagas, quantos serão destinados ao nível estadual e quantos serão destinados ao nível municipal. Isso aqui não fica claro. A exemplo das Conferências passadas, na hora nós vemos uma participação muito ínfima dos municípios e eu acho que é no município onde as coisas acontecem, onde tem maior número de trabalhadores da Saúde é nos municípios.

Então, a minha proposta claramente é que dividam essas vagas: 80% para os 184 municípios e apenas 20% para o pessoal do Estado. E que dentro dos 80% das vagas dos municípios se tire 20% para o Município de Fortaleza dado o número de habitantes ser bem maior do que dos outros municípios.

SR. MOACIR: Companheiros, nós temos duas propostas que foram colocadas. Aliás são três propostas: a proposta da discussão do critério por segmento, tem a modificação pela proporcionalidade que o Max levantou e tem ...

SR. JOSÉ ANTÔNIO: Eu sou do segmento Profissional de Saúde, trabalho na Fundação Nacional de Saúde, cedido à Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.

Companheiros e companheiras, nós observamos que realmente tentamos se corrigir uma distorção, querendo-se criar outras distorções. E isso é que nós temos que estar tranqüilos e temos que ter uma discussão tranqüila com os

companheiros. Reconheço que há uma necessidade de aumentar a representatividade nos fóruns. Houve um equívoco na forma como foi convocado para eleger os delegados nos municípios, quando não se observou a proporcionalidade populacional. Está claro que ocorreu esse fato.

Agora, companheiros, chegar aqui na Conferência Estadual, que o caráter aqui é estadual, onde as pessoas se colocam para apresentar proposições para defender o Estado como um todo, não se vendo as particularidades, observando a generalidade da questão, que é a Saúde como um todo. Aí, companheiros, em nome de que eu vou procurar mecanismos para distorcer uma questão que é histórica nas conferências de Saúde, que é a forma de eleição dos delegados para as conferências nacionais, que é através da paridade: profissionais de Saúde, prestadores de serviços, Governo e usuário. E a representação tem que se dá aqui pela qualidade da intervenção desses companheiros, não é porque é do município A, do B ou do C! Mas sim pelo compromisso, pela qualidade e dentro dos seus pares serão capazes de fazer essa identificação, independentemente de que município, de que localidade de onde o companheiro veio, e sim pela questão do compromisso. Ou como prestador, como Governo, como usuário ou como profissional de Saúde.

SRA. PARTICIPANTE: Então, companheiros, existem três propostas com relação ao Art. 13. Nós vamos entrar em regime de votação para as propostas que foram encaminhadas.

A Lenilucia encaminhou a proposta por escrito, que foi o primeiro destaque com relação ao Art. 13, em que ela coloca assim:

Quanto aos Delegados: com exceção dos delegados usuários os demais segmentos serão eleitos na proporção de 80% de vagas destinadas aos municípios e 20% para o nível estadual e federal.

Esse é o texto da proposta de alteração que a Lenilúcia fez no Art. 13. A outra alteração, que o Max fez, é com relação a se estabelecer, na escolha dos delegados, o critério *"proporcionalidade por microrregião"* e existe a proposta de manutenção do texto. Então, todo mundo está esclarecido com relação a isso?

Então, nós vamos colocar em votação, regimentalmente, a manutenção do texto. Quem concorda com a manutenção do texto, que se manifeste. Quem é contrário a manutenção do texto? Quem se abstém da votação. Então, o plenário já se manifestou pela manutenção do texto, companheiro.

Tem uma alteração no Parágrafo Único do Art. 13.

SRA. LENILUCIA: A mesma defesa do Art. 10: que tenham direito a voz, os observadores também.

SRA. PARTICIPANTE: Companheiros, eu penso que nós já esgotamos essa discussão quando nós votamos o Art. 10.

Companheiro, eu estou encaminhando as propostas do jeito que Plenário pediu e fez destaque.

SRA. PARTICIPANTE: Eu sou usuária e acadêmica do Curso de Farmácia. É só uma questão de encaminhamento, porque a outra votação, embora a maioria do pessoal tenha dito que não foi confusa, foi confusa. O encaminhamento é para que nas futuras votações se coloque não manutenção ou não da proposta, mas se apresente a proposta para a votação.

SRA. LÚCIA ARRUDA: Companheiros, regimentalmente, nós temos que colocar o primeiro item é o item que está no regulamento. Eu acho que ficou claro, pela manhã. Primeiro é o item que está na proposta do Regulamente, em seguida os destaque. Se vocês se manifestaram favoráveis ao item que está no regulamento, então em que houve encaminhamento incorreto? Se esse é o encaminhamento que nós votamos, que esse deveria ser o posicionamento da Plenária: primeiro o que está escrito no Regimento e no Regulamento. Então, a Mesa acata o que nós aprovamos pela manhã e estamos fazendo o destaque que vocês fizeram. Agora, se nós já votamos o item da inclusão dos observadores nos debates de grupos, esse item contempla.

SRA. PARTICIPANTE: Lúcia, só uma questão de ordem. Você não deu direito às pessoas que lançaram os destaques fazer a defesa. Você não deu direito às pessoas aprovarem ou não as suas propostas.

SR. MOACIR: Eu penso que você apresentou a proposta. Nós já votamos, inclusive. A Mesa está aguardando para iniciar a Mesa Redonda e nós vamos cumprir o tempo que nós decidimos nessa Plenária. Então, por favor, companheiros, ajudem a Mesa a dar encaminhamento a essa discussão.

SRA. LÚCIA ARRUDA: Só um encaminhamento. Eu gostaria só de pedir que o pessoal que está na Plenária prestem atenção quando estão sendo colocadas as votações, porque tem companheiro votando duas vezes. Vota numa questão, depois vota na outra, aí fica confuso e está criando essa polêmica.

A outra questão é que quem já participou de outras conferências sabe que as pessoas têm direito a participação, tem. Agora, poder de voto só quem tem é quem é delegado. E isso tem que ficar claro, porque as pessoas se queriam sair e ter poder de voto, deveria ter se candidatado e ter sido eleito como delegado nos seus locais, porque houve conferências em todos os municípios. Se a pessoa não saiu candidato e agora chega aqui querendo participar é ilegal e nós sabemos que todas as Conferências são assim: participantes e convidados têm poder de participar, mas não têm de votar. Isso tem que ficar claro.

SR. PARTICIPANTE: Gente, tem só um informes aqui rapidinho. Vai haver uma reunião com a Comissão de Farmacêuticos no intervalo, atrás da Sala VIP.

SR. MOACIR: Companheiros, tem mais dois destaques, que é o destaque do Art. 16, que o Edmilson pediu destaque. Por favor, Edmilson.

SR. EDMILSON: Sou Edmilson, delegado eleito pelas pré-Conferências de Fortaleza e também delegado eleito na pré-conferência municipal de Fortaleza. Sou também Presidente do Conselho Regional de Saúde da SER-06.

Gostaria de uma explicação da Mesa com referência a dois pontos do Art. 16. Um, que coloca o seguinte: *assegura-se aos delegados o direito de solicitar o exame e destaque de qualquer item e proposta contido no relatório.* E lá no mesmo artigo tem dizendo que *esse pedido de destaque tem que ser comunicado para a Plenária para saber se é pertinente.* Eu não entendi, eu gostaria de saber apenas um esclarecimento da Mesa. Como é? O delegado tem direito a fazer o destaque e tem que passar pela Plenária para o destaque ser aceito? Aqui diz que o delegado tem direito a fazer o destaque e logo em seguida, num outro item, que eu estou vendo aqui diz que tem que ser aprovado pela Plenária a questão da pertinência do destaque. Eu quero saber se não há uma contradição entre esses dois itens.

A defesa do destaque seja votada. O ato de você fazer o destaque tem que ser passado pela Plenária? Para ter o direito de ser contemplado? A Mesa entendeu o meu questionamento?

SR. MOACIR: A Mesa localizou. Então o item b é: *assegurar-se-á aos delegados o direito a solicitar o exame de destaque de qualquer item da proposta contida no relatório.* E o item d: *as solicitações de destaque são submetidas à deliberação da Plenária, que decidirá, inicialmente, sobre sua pertinência.*

OBS.: PERDERAM DADOS NA mudança para fita 5ª, POIS JÁ INICIA COM O FINAL DA PALESTRA DO PROFESSOR JACKSON, NA MESA REDONDA: CONTROLE SOCIAL NO SUS

MESA REDONDA: O CONTROLE SOCIAL NO SUS

Coordenadora: Fedilarina Teixeira do Carmo

Subtema: Controle Social nas Relações do Estado e Sociedade

José Jackson Coelho Sampaio

SR. JACKSON COELHO SAMPAIO: ...quatro, cinco anos para grandes assembléias maravilhosas, afetivas, cheias de gente inteligente, cheias de artistas. Mas nós precisamos ter um compromisso permanente com a continuidade da avaliação do que é feito. Então, nós precisamos encontrar um jeito de garantir a continuidade, uma avaliação continuada de maneira participativa: planejamento participativo, avaliação continuada participativa, formas de capacitação diferentes daquelas que o Estado oferece. E eu não estou aqui dizendo, necessariamente que a do Estado é errada ou ruim. Eu estou dizendo que ela é sempre questionada e precisamos estar muito claramente alerta de que tudo o que nós estamos fazendo é o embrião de um sonho que está em construção. Nós não temos nada perfeito, nada acabado, nenhuma experiência longa. Quando nós perguntamos qual é o segredo da beleza da grama dos parques ingleses. Eles dizem: "nós plantamos a grama, depois ficamos cuidando, cuidando, 50, 100, 500 anos." A democracia é uma planta assim, que nós precisamos plantar e cuidar 100, 200, 300 e 500 anos. Democracia não é espasmo. Democracia não é um ataque epilético. Democracia não é uma convulsão que acontece, uma febre acontece a cada 4 anos. Democracia é um processo constante, continuado, de co-responsabilização. Essas eram algumas provocações que eu tinha pensado trazer para vocês no tempo de 15 minutos. Muito obrigado.

SRA. FIDELARINA TEIXEIRA: Agradecemos à brilhante exposição do Professor Jackson e vamos apresentar o Professor, que é Pró-Reitor de Pós-Graduação de Saúde Pública e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará.

Passamos a palavra à Diretora do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde e também pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz, Maria Helena Machado, com o sub-tema "Trabalho na Saúde".

SR. MARIA HELENA MACHADO: Boa-tarde a todos. Primeiro eu quero agradecer em nome da Secretaria de Gestão do Trabalho e Saúde, do Ministério da Saúde o convite para estar aqui participando, dialogando com vocês rumo a nossa Conferência Nacional de Saúde, que acontecerá em dezembro.

Eu também gostaria de fazer..., porque depois o Ivo, também meu colega de Secretaria de Gestão vai estar falando mais especificamente do campo dele e a minha fala vai estar voltada para a discussão da questão do trabalho, da gestão do trabalho, dos trabalhadores, da qualificação e pessoalmente das condições de trabalho e tudo que envolve o trabalho da Saúde e o atendimento à população em si.

Eu estava observando aqui: eu fiz uma conta, peguei aqui o relatório das Conferências municipais e vi que só no item – Trabalho, Gestão no Trabalho, Plano de Carreiras, Capacitação, Humanização, nós temos 67 itens. Eu rapidamente dei uma olhada, e boa parte do que está sendo falado, do que está sendo reivindicado pelos profissionais de Saúde, pelos usuários e pelos

gestores diz muito da minha fala aqui e eu espero que na Conferência Nacional possa acertar melhor ainda quais são, de fato, as grandes questões que hoje afligem os trabalhadores. Ao nosso ver, até porque eu sou pesquisadora há vários anos da Fundação Oswaldo Cruz e lá também eu venho estudando os profissionais de Saúde e quase tudo, ou praticamente tudo, que hoje o Governo Federal se preocupa nessa área com a criação da Secretaria de Trabalho e Gestão de Saúde são questões que tem, no mínimo, 20, 25 anos que nós todos lutamos para que seja implentado no País.

Eu começo colocando um ponto importantíssimo, porque se nós vamos falar de uma Conferência Estadual, de uma Conferência Municipal e, posteriormente, de uma Conferência Nacional nós vamos estar falando de recursos humanos no sentido mais amplo. Não se faz Saúde sem trabalhador de Saúde, não se faz Saúde sem profissionais qualificados, não se faz Saúde sem profissionais com salário digno, com plano de carreira qualificado, com idéia de que ele possa, de fato, acreditar no Governo, seja ele estadual, municipal ou federal. No Brasil, de um modo geral, essa premissa de que os recursos humanos, em qualquer instituição séria, moderna, dinâmica, preocupada com o rendimento, com a produção, com a qualidade, é um ponto prioritário. No Brasil, essa situação, nós não podemos considerar como positiva até um momento. Há um esforço nosso para mudar essa realidade, mas nossa realidade, hoje, é uma realidade que nós não pensamos ainda estrategicamente modernamentos. Recursos humanos são ainda, nos trabalhadores de Saúde de um modo geral, tratados de forma negligente, seja ele municipal, estadual. E nós, agora no Governo Federal, estamos buscando essa realidade implantada há muitos anos no País.

O que vai refletir e que eu acho que não cabe ficar aqui falando muito quais são as questões que afligem os trabalhadores de Saúde, que vai incidir diretamente na qualidade do atendimento à população, a todos vocês aqui – usuários – é a questão dos salários irrisórios, as condições precárias de execução das atividades essenciais, o que significa ausência de material, de infra-estrutura, de condições mínimas de trabalho que a população sente também fortemente, ausência de incentivos, a infra-estrutura adequada, a produção de políticas, a valorização do profissional, entre outros tem levado que vários Estados do País e município, esses profissionais abandonem a idéia de fazer Saúde pública, abandonem o SUS. Têm Estados onde o déficit de pessoal se dá por três situações: falta de concurso público, saída maciça de profissionais do Sistema e aposentadoria. Então, juntando essas três situações, hoje nós temos problemas sérios nos Estados, nos Municípios e também nas unidades do Governo Federal.

Eu vou estar apresentando aqui um dado muito rapidamente, uma tabela. Eu estou deixando essa minha apresentação, caso alguém queira ter acesso a ela está aí absolutamente disponível.

Para vocês terem uma idéia, no final da Década de 80, início da Década de 90, nós tínhamos até quase o final da Década de 90, esse era o quantitativo de escolas na área da
Saúde. Por exemplo: Medicina, nós tínhamos 80 escolas, terminamos a Década com 82, 83 escolas; a Enfermagem também termina com 102 escolas; a Fisioterapia com 44 escolas. E sendo que há um equilíbrio entre o público privado e na Escola de Medicina e Enfermagem, por exemplo, o número de

escolas de Medicina e de Enfermagem públicas suplantavam o número de escolas privadas.

Hoje nós temos essa realidade: nós terminamos a década de 90, recebemos o Governo Federal com esse quantitativo – 103 Escolas de Medicina no País. Quase todas criadas são escolas privadas; Enfermagem salta de 102 escolas para 321 escolas, boa parte ou a maioria absoluta são escolas privadas. E por aí vai: a Psicologia com 337 escolas, que era em torno de 100 escolas, formando 10 mil profissionais por ano; a Odontologia salta para 158 escolas. Eu estou apresentando esses dados para vocês terem uma idéia do que eu estou chamando atenção para que o Brasil hoje vive um dos pontos sério da política de Saúde, política de formação, política de recursos. Como equacionar a oferta e demanda? Como equacionar a qualidade desses profissionais? Como equacionar quem são e que instituições estão capazes, qualificadas e capacitadas para formar esses profissionais? Que profissionais são esses formados? E com que qualificação eles vão ser formados? E mais: qual é o mercado de trabalho que está oferecido a esses profissionais? Qual é a educação continuada, a educação permanente que esses profissionais vão ter para exercer a sua atividade no campo da Saúde Pública e na Saúde também Privada? Boa parte dessas escolas está localizada no Sul e Sudeste. Esse boom de novas escolas vai, provavelmente, surgir também aqui no Nordeste do Brasil, o que leva-nos a nos preocupar com esse desequilíbrio importante entre a oferta de mão-de-obra e a demanda da população, a demanda do serviço e a qualidade desses profissionais que estão no mercado.

No nível médio, a situação é mais séria. Nós também recebemos o Estado e isso reflete nos Governos Estaduais e, em parte, nos Governos

Municipais. As instituições de nível médio, responsáveis pela formação desses profissionais, são mais ou menos desconhecida. Sabemos um número razoável de escolas responsável por essa formação, mas foge muito ainda do controle do Estado: quem são essas instituições? Que qualidade tem essas instituições para formação desses profissionais? Esse é um ponto importante do projeto político do Governo.

Outro: os profissionais de nível elementar. Com o Decreto que extingue os atendentes de enfermagem, a Corporação de Enfermagem busca readequar a mão-de-obra de enfermagem que vai atuar na população que necessita dos atendimentos de enfermagem. Com o aparecimento dos agentes comunitários de Saúde que hoje somam mais ou menos 600 mil trabalhadores com o nível de escolaridade ainda pouco qualificado para o serviço. Só os agentes de Saúde equivalem (encontrei aqui uma representante, uma líder dos agentes de Saúde) e eu creio que hoje deve estar em torno de 180 mil agentes de Saúde, quase todos sem qualificação adequada para exercer a atividade, sem formação adequada e mais que isso, uma profissão ainda não regulamentada. Foi criada a profissão, a atividade no final do Governo passado e nós, hoje, lutamos, buscamos junto com os ACSs e os outros profissionais da Saúde a regulamentação.

Regulamentar uma profissão significa dizer: quem eles são, onde eles devem trabalhar, que funções eles devem ter e qual a formação que eles devem ter. Isso é regulamentar e é obrigação do Estado. Irresponsavelmente, o Governo anterior criou a profissão e não se preocupou com a regulamentação. Então, hoje, é um ponto importantíssimo e nós precisamos equacionar. É uma situação delicada? É. Difícil? É. Mas que nós precisamos enfrentar. E nós

estamos já, inclusive, com uma Comissão, que nós vamos estar formulando políticas, formulando propostas para ser regulamentado, ou seja, sabermos onde vão trabalhar, com que capacitação, que funções vão ter, onde eles vão estar inseridos, como vão estar inseridos, além do grande problema que vamos ter que enfrentar e já estamos enfrentando que é a precarização desses profissionais. Boa parte desses profissionais não tem sequer direitos trabalhistas, muito menos inserção no Sistema Único de Saúde da forma que nós acreditamos que deve ser com qualquer trabalhador que atua na área de Saúde.

Outro ponto importante e que os ACSs entram nessa discussão é: qual é a equipe de Saúde? Eu vi aqui como reivindicação a inclusão dos odontólogos, a inclusão de alguns especialistas, a contratação de um coordenador para o PSF e vai por aí afora. Quer dizer, profissionais de Saúde, a tendência é a equipe crescer e crescer sempre. O que se precisa discutir e eu espero que na Conferência Nacional e aqui nos espaços de grupo possa refletir qual é, de fato, a equipe de Saúde ou as equipes de Saúde que a população brasileira necessita. A população não necessita de uma única equipe ou de uma tipologia única. Ela necessita de equipes. É preciso olhar isso com cuidado: que tipo de população, estamos falando, que região nós estamos falando, que problemas a população tem e que tipo de atendimento esta equipe vai estar prestando à sociedade e àqueles que estão necessitando de atendimento. Eu estou falando isso por que a tendência dos trabalhadores de um modo geral, e principalmente do movimento sindical, corretamente, mas do ponto de vista do gestor nós tratamos isso com um pouco de dificuldade e até um pouco de crise às vezes é que todos os trabalhadores e todas as categorias profissionais acham que são absolutamente imprescindíveis. Todos reivindicam entrar na

equipe para que todos tenham as mesmas condições. Então, é preciso rever essa situação e verificarmos, por exemplo: nós temos, hoje, em torno de 1.500 municípios que não têm sequer um médico para atender a população, não temos um enfermeiro para atender a população, não temos um auxiliar, um técnico de enfermagem para atender a população. Isso se eu restringir a equipe de enfermagem e um médico. Então é preciso rever o que é, de fato, a nossa equipe de Saúde, em que lugar precisamos de assistente social, em que lugar precisamos de psicólogo, em que lugar precisamos de odontólogos, de farmacêuticos, por sinal tão afastados das equipes de Saúde, tão necessários em quase todo o país do mundo, que são se absoluta importância; onde estão os enfermeiros, em que lugares os enfermeiros devem estar, onde devem estar e que tipo de hierarquia da enfermagem deve ter, e que a população deve, merece e precisa do atendimento de uma equipe qualificada. Então todas questões de equipe é um ponto também, a nosso ver, importante que deve ser levado em consideração fortemente, quando então se formula políticas de recursos humanos, política sindical, política da corporação junto com os usuários que são aqueles que vão ser beneficiados pelo atendimento qualificado dos trabalhadores.

Eu vou entrar agora, só para vocês terem um dado, porque eu creio que é função muito importante de um debatedor, de uma pessoa que vem à Mesa também apresentar dados, informações para vocês refletirem o que está acontecendo no País.

Então, um ponto importante que eu queria levantar é de que nós, com o processo de municipalização no País, tivemos uma situação bastante delicada e que hoje vi refletido aqui e aguardava a nossa hora de falar a discussão se

não querem, evidentemente levantar essa polêmica aqui, a representatividade das microrregiões, dos municípios. Então, se hoje nós olharmos qual é, de fato, a importância dos municípios no emprego, na prestação de serviços, nós vamos dar e teremos que dar mais foco cada vez mais aos municípios. Para vocês terem uma idéia: no Brasil, hoje, na Década de 80 tínhamos esse volume de emprego, onde o setor privado suplantava os empregos públicos; no final da Década de 90, o setor público passa a assumir um papel mais importante. Isso tem a ver sim com a municipalização, com o fortalecimento do SUS. Mas o dado seguinte é que vai nos dar bem isso que eu acabei de falar da municipalização.

Se na Década de 80, o município tinha uma importância diminuta e representava 16% de todos os empregos de Saúde no País, hoje esse mesmo setor, esse mesmo ente federado representa nada mais, nada menos do que 63% dos empregos, ou seja, está claro que a voz é do município. O município é o que vai definir o Sistema Único de Saúde. No Governo Federal, toda a rede federal passa de 42% para 10% no final da Década de 90. Essa realidade hoje – 2003 – acompanha. Quer dizer, o processo de municipalização é muito forte.

O que precisa ser levado em consideração, que é um ponto também que eu vi aqui ser debatido e que já foi debatido pela manhã: financiamento. Como vai-se fazer essa passagem do empregos federais, estaduais para os municipais? Para os municípios, boa parte não tem condição de bancar essa mudança, essa virada de cabeça para baixo da pirâmide, ou seja, o forte é o município. Então é preciso que o Governo Federal e os Governos Estaduais discutam, junto com o município o financiamento dos empregos, manutenção

desses trabalhadores na escala municipal para atender o Sistema Único de Saúde. Eu estou falando disso, basicamente das instituições municipalizadas que são dos Estados e do Governo Federal.

Para vocês terem uma idéia: hoje, no Brasil, nós temos mais de 2 milhões de empregos na área de Saúde; o nível superior e técnico já representa um número bastante grande altera drasticamente na Década de 80 para a Década de 90, o que significa que a equipe de Saúde hoje no Brasil, no Sistema Único de Saúde com o nível de escolaridade mais elevado. Mas temos um outro problema que precisamos enfrentar: a questão que em 1.500 municípios têm sequer o profissional de Saúde. E aí a realidade mostra: não condiz com a população do País, metade de todos os empregos de Saúde está localizada no Sudeste de País. Vocês estão vendo aí os inúmeros Estados compõem o Nordeste e ele tem a metade de todos os empregos do Sudeste.

Por fim, eu queria apresentar aqui uma agenda prioritária que o Governo Federal apresenta para se discutir na esfera municipal, na esfera estadual para nós – do Governo Federal – junto com os Municípios, Estados – CONAS E CONASES – busquemos uma forma mais correta de trabalhar, tratar as questões de recursos humanos, junto com os sindicatos e com o movimento dos usuários: primeiro, a reconstrução da Saúde como função essencial. Não dá para continuar achando que a função do Estado seja só fiscal de renda e seja só o pessoal da justiça. Saúde é uma função essencial do Estado.

Outra questão é a recomposição do déficit de pessoal. O Sistema Único de Saúde tem um déficit aproximado de 40%. Não precisa também eu aqui

ficar debatendo com vocês. Vocês sabem disso: qual é o volume de profissionais necessários e o déficit que tem hoje nas instituições estaduais e, principalmente, as instituições federais. O Rio de Janeiro, a Feal Cruz onde eu trabalho, minha origem de pesquisadora, temos hoje em torno de 40 a 50% de profissionais de todos os níveis que nós necessitamos fazer concurso, só para repor a mão-de-obra que foi aposentada. Se nós pensarmos no crescimento da Fundação, no crescimento da Ciência e Tecnologia esse déficit é muito maior; se nós tomarmos os Estados, os Municípios e as unidades federais, esse déficit é muito grande. Eu falo aí de concurso público, eu falo aí de aumento da capacidade do SUS de absorver a mão-de-obra que está sendo formada, qualificada e não tem mercado de trabalho adequado no Sistema Único de Saúde.

A outra é recomposição da força de trabalho federal, estadual e municipal. Esse equilíbrio, que hoje parece um desequilíbrio de déficit de 40% para 10% e os municipais que saem de 12% para 63%. Essa é uma coisa que precisa ser estudada e muito bem questionada entre os três entes – federal, estadual e municipal.

Outro é o processo de desprecarização do trabalho em Saúde. Nós criamos um programa nacional de desprecarização do SUS, onde nós vamos estar discutindo com os Estados, Municípios, movimento sindical, com os usuários a desprecarização, ou seja, tirar da condição péssima que hoje se encontram os trabalhadores de Saúde – sem condição, sem carteira assinada, sem concurso público, sem plano de carreira, sem nem uma garantia trabalhista, aí eu coloco de médico a auxiliar e agente de Saúde, todos eles,

boa parte. Hoje o volume, para vocês terem uma idéia: em torno de 700 mil trabalhadores vivem nessa situação de precarização.

A outra é a necessidade de construir carreiras no SUS, que também no relatório de vocês apontam como fundamental. Plano de carreira não é uma questão antiga, ultrapassada, ao contrário, é um plano de carreira bem estruturado, com boa qualidade, a dialogar com os trabalhadores, com os usuários e com os gestores passa a ser um instrumento gerencial da melhor e da maior importância para o Sistema. É importante que os trabalhadores sintam-se, dentro do SUS, com carreira profissional, com capacidade de crescer dentro do Sistema prestando atenção à população com dignidade.

Outro ponto importante são políticas, que eu chamo de "Política de Diversidade da Realidade Municipal". O Brasil, hoje, tem 5.560 municípios. Eles não são iguais, pelo contrário, há diferenças regionais brutais e há diferenças de tamanho, porte de municípios do ponto de vista de infra-estrutura, financiamento e tudo mais. É preciso estudar políticas adequadas para que possamos responder a essa realidade; formação e qualificação profissional correlato a um plano de carreira. Não basta formar profissionais e qualificar pessoal se eu não tenho nem uma correlação entre a carreira profissional dele dentro do SUS. É preciso formar profissionais do PROFAI, mas esses profissionais tem que ter carreira no SUS e que ele possa, de fato, vislumbrar que a formação dele tem sentido de carreira para ele.

Outro ponto é a implantação de um sistema negocial em todo País. O que significa isso? Mesas estaduais, mesas municipais junto com a Mesa Nacional de Negociação permanente do SUS. É importante que os municípios

implantem imediatamente as Mesas de Negociação, onde trabalhadores, usuários e gestores discutam numa mesa permanente, mensal e bimensalmente todas as questões que envolvem o Sistema Único de Saúde.

E, por final, esses três pontos que nós consideramos extremamente importantes e que tem a ver, alguns com o Nordeste, outros mais com o Sul e Sudeste e outros com todo o País. Áreas que são políticas específicas para áreas longínquas e de baixa densidade demográfica, ou seja, não podemos continuar só falando que há concentração de profissionais nos grandes centros. É preciso resolver essa questão ou buscar saídas compatíveis com essa realidade.

A outra é área de fronteira. O Brasil tem mais de 600 municípios que fazem fronteira com a América Latina e em torno de 65 com os Estados parte do Mercosul. Quer dizer, temos que ter políticas específicas para essa área.

E para o final, a questão do exercício profissional no Mercosul. Eu acabei de chegar de uma viagem do Uruguai, onde eu sou a representante do Brasil no exercício profissional e lá um dos pontos que está sendo colocado como fundamental e que nós vamos estar fazendo um seminário nacional no dia 12, 13 e 14 de novembro no Rio de Janeiro, na Fundação Oswaldo Cruz, um Seminário Internacional sobre Mercado de Trabalho, Formação e Regulação ...

OBS.: NA mudança para a fita 5 lado b PERDEU O FINAL DA EXPOSIÇÃO ANTERIOR

Subtema: Informação e Comunicação no SUS

José Ivo dos Santos Pedrosa

SR. JOSÉ IVO DOS SANTOS: Eu gostaria, em primeiro lugar, agradecer o convite de estar aqui participando. Eu José Ivo dos Santos Pedrosa, coordeno as Ações Populares de Educação na Saúde, na Secretaria que a Maria Helena acabou de falar, que se chama Secretaria de Gestão no Trabalho e na Educação da Saúde. E aí nós estamos aqui discutindo essa temática "Informação e Comunicação em Saúde", que faz parte do tema X da Conferência Nacional de Saúde, que é Sérgio Arouca, que tem como lema isso "Saúde, um Direito de Todos e um Dever do Estado – a Saúde que temos e o SUS que queremos."

Então, na verdade, as discussões que vão surgir daqui vão servir para alimentar o que vai acontecer na XII Conferência Nacional de Saúde. O tema que me foi dado foi "Informação e Comunicação no SUS" e esse tema, em primeiro lutar, traz uma idéia muito interessante, porque nós vamos falar numa Conferência de Saúde de "informação e comunicação", o que significa que Saúde hoje já aquela questão da interdisciplinaridade, aquela questão da intersetorialidade está sendo vivenciada de modo que nós temos essa grande temática para discutir no âmbito da Saúde.

E aí eu vou começar lendo uma frase assim: "*Um Governo do povo, sem informação para o povo ou sem os meios para que ele a obtenha, nada mais é do que o prólogo de uma farsa ou de uma tragédia, ou talvez de ambas. A informação deve sempre governar sobre a ignorância e o povo que quer ser*

seu próprio governante deve armar-se com o poder que a informação proporciona." Isso foi dito pelo 4º Presidente dos Estados Unidos no tempo que os Estados Unidos ainda era o exemplo de uma democracia moderna. Por favor, não vamos confundir, porque o Bush jamais diria uma coisa dessa natureza.

Mas o que eu quero colocar é de que isso que está escrito traz uma reflexão muito interessante no âmbito das democracias modernas, porque a informação se mostra como um recurso diferente daqueles recursos de poder que geralmente nós começamos. A informação não é necessariamente o dinheiro; a informação não é necessariamente a tecnologia; a informação é um outro tipo de poder, que talvez seja através desse poder que aquelas pessoas que não têm nem um desses recursos tradicionais precisam se apropriar para poder participar nas conjunturas democráticas. E aí nesse sentido é bom nós imaginarmos que a informação é um pilar fundamental na democracia, porque a partir das informações, elas servem de estratégias ou de artifícios ou de dispositivos, tanto para a disputa que ocorre entre os grupos que querem ter o poder de conduzir a sociedade e querem ter o poder de fazer ver uma visão de mundo, como também é a partir das informações que nós – juntos – podemos construir qual é o projeto de vida que nós queremos ter; é a partir das informações que podemos avaliar que tipo de vida nós temos e que tipo de coisa nós queremos daqui para frente, por isso é que a informação é importantíssima para a condução da sociedade, numa perspectiva sempre de construção e reconstrução. E aí nesse sentido se nós pegarmos, lembrando um planejador argentino chamado Mário Testa, que diz que dentro do setor Saúde nós podemos encontrar mais ou menos quatro tipos de poder: o poder simbólico, o poder econômico, o poder burocrático e o poder técnico. E se

formos ver bem, esses quatro tipos de poder ou de recursos de poder estão presentes, por exemplo, nos Conselhos de Saúde.

O poder simbólico é aquele poder que está pautado na representação das necessidades e das demandas ou das possíveis soluções que as pessoas trazem. Cada um acha que o seu problema é maior do que o outro. Isso tem um simbolismo e é esse poder que faz com que as pessoas se movimentem.

O poder econômico é o poder representado pelo dinheiro e pelo mercado. No caso do Conselho, por exemplo, nós poderíamos imaginar que esse poder econômico estaria centrado naqueles produtores ou prestadores privados.

Temos o poder técnico que diz respeito aos profissionais mais ou menos que é aqueles que detém o conhecimento e a tecnologia.

E tem o poder burocrático, que são os prestadores públicos, cujo recurso de poder que é manipulado, são os insumos e as regras de como fazer. Agora se formos ver bem a informação que circula em cada um desses espaços é o que vai fazer com que as disputas nas negociações, nas pactuações, nos conflitos e nas divergências cada um desses tipos de poder quer ter o poder político de conduzir a proposta de como vai ser a questão da Saúde, por exemplo.

Nesse sentido é interessante vermos que no que diz respeito às informações ocorre uma mudança. Vocês conhecem o nome “estatística”, todo mundo já ouvir falar em estatística. Estatística por que queria dizer, na época,

“ciência do Estado”. Só quem produzia a informação era o Estado, com o passar do tempo, essas informações passaram a ser produzidas pelo mercado e hoje nós temos também a própria sociedade produzindo informações sobre ela mesma. Esse fenômeno, por exemplo, deu uma abertura para que a participação popular fosse mais fortalecida, porque nós começamos a conhecer nós mesmos; redimencionamos as políticas, dado que as necessidades foram redimencionadas a partir do que a população ou do que a sociedade civil começou a colocar como informação; agregamos novos parâmetros de interlocução na gestão da política pública e ajudou a produzir conhecimentos de forma compartilhada, como o Jackson falou na apresentação dele, de que não há um só saber, que é preciso também compartilhar saberes.

Falar especificamente do tema “informação e comunicação do SUS” não é possível deixarmos de lembrar o que ocorreu na XI Conferência de Saúde, onde foi proposta uma política de informação, educação e comunicação, chamada de “Política de IEC”. Na XI Conferência saiu como deliberação que *essas políticas devem compreender o fortalecimento da cidadania e do controle social, visando a melhoria da qualidade e humanização dos serviços e ações de Saúde.* Saiu também de que *essa política deveria contribuir para o acesso das populações socialmente discriminadas aos insumos e serviços de diferentes níveis de complexidade.* Saiu também, foi o ponto da Política de IEC da XI Conferência de que *elas deveriam garantir a apropriação, por parte dos usuários e da população em geral, de todas as informações necessárias para a caracterização da situação demográfica, epidemiológica e sócio-econômica.* Também *Essas políticas deveriam estar voltadas para a promoção da Saúde, que abrange a prevenção das doenças,*

educação para a Saúde, proteção da vida, assistência curativa e reabilitação sob a responsabilidade das três esferas de Governo, utilizando uma pedagogia crítica que leve o usuário a ter conhecimento dos seus direitos.

Um outro ponto que foi levantado como deliberação da XI Conferência foi de que *essas políticas de informação, educação e comunicação deveriam dar visibilidade a ofertas e serviços de Saúde do SUS; motivar os cidadãos a exerceram seus direitos e cobrarem as responsabilidades dos gestores públicos e prestadores de serviços. Além disso, deveriam afirmar a importância da democratização das informações como única possibilidade de evidenciar a desigualdade de acesso a dados de interesse público.*

Entretanto, passados quatro anos depois da XI Conferência, nós estamos na XII Conferência e outra vez volta essa temática. E fazendo uma reflexão vemos que, na verdade, muito pouca coisa disso aconteceu. E o que nós propomos é: mudar de uma política de informação de educação e comunicação, simplesmente para uma política de educação popular. Por quê? Se de um lado, nós temos as informações e temos até sofisticação em termo de que tipo de informação, hoje, nós temos acesso; por um outro lado, é necessário que essas informações se transformem em peças comunicativas, porque senão essas informações vão servir a outros propósitos que não aqueles que estavam colocados anteriormente, como a gestão e o controle social. Nesse sentido, se a informação que nós temos, dadas pelos serviços de Saúde, ajuda a revelar a situação de Saúde dos grupos, através dos famosos diagnósticos; por um outro lado, essa informação quando se transforma em comunicação ajuda a esses mesmos grupos a ter maior visibilidade sobre aquela situação encontrada, no sentido de perguntar: para onde nós vamos?

Por que isso acontece? Quais os determinantes? Quais as possibilidades? Se de um lado, as informações epidemiológicas, por exemplo, servem para justificar as decisões políticas, quando elas se transformam em comunicação servem para fundamentar as reivindicações que os grupos querem a respeito do seu projeto de vida. Se de um lado as informações nos ajudam a definir prioridades, por um outro lado a comunicação nos ajuda a identificar que possíveis territórios nós poderíamos conviver, poderíamos nos articular no sentido de nos sentirmos sujeitos desse território. Se por um lado, as informações nos ajudam a avaliar as intervenções que foram feitas, foram boas ou foram más, e essas informações se transformam em comunicação, elas nos ajudam a projetar qual é o futuro que nós queremos. Entretanto, não é uma simples mágica que faz a informação passar em comunicação. Daí é que nós acreditamos que vai ajudar a fazer essa passagem seja o que estamos chamando de "educação popular".

Nesse sentido, o que é educação popular, que é a coordenação que eu sou ligado lá no Ministério. Nós trabalhamos com três grandes conceitos: primeiro, entendendo que a educação popular é aquele processo pedagógico ou processo educativo, que busca promover a participação dos sujeitos sociais, incentivando a reflexão, o diálogo, a expressão da afetividade e potencializando toda a criatividade e autonomia que existe dentro de cada um de nós. Ao mesmo tempo, essa educação popular entendida no campo da Saúde volta-se para a promoção da participação social no processo de formulação e gestão da política de Saúde, direcionando essa política para o cumprimento efetivo dos princípios éticos do SUS – universalidade, integralidade, equidade e controle social. E aí o que nós queremos, além disso, além de termos sujeitos autônomos, críticos, reflexivos, pensantes, nós

queremos que seja instituído em cada um de nós, no nosso cotidiano, um agir educativo. Nós estamos chamando “agir educativo” como sendo aquela ação social que nós fazemos como uma direção definida. É uma ação que se alimenta, é um processo de construção de um substrato teórico, metodológico, que ajude a construir esse nosso agir cotidiano de projetos políticos capazes de fazer com que a sociedade fique aderente àquele nosso agir e capazes de produzir novos sentidos na relação entre as necessidades de Saúde da população e a maneira como os serviços se organizam.

Nesse sentido quais são os pressupostos que nós colocamos para trabalhar essa questão de informação e comunicação através da educação popular. O primeiro é de que há necessidade da qualificação das ações e humanização nas relações do SUS, promovendo tensão permanente entre a expressão das necessidades de Saúde da população e a organização da atenção a essas necessidades, o que significa que sempre temos que estar reconstruindo ou resignificando o conceito de universalidade, integralidade e equidade do cuidado em Saúde. Como é que isso acontece? Ou qual é a razão desse pressuposto?

Na verdade, o que nós achamos é o seguinte: há uma necessidade de comunicação que faça com que a maneira como as pessoas expressão as suas necessidades sejam entendidas, acolhidas e escutadas pelos gestores de modo que a resposta que os gestores possam dar sejam coerentes com essa necessidade. Daí que a educação popular sempre vai tensionar no sentido de captar qual é o verdadeiro significado das necessidades que nós conseguimos exprimir.

O segundo pressuposto é que nós acreditamos que existem outras ações que acontecem fora ou paralelas à Saúde que trabalham no sentido da defesa da vida e isso nós vamos encontrar nos movimentos sociais e populares. É preciso que reconheçamos e legitimemos essas práticas desses movimentos, resgatemos o conhecimento acumulado que existe: (Outro dia eu conheci uma parteira calunga que eu fiquei completamente alucinado) a fitoterapia, práticas populares de Saúde para poder construir desse saber outras referências para que os serviços de Saúde possam se organizar de uma maneira mais ampliada. E incentivar permanentemente a participação popular, não só no controle social. Mas nós queremos incentivar a participação popular na formulação e na gestão das políticas públicas de Saúde, através da formação desses formuladores, compreendendo que a ação social em prol da satisfação das necessidades de Saúde implica em direcionalidade, que se objetiva nas formas de gestão participativas e na atuação do controle social.

Sendo assim, se formos pensar numa política de informação em Saúde na perspectiva da educação popular, nós podemos imaginar que isso pode ocorrer em três eixos: no eixo da gestão, no eixo da prevenção e na assistência à Saúde e no eixo da promoção da Saúde...

... há uma necessidade de construir uma cultura da Saúde de participação, de defesa da vida como direito do SUS e o SUS como resultado da conquista da luta que nós viemos empreendendo há anos, numa produção de material educativo ou informativo que respeite a cultura e o modo de vida dos grupos a qual esse material se dirige. Nós vemos, hoje, exemplos gritantes de como as informações que são passadas são muito mais informações controladoras, prescritivas, dominadoras do que informações que ajude cada um de nós a

tomar uma decisão a respeito de que tipo de vida nós queremos levar, de que tipo de ação nós vamos empreender diante dos problemas que nos afligem. E utilizar todos os meios de comunicação disponíveis – rádio, televisão, cordel, Internet – para poder divulgar essas informações.

Para continuarmos a trabalhar nesse sentido, é preciso que nós capacitemos profissionais e educadores populares de modo que possam transformar essas informações brutas, frias, geladas em comunicação que ajude as pessoas a tomarem uma ação. Isso pode ser feito nos fóruns de educação permanentes, que uma política que vocês já devem ter ouvido falar, mas através da formação de agentes sociais com capacidade de formular políticas, como conselheiros, lideranças e etc.

No eixo da gestão é preciso não só trabalhar com os conselheiros, mas trabalhar também com os gestores. Fazer com que haja uma capacidade da gestão para produzir, usar e divulgar as informações de Saúde.

Como muitos dos nossos, muitas das nossas Prefeituras têm uma cultura oligárquica ainda entranhada, é preciso que nós demos uma assessoria técnico-científica para desenvolver essa cultura institucional participativa que não existe nas nossas administrações. Para isso, nós acreditamos que a educação popular seja, ou um dispositivo, ou um agenciamento, ou uma estratégia de modo que a educação popular, incentivando a participação popular dos movimentos, das associações ou dos grupos que existem por aí podem dar direcionalidade para o SUS que queremos.

E, por fim, se a educação popular é esse instrumento, essa teia, essa geléia, digamos assim, que permeia a cidadania e a participação popular. Se de um lado a cidadania é resultado das nossas conquistas e das nossas lutas, e participação decorre dos movimentos e da ação dos grupos no final o que é que nós queremos mesmo? É que essa cidadania que nós tanto falamos seja transformada, seja instituída em atos no cotidiano da nossa vida.

Para isso, é preciso que nós aprendamos para ver que existem duas realidades: uma, que é uma realidade dura, quantitativa, que é olhada do técnico para fora; e outra realidade, que é olhada de forma subjetiva e é a maneira como nós olhamos: como é que a comunidade ou as populações se vêem. De modo que nós possamos fazer da vida uma leitura que dê, ao mesmo tempo, idéia da eficiência e da eficácia técnica, mas que também nos fale o quanto nós somos participantes ou o quanto nós somos aderentes aos processos e aos projetos de libertação em direção a uma Saúde e uma vida melhor.

Desculpe o tempo.

SR. COORDENADOR: Sem mais prolongamentos, convidamos, então, a Conselheira Nacional, do Conselho Nacional de Saúde, representando o segmento dos usuários – Maria Leda de Rezende Dantas, que vai expor sobre "O Controle Social no SUS e Gestão Participativa".

Informamos ao plenário que no final de exposição dela, nós estaremos passando ao nosso momento de debate. Está assegurado que esse momento será até às 18h e 30min e nós teremos, então, a possibilidade de intervenções

orais e por escrito. Quem já quiser encaminhar à Mesa as suas intervenções por escrito podem levantar o braço que as monitoras irão pegar as suas intervenções e, ao final, nós passaremos para os debates.

Subtema: "O Controle Social no SUS e Gestão Participativa".
Maria Leda de Resende Dantas

SRA. MARIA LEDA DE RESENDE DANTAS: Eu gostaria de saber se tem alguém aqui com jeito de sargentão ou então de altas lideranças. Quem é que tem jeito para isso, para mobilizar as massas, dar ordens. Algum voluntário aí. Quem não é que queira treinar para ver se fica sendo. Eu queria alguém que fosse lá fora chamar o pessoal que já tomou seu cafezinho, e que nós também queríamos e não tomamos, que venham para cá que está quase na hora do debate. Eu vou falar só um pouquinho e queria que o pessoal que está lá fora, voltasse. E pedir àquele pessoal que está lá na ponta, na extrema direita, para vir mais para cá para me dar apoio moral e cívico. Eu quero que vocês me vejam ao vivo, na tela eu fico feia e assim eu fico lindinha. Venham cá! Todo esse pessoal que está aí senta mais aqui para nós ficamos mais aconchegados e eu conseguir dar o meu recado. Enquanto vocês andam para cá, quem quiser ajudar, eu vou propor que nós fiquemos de pé. Faz de conta que nós estamos adolescente num show. Sabem aquele movimento de idiota, todo mundo ... que é para nós espreguiçarmos um pouquinho.

Agora, vocês podem sentar ou ficar de pé. Quem está morrendo já de cansaço e acha que pode dormir com a minha fala, com o meu sotaque

diferente, pode me ouvir em pé também, não tem importância, contanto que me ouça**.**

Então, nós vamos falar um pouquinho agora por um outro lado. O lado do controle social. Tem um cara com um nome muito interessante chamado Sausurick e ele disse assim: “o ponto de vista cria o objeto”. Então, esse cara disse que tinha que haver até uma ciência que ainda não tinha no tempo dele que chamava “Semiologia”, que ele não ia mexer com isso não, mas que precisava cuidar. Então, uma das coisas que acho, e a partir da fala do Pedro Ivo, que seria uma coisa que aqueles que estão estudando na universidade podiam, depois, ver qual seria ... porque parece que para médico, semiologia é ficar cutucando a pessoa para ver se ... agora a semiologia desse cara é mais para nós entendermos os sinais da comunicação, os toques, os risos, as falas, as palavras, os desenhos. Mas não é sobre a ciência em si que eu quero falar.

Eu quero falar só esse pedacinho: “o ponto de vista cria o objeto”. O ponto de vista do Estado sobre isso que nós estamos fazendo é um; o ponto de vista do profissional de Saúde é outro; o ponto de vista da comunidade, como eles chamam, é outro; o ponto de vista daqueles que estão doendo ou coçando, ou aflitos, ou nervosos é outro. Então, eu imagino que idéia magnífica essa de reverter as coisas que nós temos no Brasil. Porque o controle social sempre foi o controle que o Estado exerce sobre a sociedade – o controle do Estado sobre o cidadão, que para alguns eu até acho que eles têm razão, é a violência completa, quer dizer, o Estado mantém os seus ... eu nem vou dizer os seus cidadãos, porque a maioria, numa sociedade em geral não chega a ter status de cidadão, mas as pessoas mantêm todo mundo sobre um controle tão grande que nós nem sentimos tal a força dessa violência, desse controle.

Pois bem, nós tivemos a audácia de inverter o processo. Na área de Saúde, no Brasil, nós inventamos que nós que seríamos os pobres, coitadinhos, oprimidos pelo Estado é que vamos controlar o Estado. É muita audácia nossa, não! É quase arrogância. Mas o bonito é que nós podemos e que temos feito isso e que nós temos tido vitórias. Vocês imaginam agora quando o orçamento da Saúde foi meio que desmantelado, nós – do controle social no nível de Brasil – saímos correndo, tentamos todas. Depois a "Garotinha Rosinha" chegou lá e disse que o nosso Conselho não tinha poder para dizer nada para o Estado do Rio, porque nós não mandávamos em coisa nenhuma, porque nós éramos para dar ... nós éramos um Conselho Consultivo, quer dizer, um conselho de dar palpite. E nós conseguimos fazer uma confusão tão grande em Brasília com um negócio que eu até aprendi uns termos novos. Assim: a micuscurie – os amigos da causa. Então no Brasil inteiro foram cartas e mais cartas de apoio ao Conselho Nacional. Então, quando nós vemos essas coisas vemos que esse controle social não é brincadeira, ele funciona, mesmo dentro desses limites, desse tempo, porque tempo de País, tempo de civilização não é como os nossos anos de vida, de décadas, são séculos. E nós não temos nem meio século de coisa nenhuma e já estamos aprontando essas coisas todas, o que me leva a crer que democracia tem futuro e que talvez se os "bushinhos" e os "Ramsfelds" da vida não levarem o Planeta à destruição, nós teremos um futuro muito legal. E nós, que somos um País mais novo, que tudo nosso é novo, não temos aquele desespero de ter que desmanchar uma sociedade, uma civilização de seis mil anos. Nós estamos com quase tudo sem fazer mesmo de modo que não temos quase que desconstruir nada, é só ir fazendo. É muito legal isso.

Então, eu só queria dizer que é um prazer imenso não estar agora lá em Recife, mas aqui com vocês, porque eu acho que é muito provável que daqui vai sair muita coisa boa para Brasília para dezembro. Então, eu vou dizer para vocês só o que eu gostaria de estar falando, do ponto de vista dessa outra visão, desse outro objeto, que é de alguém que doeu algumas décadas e quem ficou ...

... essa é a vida ganha, ainda que seja mal ganha, mas ganha e que pode laborar, trabalhar pelo simples prazer de estar contribuindo para a criação desse Universo, que nós não sabemos qual o efeito desse Planeta sobre o Universo, aqui no Brasil fazendo alguma coisinha provavelmente eu esteja fazendo no Universo também. Então, essa alegria de estarmos aqui nessa visão diferente: outro que tem uma diabete, o outro que está comprometida a Saúde com HIV. É tão bom ver um companheiro aqui com mais de 20 anos vencendo HIVs e todos os alfabetos. Isso é muito bom! E lutando por outras coisas. Então, é outro ponto de vista, cria outro discurso, cria outra ênfase. Então, tem um negócio que o pessoal da área de Saúde estuda aí, que é a epistemologia, que estudar as bases do conhecimento científico, o pessoal está falando em Ciências da Saúde, mas está indo mais ou menos do mesmo jeito.

Com o controle social, vai haver uma revolução epistemológica na Saúde. Por quê? por causa desse outro ponto de vista que não havia nas escolas. Era uma visão unilateral, era uma comunicação visando fins, não era uma razão comunicativa, que é mais própria de nós que sofremos, que doemos, que temos uma perna mais curta, um olho mais vesgo, ou uma pessoa na família com uma doença irrecuperável. Então, vejam: quando nós nos

reunirmos de uma maneira mais democrática, que não haja hegemonia de uma profissão, que não haja hegemonia de uma parte sobre o todo, nós vamos ficar muito legais nas Ciências da Saúde e vamos melhorar o padrão, vai ser muito bom isso. Então vejam que o controle social não é só dos doentes, nem só dos trabalhadores, nem só dos prestadores, nem só dos que estão com seu tempo alugado para o Estado. É de nós todos com esses vários pontos de vista. Então, qual seria o ponto de vista que eu falaria muito, hoje, do ponto de vista de controle social. Para mim, da universalidade, da completude, de resolutividade. De todos esses princípios o que mais lhe afeta pessoalmente é o da equidade. A equidade é a coisa que me comove por que vai além da legalidade, vai além do que é justo, vai além do que é legal. É aquilo que nós sabemos que é bom para o outro, que ainda e não está nem ainda formalizado, não tem, ás vezes, nem nome, não está ainda nem no nível do pensamento, está no nível da intuição que o outro precisa e como tem mil jeitos de pensar a equidade geracional, a equidade regional de classe, de gênero, de etnia. Eu penso uma outra, que é a que pega todo mundo: algumas décadas que eu penso na equidade geracional, que em vez de ter alguns de nós aqui à Mesa pensando nas nossas criancinhas, o outro aqui que inventa, que tem vocação para cuidar dos nossos velhinhos, aí nós inventamos uma infância muito feliz, uma velhice muito sábia, pura sacanagem! Porque o Bush, velho daquele jeito, não está nada sábio; o Pinochet miserável está tão miserável como quando ele tinha poder. Então, nada vai mudando, porque a pessoa vai mudando de idade. Não tem que haver ... se fosse pelo preço então os jovens teriam que ter, por exemplo, planos de Saúde o mais caros, porque hoje eles é que estão matando e morrendo, no entanto não deve ser assim. Também não devem ser os velhos que pagam mais por que a lógica do seguro é isso: uns pagam mais por que outros pagam menos, porque uns usam mais e outros menos. Então, eu falei

em plano de Saúde só para dar esse exemplo de como na Saúde essa questão etária é muito grave. Então, o que nós gostaríamos de ver no controle social é que cada pessoa não tivesse os seus direitos conspuscados, nem confiscados a pretexto de idade. Que a qualquer idade as pessoas tivessem equidade no modo de ser tratadas. Então essa seria uma das coisas que eu falaria, mas que hoje também não vai dar.

Eu gostaria muito de pensar sobre o trabalho, até porque hoje nós estamos num Governo popular com o Partido Trabalhista à frente. Então, eu gostaria muito que, na Saúde, nós – que trabalhamos tanto – pudéssemos rever os textos filosóficos para termos uma noção adequada de trabalho. E isso eu não vou falar agora por que é muito comprido, mas eu tenho certeza que nós temos que virar de cabeça para baixo as atuais idéias que surgem a respeito de trabalho.

Por outro lado, nós ouvimos dizer da nossa educação. Preocupa-me muito que o SUS também é responsável pelas classes médias e altas e como nós vamos conseguir que pessoas de profissão, que são meio que hegemônicas acreditem que precisam de educação popular. Então, espero que, além da educação popular, nós tenhamos educação em Saúde e que possa ser dada dentro de uma didática, (aliás eu até não gosto muito de didática não), acho que o Menius foi um gênio mas para aquele tempo que o conhecimento era restrito. Então, essa proposta de ensinar tudo a todos já era. Eu acho que são outros métodos que nós vamos usar, mas eu queria que nós pensássemos assim: que a Saúde vai ser uma coisa transversal que deve cruzar todas as nossas formas de visão a começar pela racial de gênero, que são as primeiras; essa geracional que vem depois e, por último, a que rege, relê e reorganiza

tudo isso, que é a nossa estrutura de classe. Eu gostaria que nós pensássemos que como o que vem de traz toca para frente e a ideologia dos dominados é a ideologia dos dominantes que houvesse um jeito de chegar a alguma coisa de Saúde nas classes chamadas superiores.

Esse superior é muito engraçado. Outro dia eu estava pensando que eu tinha que fazer uma viagem à Austrália e comecei a ficar com muito susto por que a passagem mais barata passava pelo Pólo Sul. Vocês acreditam que eu estava mesmo acreditando que era passar por baixo? Eu juro que eu pensava que ia por baixo. A mesma coisa é essa coisa de classe social. Nós, de fato, acreditamos que tem classe superior, mas é igual a mim pensando que passando pelo Pólo Sul estou passando por baixo. Nós temos que rever, porque se estivermos bem certas as nossas noções, nós vamos agir com outros com mais tranqüilidade, não vamos ficar tão agressivos, não vamos ficar tão inseguros por que ainda que eles acreditem que hajam classes superiores, nós sabemos que não há. Se algum vocês acharem que alguém aí é superior a alguma classe, lembrem dessa minha deficiência mental de achar que passar pelo Pólo Sul significa passar por baixo.

Todo lugar que eu vou, eu tento organizar minha fala segundo aquele lugar. Por exemplo, outro dia eu fui ao Amazonas e eu levei para lá o Estatuto do Homem para dizer para aqueles amazonenses que assim como o nosso poeta tinha aquele sonho de humanização, de igualdade e de dias melhores cada um dos amazonenses teria que ter também o seu sonho. Que mundo é esse que nós queremos! Porque naturalmente que essa Saúde que nós queremos depende da nossa visão de mundo e da nossa visão de vida, porque eu não imagino que nem um de nós aqui queira ficar numa cama onze anos

todo entubado. E se deixar por certas visões de Saúde nós vamos ficar vivo, mesmo que seja como vegetal. Então a nossa visão de vida e de mundo é que vai determinar que SUS queremos e que Saúde é essa que nós temos. Porque a Saúde, em última instância, vai ser que nós estamos bem conosco e com os outros. E a Saúde mental não está podendo ajudar nisso, porque ela está só trabalhando o que não é Saúde, quando teríamos que ter a Saúde mental como uma dimensão de tudo mais que nós estamos fazendo, porque não sei se vocês acham como eu, mas eu acho que toda doença é psicossomática, até resfriado. Se estivermos muito mal o resfriado vira uma doença, se não vira uma gripezinha. Mas, então, eu pensei: o que eu vou falar com aquele pessoal? Eu vou gastar um dinheirão com essa passagem, vou largar meu marido sozinho, a minha mesa vai ficar cheia de papel que eu tinha que arrumar para estar lá com esse pessoal. Então, para mim, é um sacrifício amoroso no sentido que eu vou adorar estar com o pessoal lá. E eles vão gastar o tempo deles me ouvindo, que é também um desaforo. O que é que eu vou dizer para os cearenses? Aí eu me lembrei que fazendo um trabalho sobre Joaquim Nabuco, eu li lá que os cearenses, quatro anos antes da Princesa Isabel, tinham acabado com ... eu sempre sonhei de achar alguma coisa para eu ler sobre esse negócio. Então, há uns três dias eu estava em Joinville procurando um outro livro quando eu achei “Homens que fizeram o Brasil”, então eu peguei só para ver se os homens que eles acharam que fizeram o Brasil eram alguns conhecidos meus ou não. Abri ao meio e comecei a chorar lá no Cebo, a mulher devia pensar: “a dona ali é doida”, que eu lia e chorava e chorava e lia mais, que era exatamente a História do nosso pessoalzinho, dos nossos cearenses. Esses caras queriam acabar com a escravidão. Eles sentiam revolta pelo que eles viam; eles viam um futuro diferente; eles realmente queriam acabar com a escravidão e por isso eles se sacrificavam. Será que nós queremos uma Saúde

para o povo brasileiro e depois para a América Latina, para a África? Será que nós queremos mesmo? Isso aqui é um título, é um tema ou é um desejo? O meu é um desejo. Para quem mais é desejo que haja saúde, muita alegria? No tempo desse povo não havia avião, não havia diária, não havia Brasília. Querer isso significava: não briga e disputa por vaga, mas significava sacrifício de ordem pessoal. Então podia ser um grupo de advogados ou de professores, de padres ou de freiras, mas não eram. Olha aqui: o precursor era o senhor Francisco José do Nascimento, que se juntou com os seus companheiros de trabalho. Ele, semi-analfabeto. Ele só foi aprender a ler aos 20 anos.

Eu termino aqui, gente. Eles emocionaram o Brasil saindo daqui da Barra do Mucuripe e foram para o Sul, pelo Oceano Atlântico. Gente, eu chorava demais vendo a coragem desses homens sem ver mais terra, correndo risco de vida – aqueles cinco homens. Esse livro pára quando eles chegam em São Paulo, mas, segundo o livro, eles teriam ido ao Sul e eu vou pesquisar isso. Aí eu pensei: alegria! Não sei se vocês sabem que quando houve as festas aqui (eram 80 e tantos os municípios) cada município foi representado por uma moça vestida de branco, com uma faixa verde e o nome do município. Cada município podia dizer que ali não havia nem um escravo. As festas se prolongaram por dias e noites e foi uma alegria geral. Eu pensei assim: será que eu dou conta de viver até que o Ceará resolva fazer uma festa dessa para dizer assim: nós abolimos o Estado da Hanseníase até o ano de 2005! Será que eu vou estar por aqui para ver isso?! Será que vocês seriam capazes de fazer uma festa dessa?! Porque nós não vamos acabar agora com a Aids, que não dá. Nós vamos melhorar. Agora certas coisas como a Tuberculose, como a Hanseníase dá pé. Será que eu posso esperar essa festa?! Sabe por quê?

Porque o Ceará é aquele que tem a lista de produtos importados mais original que o Brasil tem. Exporta as coisas mais esquisitas. Tem uma originalidade na moda, na Saúde. Então, vamos atualizar essa coragem desses jangadeiros e vamos levar para Brasília, em dezembro, essa coragem trabalhada aqui e uma intenção de construir essa XII de modo que aqueles que não votaram no Lula possam se exercitar para quando houver alternância melhorar as coisas. E nós, que votamos no Lula, sabermos, sem municiar os adversários políticos, não sermos pelegos, não deixarmos de criticar, mas criticar amorosamente o Estado com aqueles que estão ocupando o Estado no sentido de que cada brasileiro se sinta co-responsável, porque o controle social só vai dar certo quando a população controlar o controle. Então, nós temos que chamar os demais para vir nos controlar para cuidarmos de ser tão corajosos, tão esperançosos como o cearense das jangadas do Século passado. Muito obrigada por terem me ouvido.

Debates

SRA. COORDENADORA FIDELARINA TEIXEIRA: Obrigada, Leda, pela brilhante exposição. Passamos, então, o nosso momento de debate. Temos até às 18h30min. Nós gostaríamos que as pessoas permanecessem. Acreditamos que o momento do debate é enriquecedor. Então, quem quiser fazer as intervenções orais, têm 3 minutos e faremos grupos de três com igual tempo para a resposta.

Gostaríamos também que, ao se fazerem sua intervenção, por favor se apresente dizendo o seu nome e o segmento que está representando.

Vamos partir para esse primeiro grupo de intervenção oral e o grupo seguinte será dos encaminhamentos, por escrito, à Mesa.

Vamos ver: cinco intervenções orais e cinco respostas para os encaminhamentos por escrito. O plenário concorda?

Por favor, então, Elizabeth Vieira. Você tem três minutos. Faltando um minuto para concluir a Mesa vai avisar. E com três minutos nós estaremos encerrando e gostaríamos de contar com a colaboração de todos na objetividade das intervenções.

SRA. ELIZABETH VIEIRA: Sou Elizabeth Vieira, sou massoterapêuta, estou na Coordenação das Equipes de Saúde da Área Pastoral do Palmeira.

Nós viemos de um encontro onde aconteceram várias experiências na ótica da educação popular em Saúde. Vários grupos, movimentos, entidades que trabalham a Saúde. E a minha pergunta é para o Dr. José Ivo: como o SUS pode incorporar as práticas e experiências em educação popular em Saúde, porque nós vemos o seguinte: muitas práticas, por exemplo, a própria massoterapia trabalha a reflexiologia, o Doin, a automassagem. Tem a farmácia viva, que é o conhecimento das plantas juntando com o conhecimento popular que as pessoas já conhecem, com os chás e tantas plantas medicinais, as nossas raízes indígenas; como tem também a arte-educação, enfim são inúmeras as práticas em educação popular em Saúde. Então, nós temos esse desejo de ver no SUS e gostaríamos de ter mais informações.

E também gostaria de fazer uma pergunta para a Dra. Helena em relação também à regulamentação dessas profissões. Como elas podem ser regularizadas? E como ela pode ser também inserida nesse campo da Saúde Pública, como profissionais da Saúde.

SR. REGINALDO ALVES DAS CHAGAS: É tão amplo o tema falado que fica difícil fazermos a exposição.

Gostaria de, primeiro, falar um pouquinho em relação ao controle social. E aqui eu vou falar em relação ao usuário. Eu trabalho no Município de Cruz. Em todo canto em que nós vamos colocar o nosso problema dizem assim: vamos deixar as picuinhas de lado e vamos resolver a questão macro do controle social. Vamos ao Conselho Municipal, ao Conselho Estadual, vamos

à Conferência. E quando é que o usuário vai ter direito de resolver a sua picuinha? O que não foi atendido? A sua exclusão social? A forma que ele foi mal compreendido no Centro de Saúde? Não seria através dos Conselhos de Unidade? Por que nós não conseguimos fazer isso na estrutura vital do SUS até agora? Construir os Conselhos de Unidade.

Outro ponto: até hoje, aqui no Ceará, nós não conseguimos avançar na discussão de que o Presidente do Conselho de Saúde não seja o Secretário Municipal de Saúde, que, na minha compreensão, se um Conselho é para fiscalizar, não pode fiscalizar a ele mesmo. Nós não conseguimos colocar isso ainda.

E outra é o retorno da representatividade que os conselheiros têm com a sua base. Os Conselhos Municipais não dão nem um suporte para que o conselheiro possa voltar para as pessoas e possam discutir com base que o elegeu questões que ele vai decidir lá. Então, na verdade, quem está decidindo ali não é uma representação! É a Dona Maria, o Senhor Antônio, o Francisco. É a visão individual de cada um e a história individual de cada um que faz com que você tome postura que deveria ser de uma entidade ou de uma categoria mais ampla.

Um outro ponto é em relação às artes plásticas. O companheiro falou do IEC. Eu tive aqui em minhas mãos um documento do I Encontro Cearense de Movimentos e Práticas Populares que aconteceu aqui e que infelizmente eu não participei, que eu achei interessante. Nós – da Saúde – nos apropriamos da arte quando nós queremos falar sobre a Dengue, sobre a Aids, falar sobre pontos específicos e não entendemos a arte como um ponto maior que pode

fortalecer a própria vivência cultural das pessoas e melhorar a qualidade de vida delas só enquanto arte, não enquanto instrumento utilizado pelo setor Saúde.

SR. EIMAR BEZERRA: Eu sou dentista. Queria perguntar a Dra. Maria Helena a respeito da NOB- RH.

Essa Norma Operacional Básica, que vai tratar dos recursos humanos está com uma série de iniciativas que, durante oito anos, foi engavetada. Discutida, muito discutida em todos os plenários, em todos os fóruns, mas da mesma forma, como a Reforma Tributária, como a Reforma Previdenciária, o Governo anterior não teve coragem de discutir, como não teve coragem de discutir a Norma Operacional Básica dos Recursos Humanos! Então, queria perguntar se a senhora tem alguma notícia a respeito da Norma Operacional Básica dos Recursos. Eu sou dos que acreditam que esse Governo vai desengavetar tudo aquilo que é bom para o povo, tudo aquilo que vai representar conquista popular. E agora eu me lembro: quando se fala em Norma Operacional Básica para os Recursos Humanos eu me lembro da terceirização, da falta de respeito com os Agentes Comunitários de Saúde que vivem a vida inteira mendigado nas portas BCR aqui em Fortaleza. Então, eu acredito que esse Governo e esse ministro, que não tem compromisso com o FMI, que não tem compromisso com o Banco Mundial, que não é neoliberal irá desengavetar a Norma Operacional Básica e irá trazer, não só para os Agentes Comunitários de Saúde, mas para todos os profissionais de Saúde que trabalham e que se engajam na defesa do SUS novo alento, auto-estima e o final das terceirizações.

Então, essa, Dra. Maria Helena, era a pergunta que eu gostaria que a senhora me respondesse. Por favor.

SR. LISALDO ANDRADE MAIA: Eu sou dentista aqui de Fortaleza. Eu apreciei muito da palestra da Maria Leda. Acho que foi uma palestra *sui generis* a maneira como a senhora apresentou e a senhora aí que a população deve controlar os conselheiros (é uma coisa que nós não temos hoje) e nessa linha e também do que o Reginaldo falou, eu queria saber um conselho que a senhora daria a um Conselheiro Municipal de Saúde, lá de uma cidadezinha pequena, aqui do interior do Ceará, ou de Minas Gerais, ou por esse Brasil afora, do chamado "conselho lagartixa", que só balança a cabeça, tudo é sim. Que nós sabemos na realidade têm muitos. E pelos anos de estrada que a senhora tem e a força que o Conselho Nacional de Saúde tem, segundo a senhora falou aí – a mobilização, qual o conselho que a senhora daria para esse conselheiro do Conselho Municipal de Saúde, que é manipulado pelo Prefeito, que tem cargos, que tem empregos na Prefeitura. Qual o conselho que a senhora daria para esse conselheiro que está lá.

A outra é para a representante do Ministério – a Maria Machado. Quando o documento diretriz do Ministério fala em criação e implementação de uma política de desprecarização do trabalho na Saúde, onde os vínculos trabalhistas e previdenciários não são respeitados. Isso está no documento de diretrizes para a Conferência Nacional de Saúde. E é uma coisa que se bate muito nessa história da precarização da Saúde.

Ao mesmo tempo, o Ministério fez há pouco (ou está fazendo) um concurso para servidores temporários do Ministério. E eu gostaria de saber da

senhora se essa prática desse concurso temporário não vai de encontro a essa diretriz. Eu já que talvez a senhora diga que 80% dos funcionários do Ministério, hoje, já eram terceirizados ou de consultoria ou de não sei o que. Por que não fazer um concurso público logo para que os servidores sejam definitivos? Faz essa coisa de temporário por três anos para depois fazer um concurso definitivo.

SRA. MARIA DE FÁTIMA NOGUEIRA DIÓGENES: Sou enfermeira. É interessante observarmos que nós estamos há aproximadamente 13 anos do exercício do controle social no SUS e por mais esforço e mais batalha que se faça nós não conseguimos controlar o Estado. O Estado, com a mão invisível dele, controla todos nós cidadãos. Ele sabe quanto consumimos de energia, quanto consumimos de telefone, quanto ...

... provocar essa discussão. Em que momento nós vamos exercitar de fato por que de direito a Lei nº 8.142 nos assegurou. Agora, na prática, que mecanismo, qual a maneira que nós vamos conseguir que o Estado transpareça para nós tudo aquilo que ele arrecada em termo em termo de impostos nossos e o que é destinado a cada segmento – Saúde, Educação, e assim por diante. Como chegaremos a descobrir essa facilidade que o Estado tem de nos controlar e nós não temos de controlar o Estado. É uma questão para a Professora Leda.

SRA. COORDENADORA FIDERALINA TEIXEIRA: Passaremos ao bloco de respostas. Cada expositor tem que apresentar a sua resposta em três minutos e eu gostaria que logo em seguida a resposta das intervenções orais já fizessem as respostas das intervenções por escrito que já chegaram a Mesa.

SRA. MARIA HELENA MACHADO: Eu tenho cinco perguntas. Vou responder super-rápido. Regulamentação das profissões e prática das parcas alternativas que foi falado aí.

Nós criamos a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde e nela nós vamos estar trabalhando e discutindo junto com os gestores e trabalhadores: quais são e que profissões e que regulamentação essas profissões têm que ter. O que você tem hoje é um crescimento muito grande de ocupações, especialidades, profissões e atividades na área da Saúde. O que tem que se discutir? O que é que deve ser regulamentado? O que deve ser regulado? Até porque se falar em Saúde tem que levar em consideração que têm práticas que são alternativas por que são práticas populares, portanto não necessariamente têm que ter a mão do Estado controlando, mas aquelas práticas que passam a ser profissão ou ocupação, o Governo tem que se preocupar porque vai mexer com a população e a população precisa ter a segurança de profissionais sérios, com capacitação correta assumindo. Esse é um ponto que a Câmara vai estar discutindo. Pela primeira vez no País, nós criamos uma Câmara que vai, junto com os Conselhos Profissionais, com os trabalhadores, com os gestores discutir quais são as profissões e que profissões devem e serão regulamentadas pelo Estado.

Onde está a NOB – eu diria o seguinte: a Secretaria dr Gestão do Trabalho e Educação na Saúde é a tradução da NOB. Eu fui uma, junto com a Natividade que está aqui presente e nós escrevemos a NOB, nós fazemos parte da NOB. Eu diria que boa parte do que eu falei hoje aqui, todo o nosso programa é a NOB. O que eu acho que precisa agora do ponto de vista político

é explicitar a NOB, transformar a NOB, de fato, de um instrumento de gestão do trabalho. A NOB não está esquecida, o Ministro está muito atento; a Natividade é a nossa Coordenadora da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos, eu faço parte dessa Comissão pelo Ministério e nós temos que agora buscar, a meu ver, transformar a NOB em alguma coisa como um instrumento público de gestão do trabalho. Eu creio que a Conferência vai apontar para isso e eu acho que nós temos que transformar a NOB, de fato, num instrumento de cada município, de cada Estado.

O programa de desprecarização – eu diria que esse programa de desprecarização é contraditório com concurso público, com concurso temporário. Aparentemente é mesmo: é bastante contraditório. O Governo cria um programa de desprecarização e abre a contratação temporária. Mas ele é só aparentemente contraditório, porque nós pensamos muito em como fazer isso: concurso temporário que vai dar garantia trabalhista àqueles que estão trabalhando e vão trabalhar no Governo, que até então não tinha, até dimensionarmos até o meio do ano que vez, não é daqui a três anos, para se dimensionar concurso público, como foi falado aqui: em torno de 80% da mão-de-obra do Ministério da Saúde, do Governo Federal lá em Brasília está precarizado. Então, hoje, o Governo mudou muito de função nesses últimos 20 anos. Aquela pirâmide que eu falei que inverteu, toda a política do Ministério da Saúde. Ele é muito mais hoje coordenador, formulador do que executor das atividades, das tarefas da área da Saúde. Então, o tipo de profissional – o perfil – que hoje o Ministério da Saúde precisa é muito diferente do perfil do passado. Então, está associado ao Plano de Carreira e o perfil que o Ministério buscará concurso o público e nós vamos estar comentando isso nos Estados e nos Municípios. Então, concurso público é uma coisa demorada, para se ter

um concurso público com um perfil adequado, não há contradição, não. Há uma política correta e que vai ser imediatamente chamado o concurso público sim. Até o final do ano, nós vamos ter o perfil dessa mão-de-obra que vai estar buscando o concurso público.

Para vocês terem uma idéia, só na esfera Federal o déficit de pessoal é em torno de 500 mil trabalhadores, sem contar o aumento da máquina federal como um todo.

Têm mais duas perguntinhas: *Gostaria de saber qual seria o poder que o Estado tem para interagir entre os Municípios para obriga-los a uma equiparação salarial entre os profissionais do PSF, uma vez que o médico e os enfermeiros são tão bem pagos e o auxiliar de enfermagem, apenas os 240 reais sem direitos algum?*

Nós não concordamos com isso, mas vocês têm que entender que até o momento nós pegamos um Governo e eu fiz uma pesquisa nacional na Feal Cruz do perfil dos médicos e enfermeiros do PSF que eu já apontava para o perigo da precarização do trabalho. O PSF já nasce precarizado, já nasce com essa deficiência de ser um sistema paralelo. Então é gravíssima essa diferença salarial e mais grave ainda uns com direito e outros sem direito, mas de todo jeito está dentro do Programa Nacional de Desprecarização toda essa discussão do PSF: crescer PSF sem precarização, que inclui também concurso público, que inclui contrato através de carteira assinada, que pode ser concurso público como também pode não ser, até porque nós precisamos estudar a realidade. O que os municípios falam fortemente é que existe a Lei de Responsabilidade Fiscal que está esbarrando aí. Nós não acreditamos muito

nisso. Nós já contratamos um pessoal qualificado para fazer esse levantamento – município por município, Estado por Estado para saber, de fato, se essa Lei de Responsabilidade Fiscal é um grande impeditivo. Nós acreditamos que não é bem isso, até porque política de Governo Federal era da precarização, da terceirização e do descompromisso com as equipes de saúde. O que nós queremos é o PSF crescendo com qualidade. O Ceará é um exemplo claro disso que estou falando aqui, até porque nasce aqui o PSF. Você está perguntando das inovações do Ceará: uma delas é essa: o ACS também é um avanço grande, mas ainda não é do jeito que nós achamos que deve ser, que eu acho que queremos trabalhar, mas também que uma fonte muito importante para resolver essa questão: o Estado não pode obrigar um Município, mas ele pode sugerir, ele pode induzir. Eu creio que as Mesas Estaduais e Municipais, principalmente a Mesa Estadual de Negociação pode ser um instrumento importantíssimo onde tem assento os trabalhadores, os gestores com o controle social atuando junto com o Conselho na melhoria das condições.

Bom, no final. Estão me perguntando aqui: *Município de Eusébio, eu gostaria de saber o porquê dos agentes da Funasa ganham 2.400 reais, enquanto nós que somos serviços prestados, ganhamos um salário de 19 reais ao dia.*

SR. PARTICIPANTE: Eu queria me explicar. Eu gostaria de saber o porquê os agentes que fazem o mesmo trabalho que nós fazemos (eu trabalho na Sucam) ganham um salário de 2.400 reais, assim como eu estou ganhando uma diária de 19 reais por dia. Eu creio que isso seja uma piada para todos nós que somos agentes de saúde. Porque eu sou agente de saúde, faço o trabalho que ele faz. Eu queria só saber da senhora o porquê?

SRA. MARIA HELENA MACHADO: Isso eu chamaria como uma das distorções da política de recursos humanos. Nós discordamos disso. Eu acho que o que precisa agora é: primeiro conhecer a realidade e negociar uma política mais digna, onde essas disparidades e esse "salve-se quem puder" seja cada vez mais eliminado. Nós não concordamos com isso. eu acho que pode até garantir que a Mesa Nacional de Negociação, a Secretaria de Gestão a qual eu estou na direção, estamos tomando providências e queremos receber toda e qualquer denúncia, toda e qualquer situação para que nós possamos ajudar a resolver o problema.

SRA. COORDENADORA FIDELARINA TEIXEIRA: Pessoal, antes de eu passar a palavra ao Professor Jackson. Eu gostaria só de colocar para vocês. Nós temos crachás aqui que dá para dois grupos de cinco e eu gostaria de está propondo como encaminhamento o seguinte: que nós já considerássemos como encerramento das inscrições.

Só uns avisos: a equipe de Caucaia, o ônibus estará saindo às 18h; os farmacêuticos estarão se reunindo hoje na hora do lanche por trás da Sala ViP. E amanhã às 10h reunião com todos os enfermeiros na Sala D.

Professor Jackson.

SR. JACKSON COELHO: Bom, a pergunta que foi colocada aqui por escrito e aquilo que o Reginaldo falou acrescenta questões novas para o diagnóstico dos problemas que essa tenra democracia participativa que temos está aí colocando para solução.

Veja: a idéia de que dos fóruns se resulta basicamente um senso comum e não um bem comum tem a ver com a falta de preparação, com a falta de experiência de reunião, com a continuidade, com a conclusividade de cada reunião que você começa a ir e as reuniões nunca terminam, nunca têm conclusão. Há uma energia extraordinariamente gasta na disputa de posições políticas e não em encontrar soluções exeqüíveis. Há um bocado de questão que faz também o problema da democracia representativa que é a idéia do voto – o voto da maioria. Será que sempre a maioria tem razão? Será que uma minoria não é ela que naquele momento histórico tem a razão? por que é que nós trabalhamos com a idéia da maioria? Porque a idéia da maioria volta para o senso comum. A maioria tende a trabalhar com as idéias em cima de um acordo que é um consenso de época, um consenso de momento. Então, nós temos realmente problemas de modelo, problemas do modelo, problema da democracia, problema do tempo que nós temos de experiência.

Outra questão colocada é a do grupo específico. Ora, uma das melhores propostas que até agora existe é a chamada do voto proporcional para a representatividade parlamento. Você teria alguns candidatos a deputado, a senador, a vereador que sairiam de listas partidárias e seriam pessoas que trabalhariam temas: intelectuais da área da Saúde, da Educação, o que fosse. E listas que seriam representativas de comunidades por base nacional, territorial. Então, a idéia do voto distrital misto, que você tenha um candidato que representa temas, que sai de listas dos partidos e candidatos que representam territórios e populações poderia ser um caminho para diminuir o problema. E nós vemos isso: pessoas que se especializam. São eleitos deputados para representar um Estado e fica o tempo todo representando ou um grupo, uma

categoria – os professores, os policiais, por exemplo – ou ficam representando alguma idiossincrasia pessoal, alguma bandeira que ele leva quatro, cinco, seis mandatos e infeliz dele se ele conseguir a bandeira, porque aí não tem mais motivo de se reeleger. Então você tem problemas disso o tempo todo que está na base da discussão de como aperfeiçoar a própria política.

O Reginaldo coloca um desafio das reuniões de Conselho que é: ou eu trabalho o macro, ou eu trabalho a demanda concreta. A demanda concreta de Saúde: se uma pessoa está precisando de uma prótese, essa é uma demanda para a Secretaria resolver. Aí quando ela não resolve isso passa a ser um problema político para o Conselho criticar, analisar, pressionar, avaliar.

Nós vamos estar o tempo todo prisioneiros de um grande problema. Eu resolvo uma questão de emergência, eu resolvo uma questão do passado acumulado, uma herança histórica que não foi resolvida, um conjunto de injustiças que não foram resolvidas ou eu penso que a criação do novo, eu esqueço que tem pessoas já com problemas, pessoas abandonadas, pessoas sem e penso a criação do novo. Eu vou resolver o déficit do passado, a herança do passado ou eu resolvo a urgência atual. Serão problemas eternamente colocados à Mesa. São problemas o tempo todo colocados em todo o Conselho e não tem solução regimental. Não adianta por no Regimento uma coisa por que isso é a realidade viva buscando solução e as pessoas estão ali para pactuar. Às vezes é necessário ter uma reunião extraordinária para enfrentar heranças, ou uma reunião extraordinária para traçar um plano, uma visão de futuro. Então quando acumulam problemas e você obrigada a chamar uma reunião extraordinária é para tratar alguma coisa. E essa dinâmica das reuniões dos assuntos dos temas precisa ser também uma dinâmica viva. O

Secretário de Saúde ser Presidente. Quem discutiu isso e colocou que o Secretário seria o Presidente? O raciocínio era que o Secretário teria a responsabilidade de gestor e ele é que teria a responsabilidade de liderar a execução de tudo aquilo que fosse pactuado.

Ora, poderíamos, para aperfeiçoar o processo, que o Presidente fosse eleito pelo Conselho de qualquer que fosse o segmento. Mas para aperfeiçoar mais o processo, nós temos que ter também os critérios, a cultura de participação, a segurança do conselheiro que ele não vai ser perseguido por uma opinião, etc, porque nós podemos ter também conselheiros representativos do setor trabalhador, conselheiros representativos do setor comunitário popular e que podem virar também conselheiros lagartixas, ou podem ser mais reacionários do que o rei, mais realistas do que o rei, mais cooptáveis. Então, não há garantia de que porque eu sou representativo do segmento de usuários, necessariamente eu vou ter uma condução mais democrática, mais crítica dos trabalhos. Então, nós precisamos de um processo que vá configurando culturalmente, que vá configurando a participação democrática e vá protegendo as pessoas para não serem perseguidas ou não perderem emprego ou isso ou aquilo outro por causa de opinião. O aprimoramento democrático deve ser *pari passu* com a questão de quem preside e quem não preside, quem não preside. Acho um avanço que os conselhos elejam seus Presidentes. Eu estou apenas alertando para o fato de que não é apenas isso que resolve o problema.

Para concluir, a história do Luiz sobre o conselheiro lagartixa. Eu fiquei pensando agora em tantos bichos. Fiquei pensando no conselheiro coruja, que só ouve e arregala os olhos, presta uma atenção; fiquei pensando

no conselheiro macaco, que faz graça, graça e às vezes até perturba o procedimento da reunião; e isso me inspirou a pensar em Lauro de Oliveira Lima, um grande educador cearense, um dos vanguardistas da educação crítica nos anos 60, que brincou com isso em dinâmica de grupo. Imaginava: dentro do grupo tem sempre um membro que é o leão, o outro que é o tigre que compete com o leão, mas não tem o mesmo charme. Ele imaginava o membro. Então essa dinâmica de grupo com essa brincadeira dos animais serve, por exemplo, para trabalhar as posturas, as atitudes que as pessoas, que os seres humanos vão tendo nas situações de grupo, seja conselho, seja conselho de classe lá onde tem os seus alunos na reunião de pais e mestres, seja no trabalho, em qualquer um, seres humanos vão tomar atitudes e vão tender em certos esteriótipos, vão ficar viciadas numa posição – posição de competência, posição de brincadeira. Tem o conselheiro artista, tem o conselheiro do contra, aquele só reclama, só fala mal, só questiona, só se queixa; tem o conselheiro que só acha tudo bom – conselheiro Poliana. Então, nós poderíamos ter uma boa tipologia para trabalhar com dinâmicas de grupo na escola, no trabalho, no conselho, em qualquer lugar por que é, de um certo modo, uma tendência humana e ficando com esses esteriótipos de representação. Penso que nós temos que pensar sobretudo como avançar no processo de aperfeiçoamento do trabalho dos conselhos, de suas eleições. Como é que os conselheiros são escolhidos? Como é que eles respondem aos seus segmentos? Respondem ou não respondem? Ele é representante de um segmento e também não é cobrado e nem presta conta ao seu segmento! Então, temos que avançar em todo esse processo de aprimoramento do trabalho.

SRA. COORDENADORA FIDELARINA TEIXEIRA: Obrigada. Passamos a palavra a Leda. Sem querer ser muito chata. Eu estou preocupada

com a questão do tempo que nós temos para o final e acreditando que esse debate aqui é extremamente importante. Então, eu gostaria de acordar com a Mesa: o Regimento coloca que são três minutos, igual o tempo de resposta, e de intervenção. Então, que a Plenária colaborasse também nesse sentido de estar aguardando.

SRA. LEDA RESENDE: Então, as duas perguntas da companheira e do conselheiro mais ou menos lidam com a mesma coisa. É a questão do poder e o pavor, ou a nossa impotência face ao Poder. Eu não tenho nem um conselho que eu possa dar a não ser assim: como é que eu procuro entender essas coisas.

Por exemplo, para eu entender o Estado Burguês, tem um cara que eu gosto de estudar as coisas que ele fala, porque ele no Estado capitalista, ele analisa esse Estado. o nome dele é Klaus Offe. Eu aprendo com ele um pouco para entender a natureza do Estado Burguês para não ficarmos pessimistas que trabalhamos, trabalhamos e trabalhamos e morremos na praia por desânimo de achar que só ficamos olhando o que está faltando, mas não vemos o tanto que nós conquistamos. Isso é um perigo danado. Eu acho que nós temos que ficar mais realista no sentido de ver o tanto que já avançamos. Porque esse Estado é poderoso. Ele é exatamente a representação do poder econômico que gere tudo, inclusive as nossas próprias idéias.

Então, quando eu penso nisso também tem um outro cara, que eu acho que ele me ensina umas coisas que é o tal do Michael Furquor, quando ele fala da microfísica do poder. Eu morava lá em Brasília num lugar chamado Lago Norte, então se eu sentasse no meu quintal, aquela coisa linda de árvores e em

frente um lago, lá no cantinho tinha a Praça dos Três Poderes. Eu gostaria que todo mundo tivesse ido me visitar casa para ver como é relativo o Poder. Veja que eu falei como ele é forte, agora estou falando como ele é fraco, porque ele estava desse tamaninho ali, quer dizer, a bandeirinha não dava um palito de fósforo, tudo dependendo da nossa visão daquilo. Então, quando Micheal Furquor, que falava: "não existe essa coisa – Poder – como uma coisa, um lugar". Não existe, porque essa é uma visão metafísica das coisas, porque as coisas existem em si. Poder é uma questão de relação. Quando eu olho para você eu olho ou como alguém a quem eu sou superior, ou de quem eu sou subalterna, ou de um ser humano para outro, aí eu estabeleço um tipo de relação de poder. Por exemplo, quando um médico não levanta a cabeça diz assim: nome. Eu já vi o Chico Gago, uma pessoa da nossa reserva ecológica, que foi fazer uma consulta em Brasília e esperou seis meses para poder fazer a operação dele. Então, chega o Chico Gago, já zangado porque não queria ficar naquela cidade infernal, queria ir para o Sertão. E o médico vai e diz assim: "seu nome". Ele como sertanejo só pode falar com voz baixa para a pessoa, não é assim? Então, ele disse "Chico ...", fala alto, cabra. A sorte é que ele só tinha na hora o documento, se ele tivesse a peixeira aquele médico já era. Ele pegou o documento e jogou em cima do médico e disse: "leia". Eu já até fiquei feliz que foi só isso. Mas veja: esse nem olhar, olhava. Há muito profissional de saúde que é capaz de atender uma pessoa sem olhá-la nos olhos. E isso, para mim implica o seguinte: você não existe como pessoa, os seus olhos nada me comunicam; você é uma coisa como uma mala, como um colchão, uma coisa qualquer. Então, o que eu quero dizer é que para trabalharmos a questão do Poder, temos que ler um pouco para saber o que esse cara disse. "Não existe o poder em si. O Poder se estabelece na relação." Então, eu tenho que sair daqui olhando as pessoas fraternamente no olho ou

até quando tiver raiva, mas olhar no olho. Todas as emoções humanas são justas e viáveis...

Eu diria o seguinte: eu sou supercorajosa. Eu falo tudo que eu tenho que falar para quem for, mas se eu tivesse numa cidadezinha do interior, com um filho ou um marido doente, ou uma mãe doente e se eu fosse falar uma coisa e aquilo fosse significar que essa minha pessoa ia ser maltratada no hospital, eu ia pensar três vezes. Então, às vezes nós estamos muito corajosos lá com o conselheiro lagartixa, mas é porque ele é que está lagartixando lá, talvez que com toda a nossa coragem de Tamanduá Bandeira não fizéssemos muito melhor do que ele. Então, eu fiquei muito contente quando eu soube que a Religião Cristã tem um direito que assim: não julgueis. Tem gente que acha que é um dever, eu acho que é um direito. Que bom, para mim, que eu não sou obrigada a julgar o outro. Só os juízes. Eu não tenho que julgar. É um privilégio muito grande.

Mas uma outra coisa: se não aprendermos com o Michael Furquor, com o Klaus Offe, com esse povo todo, aprendemos também com poesia. E nesse caso aí da construção de um ser corajoso de dizer sim e dizer não, nada melhor do que a poesia do nosso Vinícius de Morais "O Operário em Construção". Quem já leu "O Operário em Construção"? Só os mais velhos, então os mais jovens precisam ler, não só os mais lindos poemas de amor como aquele que vai fazendo a construção e vai desconfiando e vai aprendendo a dizer não. É um aprendizado também. Agora, nós temos que lembrar que esse nosso País é o País do Governo entre amigos. Se vocês olharem em volta, vocês não vêem nada diferente em nem numa instância de

Governo do País. Os dirigentes dirigem com seus amiguinhos para desgraça nossa.

Quando nós conseguirmos mudar o conceito de pessoa de confiança. Que a pessoa de confiança não seja de confiança do que detém o poder, mas que seja pessoa de confiança das massas, aí nós vamos mudar.

Por último, para aqueles que gostam de ler psicologia, em homenagem a um grande homem que ajudou muito o Brasil a se construir chamado Mira Y Lopes, um espanhol fantástico. Mira Y Lopes escreveu um livro chamado "Os Quatro Gigantes da Alma" e desses quatro gigantes o primeiro que ele fala é do medo. Ele diz que "o medo se estabelece em nós em nível de célula", quer dizer, é inerente à vida ter medo, tanto que quando a célula se acha um pouquinho ameaçada, ela se tranca toda, não cresce e logo que haja uma chancezinha, ela se abre linda e se multiplica. Então, o medo que as classes subalternas e outras todas têm dos poderosos é normal. E nós – como pessoas isoladas – não temos muito poder. É a última palavra que eu vou dizer aqui: sozinhos, nós não valemos nada. Mas juntos, nós somos uns tratores. Então vamos não brigar entre nós, não vamos postular lugarzinho para ir a XII Conferência, ficar com mesquinharia. Vamos nos unir naquilo que nós temos de melhor que nós vamos ficar umas feras. Nós vamos ficar, de todos os animais, as feras mais belas. Eu tenho certeza que vocês vão dar esse exemplo. Esse Estado vai dar um exemplo bonito de coragem, de saber lidar com o medo, de ter dignidade, de ter ética, saber o que é melhor para o Estado e melhor para o país e deixar os seus egocentrismos um pouco arquivados. Boa sorte para nós todos e até dezembro.

SR. IVO DOS SANTOS: Bom, as perguntas que colocaram são mais ou menos interrelacionadas e a primeira foi aquela: *como o SUS pode incorporar no seu cotidiano as práticas populares de saúde que estão aí disseminadas e existem como realidade que nós teimamos em desconhecer*. E a primeira coisa que eu queria colocar é até um pensamento meio ousado: nós falamos, falamos, falamos, mas, na verdade, tudo se resume na assistência à saúde. A assistência à Saúde que significa que vai desde a atenção básica até os transplantes e etc. Na verdade, eu acredito que nós temos que mudar essa concepção, porque o que precisa é termos cuidado à Saúde. Quando colocamos essa idéia de que cuidado à saúde, de que o cuidado pode ser feito numa rede progressiva, nós extrapolamos essa questão da intervenção eminentemente terapêutica, medicamentosa, feita por profissionais de saúde a amplia para uma gama outra de intervenções e ações que necessariamente não são voltadas e não são feitas por profissionais de Saúde, mas são voltadas para cuidar das pessoas. Quando você cuida de alguém, você abre a possibilidade desses vários saberes, dessas várias maneiras de cuidar do outro compareçam nessa relação. E esse é um grande objetivo, é uma grande utopia ou desejo que nós queremos: que consigamos evoluir da simples assistência, como já evoluímos da assistência para a atenção, queremos evoluir da atenção para o cuidado e na medida em que nós fazemos isso, abrimos um leque imenso para essa outras práticas, essas outras maneiras de cuidar das pessoas, que vão desde o acolhimento, a escuta, o afeto, o respeito até também à assistência terapêutica, digamos assim. E nesse sentido para podermos colocar isso na prática é que nós estamos fazendo, fortalecendo ou dando um apoio ao que nós estamos chamando de “Articulação Nacional de Práticas e Experiências de Educação Popular em Saúde”. Na verdade, é uma tentativa de articular esses mínimos movimentos, movimentos que não tem nem expressão às vezes no

nível nacional, no nível regional ou mesmo no nível local. Mas que, no seu interior, eles desenvolvem práticas que cuidam das pessoas. E aí na tentativa de identificar quem são esses sujeitos, como eles fazem essas práticas, onde elas existem é que estamos articulados com alguns movimentos sociais, compondo o que nós estamos chamando de ANEPS, que é uma articulação nacional, que está realizando encontros em vários Estados exatamente na tentativa de identificar quem são esses sujeitos, quais suas práticas, como eles fazem, como a educação popular permeia isso.

E aí a pergunta que me colocam: *como é que isso pode fazer parte das ações dos SUS?* Vai depender de nós. E aí eu entro um pouco: essa articulação está sendo realizada com muita dificuldade por que os movimentos são tão pequenos que é difícil eles se comunicarem com outros. Mas está sendo feito, aqui no Ceará já teve e na verdade isso é o começo de uma longa trajetória. E aí eu entro um pouco naquela questão do aprisionamento da arte como um instrumento para passarmos as nossas prescrições. Concordo plenamente com a pessoa que me fez essa pergunta, porque, na verdade, eu acho que o que nós temos que lutar. Se nós lutamos em defesa da vida, se nós começamos a defender a bandeira do cuidado à Saúde, a arte passa a ser expressão da vida e da Saúde e não como um instrumento ou como uma estratégia a partir da qual nós passamos ou mandamos os nossos recados. Quer dizer, ter direito à arte, ter direito à cultura também é Saúde. Agora, para isso, é preciso que nós mudemos também uma série de concepções, inclusive essa de que eu tenho insistido em relação ao cuidado.

Agora, só para finalizar, eu queria entrar um pouco na questão de que alguém falou aí, que é a questão do conselheiro e a relação com sua base e o

controle social. Na verdade, se começarmos bem e começarmos a pensar mais ousadamente do que nós temos pensado esses anos todos, talvez o controle social feito pelos conselhos... será que é a melhor forma mesmo? Porque, na verdade, o controle social é rígido, tem normas, tem regras, tem leis, tem estatutos, tem tudo isso, que de uma certa forma aprisiona o medo que eu tenho e que esse medo é todo cotidiano, dia a dia quando eu acordo eu me sinto temeroso. Na medida em que o Ministério da Saúde institucionaliza uma prática que é eminentemente popular; quando essas práticas são populares, elas são repletas de energia, de vivacidade, de tudo que sai no impulso, que não tem racionalidade, mas que está vivo. Quando você aprisiona isso numa estrutura, num departamento, numa caixinha com o coordenador, com carimbo, com decreto, com memorando será que não perde essa vitalidade? E isso nos cria um desafio: como é que as coisas instituídas vão continuar sendo instituintes sempre de novas coisas? Daí que uma outra utopia que nos persegue não é só capacitar conselheiros, não. O que nós queremos e talvez sim isso seja uma resposta para a eficácia do controle social: não é só capacitar conselheiros. O que nós queremos mesmo é que cada um de nós – cidadãos e cidadãs – seja capaz de formular qual é a política de Saúde que nós desejamos. Se somos capazes de formular qual é política de saúde que nós desejamos, conseqüentemente nós vamos querer participar da gestão dessa política. E se participamos da gestão dessa política que foi formulada por nós, certamente ela será controlada por cada um de nós, sem necessariamente ter um espaço definido para esse exercício do controle da população sobre o Estado ser exercido, mas isso ser exercido no cotidiano, no dia a dia de cada um de nós. Para isso é preciso que nós tenhamos informações, que nós sejamos comunicados, que nós interajamos um com os outros, que começamos a aprender a conviver de uma outra maneira. Uma maneira na qual,

respeitando as diferenças, consigamos construir comunicativamente um projeto que seja melhor para o Brasil, que seja até de um Estado diferente desse Estado que nós temos. Obrigado.

SRA. COORDENADORA FIDELARINA TEIXEIRA: Vamos então, para a finalização, a intervenção da Vera Lúcia de Azevedo Dantas.

SRA. VERA LÚCIA DE AZEVEDO DANTAS: Bom, eu gostaria que as pessoas do Ministério, no caso o Ivo e a Maria Helena colocasse um pouco assim: falou-se muito hoje aqui sobre essa possibilidade de termos os diversos atores desse processo de construção do SUS dialogando com o sujeito. E aí eu fico pensando que, numa realidade, a população sempre teve uma dificuldade de acesso aos conhecimentos e onde nós – os profissionais de Saúde – somos formados dentro de um critério extremamente técnico, onde a técnica do trabalho de saúde é a mais importante e onde aprendemos que nós somos os donos do conhecimento. Quer dizer, eu entendo que para que essas novas relações se estabeleçam, tem que haver muito caminhar. E aí eu fico pensando: como é que o Ministério está buscando – o Ministério como condutor das políticas de Saúde – essa interface com quem trabalha a formação dos profissionais, sejam os profissionais de Saúde propriamente ditos, sejam os atores desse outro campo, que é o campo político, que são os conselheiros? Como é que se está buscando esse novo jeito de se pensar a formação das pessoas que estão atuando nesse campo da Saúde?

Uma outra coisa que eu gostaria de saber também é: quais são os movimentos que chegam, hoje, ao espaço político do Ministério dos movimentos organizados tentando também reverter isso? Eu gostaria de saber

se os movimentos organizados estão também buscando o espaço institucional para tentar interferir nesse processo também.

SRA. COORDENADORA FIDELARINA TEIXEIRA: Margarida Marques.

SRA. MARGARIDA MARQUES: Boa-noite. Eu quase que tirava o meu crachá por que a temática que eu ia falar era sobre o usuário de conselheiros, porque nós não temos efetividade, não temos passagem para ir e vir. E aqui eu quero me reportar que para estar aqui ... eu vou defender os usuários da zona rural, deixei meio mundo coisas em minha cara para fazer e o que eu vou buscar? O que eu vou trazer de resposta para meu povo? Então, a injustiça é a crueldade maior que existe para nós – da zona rural. Então eu queria que essa platéia tivesse repleta, com todos os que estavam mais cedo para que juntos buscássemos uma maneira de como fazer justiça para aqueles menores que tanto sofrem na zona rural. Era isso que eu queria buscar aqui.

SR. REGINALDO RODRIGUES EUFRÁSIO: Bom, boa-tarde a todos. Eu queria me dirigir à Dra. Maria Leda. Eu queria que a senhora discorresse a respeito da ... imaginemos o Brasil como uma Nação sem preconceitos.

SR. CLAIRTON JOSÉ DE FREITAS: Boa-noite. Sou do Município de Cruz, ex-conselheiro tutelar, professor e representando os usuários.

Reiterando o que a colega falou: é lamentável olharmos para uma platéia dessas, pessoas que vem para a Conferência, que sabem que a

Conferência é cansativa. Quem sai de sua cidade para vir para cá sabe que vai sofrer, e neste momento praticamente a Mesa está aqui sozinha.

A pergunta que eu queria fazer é em relação à Saúde. Quando nós pensamos em saúde, nós imaginamos uma pessoa saudável, uma pessoa que tanto é boa fisicamente, quanto psicologicamente. Então a pergunta para conselheira Maria Leda: como garantir saúde a uma família que faltam todas as necessidades básicas, como: água tratada, rede de esgoto, moradia sadia e outras mais que nós sabemos.

E também para o Professor José Ivo: como garantir o SUS que queremos a uma família que recusa ajuda por motivo de uma cultura, na qual só acredita na cura e não na prevenção.

SR. BENEDITO LOPES DE SOUSA: Boa-noite. Eu trabalho no Município de Jaguaribe. Sou profissional de Saúde. Estou lá desde a implantação da primeira equipe do Saúde da Família, em 1995, e a minha inquietação é para a Maria Helena, quando ela nos deu tantos dados e quando ela colocou que entre esses dados nós temos mais de 1.500 municípios que não têm nem enfermeira, nem agentes de saúde e quase ninguém trabalhando.

Outro dado que você nos forneceu, gritante: os municípios, hoje, empregam mais do que o Estado e mais do que a Federação. E eu fui para um município acompanhar a municipalização. Estou lá deste a municipalização. Temos lutado, temos sofrido. É a segunda Secretária de Saúde que também é enfermeira – Dra. Lúcia Helena Gondim – e nós temos feito um esforço muito grande para fazer o município crescer, para fazer a coisa acontecer. Eu estou

há seis anos numa equipe sem médico, trabalhando com auxiliar de enfermagem e com agentes de saúde, fazendo das tripas coração, fazendo isso que Ivo fala: a questão da educação popular, que é muito difícil e a minha inquietação é: como fazer acontecer essa resolutividade de município, quando o município não tem uma resposta do Ministério da Saúde em relação ao recurso? Como fazer educação popular? Como dar infra-estrutura para os enfermeiros, para os médicos, para os agentes de saúde? Como manter a população informada? Porque a população informada vai cobrar e quem tem que dar resposta é a Secretária de Saúde. Então, como fazer isso se o município não chega? A municipalização provou que é viável e é necessária, mas até agora ela realmente não foi efetivada. E nós – agentes de saúde – estamos pagando o pato no sol do Ceará, queimando no sol sem condições de trabalho, sofrendo muito e agüentando. Não se tem a pretensão de ser São Francisco, nem Padre Cícero, mas se quer fazer saúde de qualidade com condições e não com a situação que nós estamos aí.

SR. JAMES BRITO: Boa-noite a todos e a todas. Gostaria de saudar essa Mesa, porque não é todo dia que nós temos pessoas tão ricas de conhecimento para nos transmitir.

Teve uma pergunta que me tocou e por isso que eu me inscrevi: eu sou do Conselho Municipal da Cidade de Crato e sou conselheiro do Estado. E, ajudando o CESAU a fazer as Conferências, eu trabalhei em 13 municípios nas Conferências Municipais. E isso enriquece-nos e nós ficamos maravilhados com o trabalho – essa provocação do Ministério de fazer com que realmente os municípios brasileiros acordassem. Eu fiquei maravilhado com a informação de ontem quando disse: a Conferência Nacional não vai ser

igual as outras. E hoje, completando a informação, quando o doutor falou da UFC, que se formos calcular direitinho, doze conferências que vamos realizar no Brasil, talvez seis estejam computadas, de fato, para a população. E se começarmos a imaginar isso para nós, quantos aqui estão realmente contemplando a IV Conferência Estadual de Saúde, porque os que saíram, para mim, estão fugindo. Eles vão estar, talvez, recebendo o certificado no final, mas perdendo a parte mais rica que é essa do debate. Então, essa pergunta que alguém fez aqui que é o espaço realmente do usuário, da população participar, dizer, opinar é esse. E é justamente, quando está todo mundo cansado, que já saiu. Ou o almoço foi pouco, ou fez mal a alguém. Eu sei que saiu todo mundo. Nós estamos aqui num momento rico do debate, mas com menos gente ouvindo. Esse momento que podíamos estar trocando informações, (eu aprendi isso nas conferências que fui fazer nos municípios), que nós chegamos ali na frente e que eu falava do controle social e dávamos 25 minutos e eu procurava usar rigorosamente os 25 minutos para oportunizar esse debate, porque nas perguntas é onde nós até encaixamos melhor aquilo que queríamos dizer e que quer dizer. Então, nós precisamos saber e compreender que esse processo da população participar melhor é se exercitarmos mais essa questão de conferências, de debates, não só em nível regional, mas em nível microrregional, nos municípios. Não precisamos esperar três, quatro anos para fazer uma conferência! Vamos fazer todo ano a Conferência da Educação, a Conferência de Saúde, a Conferência de Ação Social. Vamos provocar isso nos nossos municípios, porque só assim nós elaboramos documentos e trazendo pessoas importantes como nós vemos aqui à mesa, levando para os nossos municípios ou juntando três, quatro, cinco municípios vai acontecer isso. Eu queria passar para vocês por que só

acontece o processo completo se nós participarmos do começo ao final e, infelizmente, nesse momento fica prejudicado.

SR. EDMILSON LUCAS PEREIRA: Boa-noite à Mesa. Boa-noite aos resistentes que estão aqui ainda nesse horário.

A minha intervenção seria justamente para colocar o seguinte: nós sabemos que nós vivemos em toda a questão da globalização, em toda a questão da ALCA, que vem aí, que toda a intenção realmente de implementar algo. Eu gostaria de saber dos debatedores qual a visão que vocês têm sobre a questão da ALCA. O que a ALCA vai trazer de conseqüência da Saúde e também reafirmar a questão daquilo que já foi questionado aqui com relação da escola dos Presidentes dos Conselhos de Saúde. Eu discordo dessa visão de que o Conselho tem que ser indicado pelo Prefeito ou Governador. Eu acho que o Presidente do Conselho ou as pessoas que compõem a Mesa do Conselho têm que ser realmente eleitas pela Plenária. Porque você até fere até a questão do controle social e a própria autonomia do Conselho. É essa a minha visão. Mas, principalmente, gostaria que fosse respondida a questão da ALCA: qual a repercussão, ou quais as dificuldades que a ALCA pode trazer para a questão da Saúde, inclusive porque nós sabemos que uma das propostas da ALCA é justamente a questão da privatização da Saúde.

SRA. NATIVIDADE: Eu vou ser bem rápida, bem breve. Eu quero também cumprimentar os resistentes, porque os resistentes é que transformam. E parabéns à Mesa . Todos vocês foram maravilhosos – a Dra. Maria Leda, o pró-reitor, a Fernando conduzindo assim maravilhosamente.

Eu queria trazer uma notícia bem rápida para vocês com relação à NOB. Maria Leda acho que até você não sabe ainda: a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos discutiu, na última reunião, que foi quinta-feira a NOB e nós chegamos a conclusão de que não é necessário se fazer uma NOB. Nós vamos recomendar ao Conselho que transforme os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos em uma política nacional de saúde, uma política nacional de recursos humanos. Isso porque nós já temos a experiência de que neste País a Constituição não é cumprida, a Lei nº 8.142 não é cumprida, as normas não são cumpridas. Cumpre o gestor que tem compromisso. O gestor que tem compromisso como gestor federal está cumprindo a NOB sem ela ser nem uma NOB. Então, nós vamos fazer essa recomendação e vai depender de nós, como a Mesa já disse, como vocês disseram o cumprimento da NOB nos Estados e nos Municípios. Nós vamos tentar negociar e se não negociarmos, o Ministério Público e se não tem eleição. Temos que ser radicais, nós precisamos ir na raiz, nós precisamos eleger gestores que dêem conta de fazer aquilo que é bom para o povo. A NOB é boa para o povo. Obrigada.

SR. DAMIÃO JONAS: Primeiramente, eu quero dar um boa-noite a todos que ainda resistem aqui. E que eu acho interessante, na hora da vez e da voz, as pessoas vão embora. Mas eu quero fazer uma colocação: colocar as insatisfações do sistema de funcionamento da saúde. Ninguém está satisfeito de como está a situação do nosso País. E para haver uma mudança é preciso que cada um de nós tenha conhecimento disso para que tenhamos uma clareza e em que devemos mudar.

Outra coisa que eu queria colocar também é que quando nós pensamos em termo de Saúde nós pensamos logo em fazer a parte medicamentosa. E muitas vezes esquecemos que a prevenção é muito mais importante e sai muito mais barata para todos os municípios e para todo o funcionamento da Saúde e a prevenção é uma saída que se poderia ter para que melhore a situação em que nos encontramos. E nós sabemos que o agente de saúde, junto com a equipe do PSF, faz isso muito bem se tiver também a qualificação, mas não é importante que tenha só a qualificação, mas que seja melhorado a remuneração do agende de Saúde. Então, para isso, é uma luta e nós esperamos que nesse processo de mudança o agente de saúde seja visto como um papel importante e também que ele seja valorizado e que tenha essa condição melhor para o trabalho... (mudança para a fita 7- b)

SRA. COORDENADORA FIDELARINA TEIXEIRA: Para as respostas e as considerações finais. Começando, então, pelo Professor Ivo.

SR. IVO DOS SANTOS: Eu reivindiquei começar por mim, porque quando nós respondemos por último todo mundo já respondeu e nós ficamos sem saber o que responder.

Na verdade, a primeira pergunta que foi colocada foi essa questão toda. Nós falamos de educação popular, de humanização e de cuidado. E como é que isso vai acontecer: com o processo de formação dos profissionais de saúde, que é um processo eminentemente biologicista, mecanicista, é um processo que acaba expropriando o que nós temos de humano no processo de formação. Tanto é que parece meio estranho falarmos de uma proposta de humanização numa prática que só é feita por que existe gente de um lado e

gente do outro, gente que sofre de um lado e gente que tem o conhecimento capaz de resolver o problema do outro. Então práticas entre sujeitos necessitarem se ser humanizadas é porque essas práticas estão cindidas, atravessadas por outras questões que desumanizam essa relação.

A proposta que nós temos: primeiro, uma mudança na graduação. Quer dizer, na verdade o que se quer é que a formação dos profissionais de saúde seja coerente com as necessidades do Sistema Único de Saúde. Essa é uma primeira coisa.

A segunda coisa é de que esse processo de formação seja um processo de formação de sujeitos sociais também. Nós não queremos só técnicos, nós queremos profissionais que, pautados na idéia de que Saúde é gente trabalhando com gente, eles saibam acolher, escutar, participar, utilizar outros instrumentos no sentido de interagir com o outro. E o Ministério da Saúde tem alguns projetos, que eu não vou citar aqui, que incentivam a mudança nos currículos e no processo de formação das escolas e que, de uma certa forma, nós esperamos que isso ajude a que esses profissionais saiam muito mais comprometidos com a população do que profissionais competentes, mas esterilizados, sem ter a menor possibilidade de interlocução com o seu paciente.

A terceira coisa que é interessante colocar é de que, na verdade, nós queremos que a educação popular, enquanto uma proposta metodológica, que tem seus princípios éticos, políticos e metodológicos pautados na questão do respeito ao outro, da ausculta, na expressão da efetividade esteja presente nesses processos de formação como uma malha, como uma matriz a orientar

todos esses processos. Porque, na verdade: nós não sensibilizamos na "porrada", mas você pode pactuar e criar regras de modo que o cuidar na saúde através do SUS seja feito em regras pactuadas por todo mundo, de modo que haja respeito pelo outro.

Uma outra coisa é: como é que estamos acolhendo os movimentos sociais. Essa articulação que eu falei dos movimentos e práticas populares de Saúde têm duas palavras que são fundamentais: a inclusão e a construção. A inclusão de movimentos que não têm expressão tal como MST, Mulheres Trabalhadoras Rurais, como CONTAG e a construção de uma proposta, de uma política de Educação popular permanente para o Sistema de Saúde. Agora, isso não impede que tenhamos, no momento, interlocução e aí vai responder a pergunta que alguém me fez aí sobre a questão da zona rural.

Nós reconhecemos que há um descaso completo com a população da zona rural. Não a população do interior do município, é a população da zona rural. E aí no Ministério da Saúde foi criado um grupo que estamos chamando "Grupo de Terra", onde há um diálogo das várias secretarias e dos vários departamentos com o pessoal: o MST, as Mulheres Trabalhadoras Rurais, a população ribeirinha, a população de garimpeiros, a população de quilombolas numa tentativa de articular qual é a estratégia que nós vamos desenhar para o pessoal ter acesso aos serviços de Saúde. Isso vai desde a formação de agentes específicos para trabalhar nos acampamentos e nos assentamentos até a responsabilização do município enquanto esse pessoal estiver ocupando o seu território.

Por um outro lado também, nós estamos trabalhando com um Comitê chamado “Comitê Nacional contra a Discriminação”, no qual estamos discutindo para encontrar uma saída, junto com a população que sempre foi historicamente discriminada, seja pela opção sexual, seja pela etnia, seja pela raça, seja pelo gênero. Então, nós estamos tendo interlocução com grupos organizados de homossexuais, de população indígena, de negros e de mulheres numa tentativa de fazer com que o atendimento ... o atendimento discrimina, o olhar diferenciado, os protocolos que são direcionados para discriminar, esperamos que não exista mais. Claro que não é uma resposta pronta.

Outro dia eu estava comentando que era muito mais fácil eu me trancar no meu gabinete e pensar numa receita. Mas se uma das coisas que eu admiro nessa gestão que está acontecendo é a diretriz de tudo ser construído e dialogado com as partes que são interessadas. E quando fazemos política de uma maneira construída, estamos fazendo uma política voltada para sujeito. Essa política não vai resvalar só nos atos e fatos que vão acontecer burocraticamente, mas na própria maneira de cada sujeito envolvido se sentir responsável por ela.

Uma outra coisa: a questão da promoção, prevenção, recuperação, reabilitação. Na verdade, gente, do jeito que precisamos avançar em direção ao cuidado, nós precisamos nos livrar, de uma vez por todas, desta coisa de modelo. Qual é o modelo mais adequado? Ora, o modelo significa uma racionalidade e quem pensa essa racionalidade são os técnicos. A doença, o sofrimento não é racional. Quando nós sofremos, nós queremos ser atendidos seja lá onde for; se tivermos uma dor, nós entramos na primeira unidade de saúde que vemos pela frente. Não se pergunta primeiro: será que essa minha

dor é da atenção básica, essa minha dor é da alta complexidade, ou será que essa minha dor é da baixa complexidade. Dor é dor. Então, o melhor modelo é o modelo que atende as necessidades da população e nesse sentido não há por que a separação: isso é prevenção, isso é promoção, isso é recuperação. Nós podemos ter promoção da Saúde em pacientes que estão terminando a vida! Nós podemos ter estilo de vida, uma "vida mais saudável", digamos assim entre aspas em pacientes terminais ao dar dignidade, ao dar o acolhimento, ao respeitar aquele momento. Eu acredito que nós temos que caminhar por aí, temos que avançar mais. Já são doze conferências que nós discutimos em cima da mesma tecla. E isso quando uma família se recusa a essa questão do que chamamos medidas preventivas ou promocionais é porque existe toda uma cultura dominante que nos leva a acreditar que a felicidade está numa pílula, que nos leva a acreditar que ao consumir serviços de saúde nós vamos conseguir melhorar o nosso estilo de vida. Basta, nós vemos: tudo hoje é consumo. Então, é preciso que acabemos com essa cultura devolvendo a possibilidade das pessoas se pensarem autônomas no ponto de desejarem ter um estilo de vida mais saudável. Quando as pessoas se tornam autônomas e desejam ter uma vida mais saudável, com certeza esse pensamento vai ser suficiente e necessário para desencadear uma ação que se torna coletiva e por ser coletiva se torna política e que eu espero que seja direcionada para uma melhor qualidade de vida. Obrigado e até a próxima conferência.

SR. JACKSON COELHO: O DNA do Estado Brasileiro é autoritário. Autoritário e burocrático e esse DNA autoritário e burocrático contamina até as boas intenções e as forças progressistas que chegam a ele num primeiro momento. Por isso é preciso um cuidado permanente para a questão da prática democrática. Exemplo: uma pergunta aqui, por escrito, coloca o fato de que os

resultados das conferências não viram práticas. Não há uma prestação de contas na Conferência seguinte. Na didática, na lógica de organização das conferências o primeiro momento deveria ser uma oficina de prestação de contas.

O Governo diz: na Conferência anterior foi sugerido isso, isso e isso. Isso foi implantado por isso e isso não foi implantado por isso, por essas razões. Então, o primeiro momento de cada conferência deveria ser a retomada da conferência anterior para avaliar o que foi implantado ou não foi. E nós passamos a viver cada conferência como um êxtase ou como algo que se ocupa de si mesmo, que começa e termina em si mesmo, ou como a maldição de *Sisifo*, de rolar uma pedra para cima, a pedra cai, você volta a rolar para cima da ladeira. Então, é um eterno recomeço. São jogados muitos temas, muitas pessoas falando, esse modelo de grandes mesas redondas com muitas pessoas não é muito bom, deveria induções orientadas, muito mais monitores dentro dos grupos, participando dos grupos. Então, nós precisamos também reformular. Entendo que grande parte das pessoas que se ausentou, ausentou-se por falta de compromisso. Mas entendo que grande parte se ausentou por impossibilidade de continuar. Se alguém é de Aiuaba ou vem ou não vem, mas se alguém é de Caucaia, a Prefeitura coloca o ônibus para sair às 18h e o cara para poder voltar para casa tem que ir. Também o problema do basismo, do politiquismo, da hiperideologicação das regrinhas, que às vezes ocupa e atrapalha o cronograma pactuado. As pessoas que são convidadas para fazer uma reflexão aqui também tinham horários e tempos, por isso eu peço que vocês incluam nos agradecimentos a resistência da Mesa.

E tudo isso, essa construção cotidiana do que é democracia. Exemplo: no período neoliberal, os empresários chegavam para a universidade dizendo: a universidade tem que formar o trabalhador que o empresário precisa. Agora, o Estado vem e diz: a universidade tem que formar o trabalhador que o Estado precisa. Ora, as universidades, por exemplo, têm um compromisso com a produção do conhecimento. Se todos os brasileiros quiserem fazer um Curso de Graduação em Enfermagem, deveriam fazer. Agora, se eles vão aplicar, se eles vão trabalhar como enfermeiros, vão trabalhar como médicos isso é questão dos organismos de Ministério do Trabalho, dos Conselhos a criarem os ajustes entre o conhecimento e a habilitação profissional no exercício do trabalho. Há muita discussão aí do que nós devemos ensinar ou não. Universidade, por exemplo, é um lugar da diversidade. Ensinar as várias teorias, não só aquela teoria operacional para um exercício prático de momento. Isso muda: nós temos que preparar pessoas para uma reflexão e para o alto estudo, para a educação continuada. E se ela é capaz de aprender a aprender, ela vai fazer o ajuste do seu conhecimento às necessidades de cada Estado, de cada momento, de cada empresa, de cada tecnologia. Nós não podemos pegar uma pessoa e fazer com que ela aprenda, ecologicamente ligada, aquilo que vai ser necessário nesse momento histórico ou nessa lógica de mercado de trabalho. Se ela ficar muito adequada a uma lógica de mercado de trabalho, ela morrerá quando aquilo for sucateado, quando aquela tecnologia, quando aquela gestão, aquela forma de gestão for sucateada. Então, nós temos que discutir permanentemente tudo. Nada deve ser compreendido como se fosse uma verdade para sempre. Nada é absoluto. E o Estado, por mais burocrático, por mais autoritário que seja, não é perfeito. Que bom que não é! É a nossa sorte! E para eu não ficar aqui muito com sentimento de inferioridade, não ter citado ninguém, eu cito Nicos Pulantizas

que diz que *o Estado Capitalista também tem um grau de racionalidade e um grau de possibilidade de efeitos resultantes nem ele – Estado – sabe. Como ele é de algum modo poroso às pressões, ele pode chegar a um resultante que nem ele mesmo sabia, nem ele mesmo imaginava.* Então, isso significa que todas as nossas atividades devem estar sempre no foco da democratização, da participação, da crítica do Estado e da crítica ao nosso próprio comportamento em qualquer das instâncias sociais em quais somos pertinentes.

SRA. COORDENADORA FIDELARINA TEIXERIA: Nós vamos ouvindo as coisas e gostando. Mas também não deixamos de ser útil a citar, e sei que também a Maria Helena vai citar eu vou citar mais um.

Dessas coisas todas que nós vamos ouvindo, hoje em dia, essa fala sobre o conhecimento está de tal ordem que fica parecendo ... até criancinha no ato de aprender, diz que ela está construindo o conhecimento. Ela está aprendendo. É claro que se ela prende direito, ela passou pelo mesmo processo do inventor daquela teoria, mas do ponto de vista de vista da humanidade, ela não está inventando nada. Ela está aprendendo.

Então, eu acho que nós temos que ter muito cuidado para não ficarmos pensando que esse conhecimento, tal como o poder existe. Se não nós podemos ficar acreditando que existe o conhecimento. Há muitos e porosos, tal como ele falou. E tem um cara que eu detesto, acho um porre em todo sentido, mas ele falou um negócio que ele disse que foi ele, mas bem não foi ele, foi um cara chamado Nicolau Decusa, que disse isso há uns séculos, que é assim: *fazer ciência,* e aí você esquece ciência e pensa conhecimento, *o único modo de você trabalhar bem o conhecimento é com o critério de*

refutabilidade. Quer dizer, tudo que disserem para nós, eu já era assim quando criança por espírito de porco. Se dissesse assim: mulher não pula de bonde andando. Aí eu ia pular para ver se não pulava mesmo. E como eu sabia que eu ia ser mulher quando eu crescesse, se eu pulei e pulei, logo mulher pula de bonde andando. Pois bem, Popper não precisou pensar nada de bonde andando. Ele pegou esse negócio do senhor Nicolau Decusa, que é antigo para disser isso: *é preciso que de tudo nós vejamos se não é exatamente o contrário.* Tudo, a reza, a poesia, o princípio, a NOB, a norma. Porque ele diz o seguinte: *você pode passar a vida inteira dizendo assim: todos os corvos são brancos.* Aí você prova isso, faz mais pesquisas na Feal Cruz, no Butantã, em todos os lugares aqui e acha mais corvo branco e prova que todo corvo é branco. Mas se em vez de você procurar mais corvo branco para provar que todo corvo é branco, se você procurar só um corvo preto vai para as cucuias aquela lei, aquela norma. Não para ser contra, mas como forma de pensarmos. Por exemplo, se todo mundo agora está pensando Saúde da Família, eu naquele jeito de menina que pula do bonde andando e que fui muito influenciada pela Emília de Monteiro Lobato, já começo a dizer: está todo mundo gostando. Será que ... não está normal. Aí eu comecei a perguntar as pessoas e vi que há havia crítica da família, quando se vai fazer a saúde da família e tendo a saúde como suporte, como porta de entrada e não sei mais quanto, não estava vendo, por exemplo, que a maior violência no Brasil é originária na família – os estupros, os incestos, as pancadarias. É essa família ou é outra que nós estamos falando que vai ser a base do Sistema de Saúde? Eu não estou nem dizendo nada, eu só estou dizendo o tipo de raciocínio. Quando vai muito para um lado, aí nós fazemos igual ao senhor Popper disse. Como é que é o contrário daquele jeito? Para pensarmos. Não é para também ficar no contrário, tal como ficou no positivo, não. É para ficar indo e voltando

para acertarmos, de irmos pensando e adquirindo um pensamento que seja um pensamento criativo, como ele falou, se ficarmos só fazendo as análises do que aconteceu e tentando consertar o passado, nós não desenvolvemos aqueles procedimentos mentais que são inerentes à criatividade que são exatamente os outros. Quer dizer, o pensamento analítico é contrário ao pensamento eurístico, pensamento de criar coisas novas. Então, estivermos analisando muito, pondo muitos defeitos no que os outros falam, nós temos que parar um pouquinho para usar aquela criatividade nossa, criar a partir de relação de coisa que não foi relacionada.

Fiquem contentes em saber uma coisa a respeito do campo. Nós conseguimos agora uma vaga no Conselho Nacional de Saúde para o Movimento dos Sem-Terra, que é a única coisa muito original, forte e corajosa que o Brasil. Então vai ter também uma pessoa do Sem-Terra lá e eu acho que para quem está pensando no campo, essa é uma boa. Se bem que esse tipo de Reforma Agrária que eles querem não vai dar não, mas depois conserta lá adiante. Isso não tem importância.

Mas aí também vocês falaram sobre a questão do que nós levamos para a nossa base. Nós gastamos o nosso dinheiro, gastamos o tempo, a fisioterapeuta desmarca para vir para cá. Cada um gastou ou deixou de ganhar aquele essencial para estar aqui. Eu acho que não dá ainda para consertar esse pedaço. Mas o que eu lembro é assim: segundo um cara muito legal, que disse o seguinte: *a história é feita daquelas pessoas que nasceram prematuramente.* No Brasil, nós somos os prematuros, nós chegamos antes. Então, nós vamos ser ferrados prematuramente, mas quem não quiser, que vá embora. Quer dizer, não tem jeito para nós. Depois vamos ouvir os outros que vão voltar

para casa de Van, vão ter almoços fantásticos, vão ter diária, vão ter tudo, mas no caso de quem chegou precocemente ... aliás, eu tenho a vocação medonha para chegar nas coisas antes da hora, quando elas estão ótimas eu já não lutei, quero o divórcio. Quando o divórcio chegou, eu já me importava nem com o casamento. O meu sim, eu me importo com ele, mas eu digo como instituição. Eu sou sempre assim: quando chega aquela vitória, já não tenho nem jeito de saudar, porque estou noutra dificuldade que inventaram. Mas eu, de fato ... (bom para vocês que não vão ouvir o que eu ia dizer), porque eu misturei os papeis aqui.

Sim, recursos humanos – esse negócio de recursos humanos foi uma safadeza que o liberalismo inventou na Década de 60 para década de 70, que só se falava em Educação, só se falava da educação como um investimento. Em ver de ter trabalho, terra e capital era recurso humano, porque aí você misturava tudo como recurso. O humano nunca foi recurso de coisa nenhuma. O humano é aquele que gera os recursos financeiros, patrimoniais, todos.

Agora, a primeira coisa alegre que eu vi na chegada do novo Governo, do Partido dos Trabalhadores, foi quando se criou uma Secretaria da qual ela faz parte que é Secretaria da Gestão do Trabalho. Então, nós vamos estar pensando, no meu entender, de trabalhadores de Saúde, porque já está no nome da coisa. Esse excomungado desse recursos humanos que vá para o inferno neoliberal. Não existe esse recurso. Então, essa coisa de universidade virar escola técnica é uma desgraça mesmo. Tanto assim que tem até grade horária. Tanto faz ser eu ou qualquer outro que vier, que ensina aqueles *besteiróis* e fica tudo certo. A Universidade não foi feita para isso. A universidade não é escola técnica. A universidade tem que tratar das Ciências

Sociais, da Filosofia, dos modos de estudar e de ensinar uns aos outros e depois cada entidade que vai adequar esse pessoa capaz de dialogar, de ler, de escrever, de pensar, de analisar a sua prática e vai adequar àquele sistema que vai fazer um recrutamento, uma seleção e vai adequar aquele povo para aquele trabalho que tem que ser feito. Então, é muito bom ouvir isso: de fato, universidade não é escolhinha pública de alto nível.

(Intervenção fora do microfone)

Eu lembro o resto. Eu acho que isso aí só depois do Juízo Final, porque nesse estágio... tem um negócio dos iluministas que eu vivo sonhando, que é aquele negócio da "emancipação da espécie". Quer dizer, a espécie humana, quem a criou ou estava brincando, ou estava de mau humor, ou distraiu e deixou queimar no forno. Eu sei que a humanidade já é cheia de defeito. É terrível, não tem um tipo de animal mais defeituoso do que a humanidade. Mas sempre temos a esperança de que vamos melhorando com o tempo. E que vai, então ... essa emancipação da espécie, quer dizer, do ponto de vista filogenético, nós vamos melhorar à medida que os "cada um" também vão melhorando, nós melhoramos. Mas nesse nível que nós estamos de humanidade, só vai mudar qual é o que está na berlinda para ser, desculpe a expressão, "sacaneado". Por exemplo, eram os velhos até pouco tempo, agora são os jovens. Então, nós temos é que, antes que a coisa se estabeleça e se firma, denunciemos o preconceito. É só isso: é só ir mudando de preconceito.

SRA. MARIA HELENA MACHADO: O meu é super-rápido. Tem perguntas objetivas. Aqui tem: seis anos sem médico. Acho que essas situações e outras que nós recebemos de denúncia lá no Ministério tem chegar

a nós. Porque o PSF é um programa que tem que estar uma equipe e ganhando com essa equipe a população. Eu creio que esses casos e outros precisam ser revistos. E a questão do financiamento também: como que os municípios vão estar assegurando um atendimento de qualidade com baixos recursos. Então, isso tem que ser visto. E aquilo que eu falei na minha apresentação.

Outra: *gostaria de saber o que está sendo pensado no nível do Ministério sobre os profissionais de nível superior que não foram incluídos como tal no Sistema.* Eu não sei de que profissionais está se falando. Mas a Câmara de Regulação do Trabalho vai discutir a incorporação dos profissionais que hoje podem estar atuando na área da Saúde, podem estar dando contribuição e que não estão incluídos no nível do sistema. Isso é um processo evolutivo de que algumas profissões que, até então, não imaginávamos estar na área da Saúde, como por exemplo a minha, que é Sociologia, hoje nós somos profissionais da Saúde, nem queremos ser por que não somos, mas somos profissionais que pensamos num Sistema – sociedade – e podemos dar uma contribuição interessante para área da Saúde.

A questão do PISO que pergunta aqui se vai terminar ou não e se vai ter outro programa.

Olha só. O piso, a meu ver, já nasceu errado, porque ele nasce com uma proposta de que dar bolsa para o profissional trabalhar no interior, não pode ser interiorização. Nós temos que pensar num programa, talvez a idéia do serviço civil obrigatório, essa discussão que eu falei aqui de políticas específicas para regiões longínquas e de baixa densidade populacional que inclui outros profissionais, não somente médicos e enfermeiros. Então, o piso,

eu não sei te informar com presteza do piso. Com certeza, o piso do jeito que está não vai continuar, ele vai ser transformado ...

... não só da privatização, mas também do livre trânsito dos profissionais. Como é que nós vamos fazer? Como é que vai ser a prestação de serviços com a entrada da ALCA? Porque nós sabemos que o NAFTA, por exemplo, não inclui prestação de serviço do ponto de vista de livre trânsito do pessoal, mas venda do sistema. Então, nós somos muito críticos à ALCA e o efeito dela na área da Saúde. Então, esse é um ponto que nesse evento nós vamos estar discutindo, na Mesa Nacional de Negociação estão discutindo e nós estamos bastante preocupados com isso.

Eu para finalizar, eu acho que não importa as poucas pessoas que estão aqui, importa é que as pessoas estão aqui e também as que já foram por alguma razão, que cada sabe porque foi embora. Eu acho que o mais importante que esse momento de uma Conferência e da Conferência Nacional é ficarmos bastante atentos e não perder de vista o momento histórico que nós estamos vivendo. O momento de um Governo comprometido, de pessoas sérias no Governo. No outro Governo também tinham pessoas sérias, eu não estou dizendo que não tinha, mas com um compromisso bastante diferente do anterior e é esse momento que vocês têm que ficar bastante atentos: formular políticas para que nós – Governo Federal – executemos e possamos por em prática. As Conferências, principalmente a VIII Conferência e as Conferências de Saúde, nós usamos sim para nós formularmos o programa nacional de Saúde do Lula. Eu fiz parte do grupo, que formulei, junta com a Natividade, tanta gente aqui, nós formulamos o programa do Governo Lula e utilizamos as

Conferências sim. Nós levamos em consideração o que a população e os usuários.

E por final, até aproveitando aqui um professor da Universidade, eu acho que está passando da hora das universidades da área de Educação tomar como exemplo a Saúde. Nós nos reunimos até tarde; nós debatemos entre os usuários, a população, os trabalhadores e os gestores para que nós tenhamos um plano de trabalho para os anos seguintes, mesmo que parte do programa não seja executado pelos gestores, nós temos uma democracia interna na área da Saúde. E eu acho que a Educação está passando da hora de abrir as portas das universidades, das escolas, nível técnico, nível superior, nível médico e começar a fazer isso: dialogar com a população. Discordo que a universidade tem que ter autonomia para fazer o conhecimento e depois o profissional é que se arrume lá fora, para que ele se adeque ao serviço, nem uma coisa, nem outra. Eu sou da universidade também, eu sou da academia e acho que nós temos sim, como acadêmicos, a obrigação, a responsabilidade num País onde tem 170 milhões de brasileiros e a maioria absoluta nem o nível técnico têm, nós temos sim a obrigação. Os profissionais da área da Saúde, especificamente que eu vou falar aqui, tenham compromisso sim com o serviço, com a população, com a necessidade da população, não é com aquele Governo, com o serviço público ou privado, é com a população. Precisamos de médicos comprometidos com a população, enfermeiros comprometidos com a população, auxiliares e técnicos de enfermagem comprometidos com a população, odontólogos comprometidos com a população. Com esse método tem que está sim atreladas as necessidades da população. Eu acho que a Educação deveria começar a pensar e tomar como exemplo nós – da Saúde – e começar a fazer conferências estaduais, porque eu queria ver os professores,

os reitores, dos gestores, a população, os alunos, todo mundo juntos discutindo, analisando e avaliando as escolas. Eu teria dúvida se as escolas continuariam no nível que está de qualidade e de relação com a população.

SRA. COORDENADORA FIDELARINA TEIXEIRA: Convidados os delegados e usuários que representem os trabalhadores rurais para uma reunião amanhã à 1h30min da tarde ao lado da Sala VIP – Fetraece. E o lançamento Virtual Disquete na pracinha do Térreo, coordenação Paulo Marques.

Agradeço a resistência de todos, a resistência dos componentes da Mesa, inclusive por terem me agüentado controlando o tempo deles esse tempo todo. Obrigada a Comissão Organizadora.

DIA 30 DE OUTUBRO DE 2003

PAINÉIS

SRA. COORDENADORA ANA BEATRIZ: Nós teremos painéis abordando os temas: "Seguridade Social", "Direito à Saúde com Ética", "Justiça e Cidadania", "O Ministério Público como Instrumento de Controle Social", "Ciências, Tecnologia e Inovação na Saúde", "Direito à Saúde no Contexto Internacional".

Para compor a Mesa, convidamos o Coordenador da Palestra, o senhor Mauro Guedes Albuquerque. Ele é usuário pela ADM – Associação de Deficientes Motores do Ceará; convidamos também para compor a Mesa, o senhor José Carvalho de Noronha, que é Professor Adjunto do Departamento de Políticas, Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social, da UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Ele também é pesquisador da FioCruz, Presidente da ABRASCO, ex-conselheiro nacional de Saúde; convidamos ainda para compor a Mesa o senhor Eduardo Britar. Ele é Professor Doutor do Departamento de Filosofia e Teoria Geral do Direito da Faculdade de Direito da USP – Universidade de São Paulo.

Encontra-se aqui no auditório o Dr. Reinaldo Guimarães. Por favor, pode compor a Mesa. Ele é Diretor do Departamento de Ciências e Tecnologia do Ministério de Ciências e Tecnologia; também se encontra no auditório a Dra. Isabel Porto. Ela é Promotora da Saúde Pública do Estado do Ceará

Agora, ouviremos a palavra do senhor Mauro Guedes Albuquerque, que vai presidir a Mesa.

SR. PRESIDENTE MAURO GUEDES ALBUQUERQUE: Bom-dia. Vamos dar início agora essa parte de Painéis, informando aos senhores que o tempo de cada painelista é de 25 minutos, chegando aos 20 minutos a Mesa irá informar que terá mais 5 minutos para concluir o seu trabalho.

Passamos, então, a palavra ao primeiro painelista – Dr. José Carvalho de Noronha.

PAINEL 1 : SEGURIDADE SOCIAL

SR. JOSÉ CARVALHO DE NORONHA: Bom-dia a todos. Eu queria, em primeiro lugar, agradecer ao Conselho Estadual do Ceará a possibilidade de estar aqui com vocês nessa manhã, que é gostosa do Ceará e de Fortaleza, em particular; manifestar minha alegria de ver as Conferências Estaduais prosseguindo para que possamos realizar uma XII Conferência Nacional de Saúde como todo processo de uma nova fase de desenvolvimento do SUS como foi concebida pelo Antônio Sérgio da Silva Arouca essa antecipação dessa XII Conferência. E o Ceará é um Estado que tem sido um papel de protagonismo muito importante em algumas das formulações da política de Saúde brasileira nos últimos anos. Então, para mim, é uma alegria muito grande.

O tema que coube a mim dizer algumas palavras a vocês é um dos dez eixos temáticos da XII Conferência, que trata da "Relação de Saúde e Seguridade Social".

O Conselho Nacional de Saúde quando introduziu a questão da Seguridade Social como um dos eixos temáticos foi num esforço de recuperar toda uma luta, toda uma tradição que havia sido constituída, sobretudo, entre os segmentos organizados da população brasileira no sentido de romper um assistencialismo com caritatismo das políticas públicas destinadas a proteção dos indivíduos em que eles não podem trabalhar, por questão de enfermidades, não podem obter renda por que são portadores de necessidades especiais, por que já atingiram uma idade que tem direito a uma aposentadoria digna e que durante esse período todo possam ter cobertura das suas necessidades e assistência à Saúde.

Essa idéia de Seguridade Social é uma idéia tão antiga quanto as primeiras corporações de ofícios, grupos de trabalhadores, já antes do Brasil mesmo ser descoberto. Quando na Europa corporações de carpinteiros, marceneiros, pedreiros, marçons organizavam cotizações entre seus membros no sentido de, cada um contribuindo um pouquinho, podia ajudar, a facilitar a pagar despesas de um enterro de uma pessoa – auxílio funeral; podia pagar a cobertura da supressão de ganhos durante o período da doença daquela pessoa – auxílio doença; e podia, no caso da morte do trabalhador ativo, do carpinteiro ou pedreiro, garantir algum recurso que pudessem, a viúva e os herdeiros, continuar tendo algum tipo de recurso, que são as pensões. E, ao mesmo tempo, (isso ao longo da história), foi se estendendo também a

concessão de benefícios que essas pessoas, por motivo de doença, pudesse obter algum tipo de assistência. E aí foram se conformando sociedades de amigos, sociedades chamadas sociedades de corporações, que foram organizando sistemas de ajuda mútua para que pudessem: um, os que estão bem, ajudar os que estão doentes ou que já ficaram velhos. A idéia básica, desde a origem, desses mecanismos de ajuda mútua foi: aqueles que podem trabalhar, aqueles que estão bem são solidários com aqueles que estão doentes e montam juntos um esquema de que possam todos obter os benefícios nos momentos de necessidade. Isso é radicalmente diferente da idéia que existiu e ainda existe até hoje de caridade, da idéia de que quem tem dar para quem não tem, de quem tem é assumida uma idéia de generosidade qualquer e doa, faz, presta um serviço de caridade.

Essa idéia de ajuda mútua foi muito forte durante o processo da industrialização, durante a Revolução Industrial. Na Europa, no Século XIX, praticamente se espalhou por todos os países industrializados e chegou ao Brasil nos anos 20 quando os ferroviários começaram a organizar a primeira Caixa de Ferroviários. Mas se entendeu que essas ações de mutualidade não podiam ficar exclusivamente ao sabor das organizações das pessoas. Era preciso que o interesse da sociedade como um todo pudesse ter uma participação na garantia do adequado funcionamento dessas organizações. E assim, em 1923, muitos de vocês já devem ter ouvido falar a chamada Lei Eloi Chaves, que regulamentou, criou a primeira idéia de Caixa de Aposentadoria e Pensão. E ali nessa Caixa de Aposentaria e Pensão, inicialmente para os ferroviários, estava incluída a idéia da prestação de serviços médicos, da prestação de serviços de Saúde.

Eu estou me esticando um pouco nessa introdução para chamar atenção de que desde o nascimento da idéia de seguro social, da forma de ajuda mútua para prestação de serviços, seja de provisão de renda durante as dificuldades laborais, hoje necessidades especiais, assistência médica, a assistência à Saúde sempre esteve presente. A assistência à Saúde não é estranha, em nem um momento, ao serviço daquilo que nós chamamos aqui no Brasil de Previdência Social.

Mas pouco tempo depois, durante o Governo Vargas, nos anos 30, entende-se que essas Caixas eram de tal modo importante que não podiam mais ficar dispersas entre inúmeras Caixas, tinha um papel organizador do Estado. Então, são criados os chamados "Institutos de Aposentadoria e Pensão", aqueles com mais idade devem se lembrar dos IAPs. E o grande marco disso é, em 1933, a criação do IAPM – Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos, que é o primeiro IAP. O que era a idéia disso: o Estado brasileiro, o Ministério do Trabalho à época de Vargas organizando, junto com os trabalhadores, um mecanismo de abrangência nacional para que pudesse dar cobertura previdenciária e de saúde aos marítimos.

Essa coisa evolui. O outro grande ponto que eu gostaria, para efeito das reflexões que farei a seguir, registrar é que depois do surto industrializando no Brasil durante o Governo Juscelino Kubistcheck é gerada uma grande quantidade de empregos industriais e se torna, mais do que evidente, a necessidade de se reorganizar o Sistema de Aposentarias e Pensões. E no ano de 1960, há uma modificação na organização do Ministério: é criado o Ministério do Trabalho e Previdência Social e é aprovado pelo Congresso Nacional, depois de anos e anos a LOPS – Lei Orgânica da Previdência

Social. Sempre com a idéia de que era preciso uma ação, uma proteção, a garantia dos Estados para que aquelas pessoas que tivessem vínculos formais com o mercado de trabalho pudessem ter cobertura para aposentaria e pensões.

Por um outro lado, num outro caminho de natureza diferente, as pessoas portadoras de necessidades especiais, as portadoras com deficiências físicas, mentais, as pessoas extremamente pobres como pertenciam ao mercado de trabalho formal ficavam de fora desse sistema. Então, existiam ações isoladas de organizações de caridade que procuravam suprir. Eram os orfanatos, as Santas Casas de Misericórdias e também, durante o Governo Vargas, em 1942, a esposa de Vargas – Dona Darcy Vargas – cria a LBA – Legião Brasileira de Assistência, que era também um esforço do Governo brasileiro de organizar essa assistência. Mas a Assistência Social sempre foi encarada como uma coisa também dentro do espírito caritativo, não do espírito enquanto ação de Governo.

Ora, essa idéia caritativa, exclusiva da caridade e da benemerência, já havia sido, desde o Século XVII, no início de 1601, na Inglaterra, entendida como insuficiente. A Rainha Elizabeth I, uma rainha da época que provavelmente muito de vocês devem ter ouvido falar do grande teatrólogo – Shakespeare, aprova uma lei dizendo que não adianta ONG, que é preciso o Estado. Só as ONGs não bastam. É preciso um Estado que organize, inclusive. Não que sejam fechadas as ONGs, mas que o Estado seja a instância organizadora, inclusive para as ações de assistência social.

Ora, durante a repressão do período militar, logo no começo do período militar, logo nos primeiros anos, naquele afã racionalizador, na tentativa de

subtrair um grande direito que os trabalhadores adquirem com a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social, que era gestão tripartiti. Os IAPs eram dirigidos, não eram só Conselho de Saúde, eram efetivamente dirigidos com a representação dos trabalhadores, do Governo e dos empresários. O Governo militar acaba essa participação dos trabalhadores na direção dos Institutos de Aposentaria e unifica os Institutos, no ano de 1966, com a criação do INPS, que novamente junta ali as aposentadorias, os auxílios previdenciários e a parte de assistência médica naquilo que depois vai virar o INAMPS.

Durante a redemocratização, no espírito democrático, aquele ânimo da mobilização popular, das lutas das classes trabalhadoras, dos sindicatos, dos movimentos de vizinhança, dos bairros, das comunidades de bases, das academias dos intelectuais críticos, do movimento contra o Regime Militar cria-se um grande movimento que vai desembocar na Constituição de 1988, aquilo que o Ulisses Guimarães chamou de "Constituição Cidadã", que foi resultado desse grande movimento, dessa grande confluência em que o Brasil, em busca da democratização, juntava suas sociais e políticas em busca, não apenas da redemocratização política do País, mas da redemocratização substantiva do País. E na Constituição de 1988 é que é lançada, de uma vez por todas, a idéia de que a proteção social dos indivíduos quando não podem produzir renda e merecem obter algum tipo de cobertura assistencial tem que ser garantida pelo Estado. E então se introduz de uma maneira absolutamente inovadora o conceito, a idéia, na nossa Constituição da Seguridade Social.

A Seguridade Social, para o Brasil, para os brasileiros daquele época envolve um conjunto integrado de iniciativa do Poder Público e da sociedade, juntando os direitos relativos, assegurados os direitos relativos à Saúde, à

Previdência e à Assistência Social. Essa era a idéia central do constituinte de 1988.

E essa Seguridade tem alguns princípios, eu não vou enumerar todos projetados aí, mas que são muito importantes, que depois, quando o Collor de Melo ganha a eleição, vão ser submetidos a um ataque sem trégua: cada um desses itens vai ser submetido a um ataque sem trégua, obrigando às classes populares brasileiras a empreender um verdadeiro movimento de resistência cívica contra os ataques proferidos à Constituição de 1988.

Quais são os itens desses objetivos que estão escritos, não foram tirados da Constituição? É a idéia da universalidade, da cobertura e do atendimento. Ou seja: Saúde, Assistência e Previdência tem que ser um conjunto integrado, tem que atender a todos os brasileiros. Outro item importante é que tem que ter universalidade e equivalência dos benefícios, tanto para as populações urbanas e para as populações rurais. Quem for mais velho se lembra. E ainda hoje nós temos um conjunto importante das populações rurais que não têm ainda cobertura previdenciária.

As três últimas menções da Constituição: a idéia da equidade na forma de participação do custeio, a idéia de que não apenas a folha de salários deve ser uma fonte de financiamento para a Seguridade Social. E, finalmente, que para esta Conferência, eu creio que é muito importante: a idéia do caráter democrático descentralizado da administração com a gestão quadripartiti, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos, ponto que estamos para ver ser cumprido até hoje,

passados 15 anos da Constituição, este item aí da gestão quadripartiti da Seguridade Social está para ser cumprida.

A Constituição de 1988, também como se trazia grande esperança brasileira na redemocratização, estabelece também que esse financiamento da Seguridade Social tem que se dar por uma ação da União, dos Estados e dos Municípios. E não apenas por conta das folhas de salários. É também contribuição social para financiamento da Seguridade Social, isto é, Saúde, Previdência e Assistência Social, não apenas a folha de salários, mas contribuições do empregador e da empresa sobre a receita ou faturamento, sobre o lucro e concurso de prognósticos. Esse item dois da Constituição ainda em vigor diz: *Do trabalhador e dos demais segurados da Previdência Social não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão.* Portando, ainda está na Constituição a idéia de que o aposentado e o pensionista não devem ser taxados. Por isso que eu estou dizendo que é preciso estar alerta àqueles pontos que quis o constituinte de 1988 e que estão sob ataque permanente.

Mas qual é a idéia mais importante aí? É que não é só a folha de salário. Isso vocês vão ver daqui a pouco, quando eu for falar um pouquinho sobre a receita da seguridade social. A receita não é só sobre as pessoas que estão descontando em folha. A parte que o empresário recolhe... cada um de nós quando compra um copo d'água estamos pagando a parte do empresário no copo d'água para a Previdência. Então, todos nós pagamos. Agora as contribuições sobre o lucro, sobre o faturamento são contribuições universais de redistribuição de toda a sociedade. Portanto, a Seguridade Social é universal.

A Constituição define também a seguir, não vou me deter muito nisso, as principais ações, as principais atribuições de cada um dos três segmentos. A Saúde é o tema central da nossa conferência. Como outros palestrantes se dedicarão a ele, eu não vou me reter. Apenas chamo atenção que a Constituição de 1988, e que esta XII Conferência toma: "Saúde, Direito de Todos e Dever do Estado" é essencial e componente integrante da Seguridade Social.

A Constituição define também os demais componentes. O que estão incluídos no ponto de vista da Previdência Social no seu Art. 201 e preste atenção: cobertura dos direitos não apenas da aposentadoria, mas dá proteção à maternidade, aos trabalhadores em situação de desemprego. O Seguro-Desemprego, pagamento dos trabalhadores que foram dispensados é função da Seguridade Social; o Salário-Família, Pensão por Morte.

E, finalmente, o terceiro componente no Art. 203, que a Constituição estabelece quais são os elementos da Assistência Social. E eu grifei ali o segundo independentemente para chamar atenção que essas proteções nesses Incisos de I a V devem se dar independentemente da contribuição, a Seguridade Social direta.

Então, vejam vocês: qual é a idéia que o constituinte de 1988 quis fazer e que nós estamos tentando retomar agora com a XII Conferência Nacional de Saúde? É que nós temos que ter uma política de proteção social integrada. Não é Saúde para um lado, não é a Previdência para o outro e assistência social para o outro e que o conjunto das receitas diversas para a formação desse fundo têm que ser destinadas à Previdência, Saúde e Assistência Social.

O Eduardo Jorge, que muito de vocês conhecem, que é o nosso coordenador da XII Conferência, costuma usar uma imagem que eu gostei muito e uso com freqüência. É o seguinte: nós temos, é verdade que hoje não está tão forte quanto já esteve no passado, um grande poder – o poder das Forças Armadas. O País tem tanques, tem armas. Andam meio combalidas atualmente, mas é um grande poder. O poder maior, que nós assistimos um crescimento desmensurados nos anos 90, o poder financeiro, que está sediado no Ministério da Fazenda. Então, nós temos ar Forças Armadas, os interesses econômicos-financeiros do Ministério da Fazenda e temos a nossa área social completamente dispersa em vários ministérios. Nós não temos uma força. Então, Eduardo Jorge diz assim: nós temos que ... a questão da Seguridade Social não é apenas uma questão simbólica. O orçamento da Seguridade Social, se nos juntarmos os três e as contribuições, a receita que a Constituição destinou especificamente para a Seguridade Social é o maior orçamento da União. Então, temos que juntar essa coisa toda numa força para evitar os ataque e as especulações que o capital financeiro quer jogar pela Saúde.

Vejam só: eu peguei o ano de 2002 para vocês entenderem exatamente o que eu estou falando. Se nós juntarmos ... todo mundo diz: nós estamos aqui num debate que a previdência é deficitária. A Previdência é deficitária porque eles ...

... dos servidores civis da União, que não deveriam estar no bolo, mas vamos deixar no bolo. No ano de 2002, a Seguridade Social foi superavitária

em 30 bilhões. É mentira dizer que há déficit, é mentira. O que há é subtração de recursos da Seguridade Social para quê? Os encargos financeiros da União foram de 124 bilhões que só em juros foram pagos, em 2002, 55 bilhões de reais, mais do que o dobro do orçamento da Saúde, que foi de 24.2 bilhões. E se nós fôssemos cumprir a Emenda original Eduardo Jorge e Valdir Pires, antes da Emenda Constitucional nº 29, a dotação para o Ministério da Saúde em 2002 não tinha que ser de 24 bilhões, tinha que ser de 48 bilhões. Então, esse dinheiro está saindo da aposentadoria e está saindo da Saúde, para quê? Para pagar os juros. Eu não estou nem tirando amortização. E se isso diminuísse a nossa dívida! Mas não, a nossa dívida continua a crescer.

Mas isso já acabou? Não. Vejam só de janeiro a agosto de 2003. O Ministério da Saúde, de janeiro a agosto, gastou 15.7 bilhões e todo mundo sabe a dificuldade que os nossos serviços estão passando, que os profissionais de Saúde estão passando, pela remuneração, tanto os profissionais do setor público quanto os profissionais do setor contratados pelas Santas Casas e pelos hospitais privados e a população que tem que enfrentar fila.

Função Saúde – 15 bilhões; despesa com juros, em 2003, 36.6 bilhões. Então, nós estamos tendo uma sangria de recursos da política social para pagar a especulação financeira.

Eu listei aí os grandes golpes que foram sendo dados sucessivamente na Seguridade Social. O primeiro grande golpe foi quando Antônio Brito foi Ministro da Previdência, não sei se vocês se lembram, no Governo Itamar Franco. Ele subtraiu, não deu mais dinheiro para Saúde. Foi a primeira quebra na Seguridade Social. E a segunda quebra, não vou entrar nas outra foi a idéia

que tinha que tirar parte do dinheiro da Seguridade Social par pagar juros como um nome ridículo de Fundo Social de Emergência. O nome que o Fernando Henrique Cardoso deu a esse fundo – Fundo Social de Emergência para pagar bancos, e hoje se chama de Desvinculação de Receita da União, que eles querem impor na Reforma Tributária a Estados e Municípios que o movimento da Saúde resistiu, não passou, mas a Reforma ainda não foi aprovada e todo cuidado é pouco.

Existem várias dificuldades colocadas pela própria mudança e evolução da sociedade brasileira. Mas o que eu queria chamar atenção: sem desenvolvimento e sem formalização do mercado de trabalho, sem vínculos formais de trabalho, eu não consigo resolver sem crescimento econômico, sem desenvolvimento econômico e sem acabar com a informalidade do mercado de trabalho e eu resolvo o problema da Seguridade Social.

Quais são os desafios para reconstrução? O primeiro é a recomposição do Orçamento da Seguridade Social e o aumento da parcela da Saúde para dobrar. Se nós recompusermos o orçamento da Saúde nós podemos dobrar o orçamento da Saúde; segundo, estruturar os conselhos que estão previstos na Constituição com participação de gestão direta de gestão direta, com poder do trabalho sobre a Seguridade Social – poder efetivo; terceiro, integrar programática e administrativamente os componentes de Saúde e Assistência Social. Há quem proponha até a criação, como Eduardo Jorge e eu também, do Ministério da Seguridade Social para termos uma trincheira forte, com recursos para garantir proteção social aos brasileiros. Mas, sobretudo, é preciso que o Brasil reencontre o caminho do desenvolvimento, do emprego para que possamos ter uma política social, uma Seguridade Social forte, uma

Saúde integrada com os componentes de assistência e Previdência Social. Obrigado.

SR. COORDENADOR MAURO GUEDES DE ALBUQUERQUE: Queremos parabenizar o Professor José Carvalho pela brilhante exposição e convidar a nossa colega no CESAU, conselheira também pelos usuários Dra. Socorro Gonçalves.

Nós temos agora, pedindo permissão à Mesa, um informe e queria saber se vocês permitem que o Dr. Moacir faça esse informe a vocês ou se continuamos com os painéis.

Professor Moacir, Secretário Geral.

SR. MOACIR: Desculpe aos palestrantes principalmente, mas como os palestrantes têm vivência democrática vão compreender.

Eu queria fazer uma consulta à Plenária. Eu sou o responsável pela Secretaria Geral desta Conferência e ontem a Plenária deliberou, como vocês recordam, que o credenciamento seria até as 16h e depois de 16h às 17h substituição dos titulares pelos suplentes, assim foi procedido. Nós estamos com alguns problemas pontuais: especificamente, Flexeira teve problema e a delegação chegou agora e Nova Olinda, que não tomou conhecimento, segundo me foi informado pelos delegados que chegaram do poder público local da realização dessa Conferência com essa data. Então, a consulta à Plenária é, vou dizer alguns números primeiro: queria que isso fosse feito de uma forma tranqüila para não atrapalharmos o painel: nós estamos, nesse

momento, com algo em torno de 1.450 delegados dos 1.816 previstos para participação. Nós temos participantes de uma forma geral com convidados e observadores 1.950, ou seja, convidados e observadores nós não temos nem uma vaga para credenciamento, por uma questão simples e operacional: acabaram-se os crachás, que era a quantidade reservada no percentual geral dos delegados, visto que a Conferência prioriza delegados de uma forma bem clara. A pergunta a plenária é: se eu tenho autorização da plenária para credenciar delegados, apenas delegados, até as 10h30min, ou seja, prorrogo por mais uma hora ou se fica mantida a decisão de ontem, de não fazermos mais credenciamento de delegados. Explicitei os problemas que aconteceram em Nova Olinda e em Flexeira e queria a argüição dessa plenária de uma forma muito tranqüila. As pessoas que são favoráveis a que eu abra o credenciamento por favor se manifeste levantando seu crachá; as pessoas que são contrárias a abertura desse credenciamento. Foi claro por contraste aqui a Mesa: o credenciamento para delegados está aberto ate às 10h30min, somente hoje e encerrarei. Muito obrigado.

SR. COORDENADOR MAURO GUEDES ALBUQUERQUE: Queremos informar a presença do nosso Secretário de Saúde – Dr. Jurandir Frutuoso – no nosso plenário e passamos palavra ao Dr. Eduardo Bittar.

PAINEL 2: DIREITO Á SAÚDE COM ÉTICA, JUSTIÇA E CIDADANIA

SR. EDUARDO BITTA: Bom-dia a todos. Gostaria de agradecer o convite que me foi formulado para participar da IV Conferência Estadual de Saúde.

O tema que foi atribuído “Direito à Saúde com Ética, Justiça e Cidadania” é um tema suficientemente vasto para que perplexidade reflexiva nos coloque em sintonia com algumas problemáticas que estão enraizadamente colocadas no plano jurídico e social. Portanto, eu pretendo me desvencilhar desse tema tratando da correlação entre direitos humanos, dignidade da pessoa humana e Saúde.

Parto do texto da Constituição para, então, mergulhar na dinâmica das relações sociais e então propor algum questionamento filosófico reflexivo. Mas antes de iniciar eu pretendo fazer uma advertência, aliás não sou eu quem faço, mas sim o Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde Adverte: pensar pode causar sérios transtornos mentais e psíquicos. O Ministério da Saúde adverte que pensar, no Brasil, é prejudicial à Saúde. E nós vamos ver um pouco porquê.

Ora, tratar a dignidade da pessoa humana é tratar de uma expressão vaga, polissêmica, ambígua e cujo valor semântico é tão amplo que abarca tudo e, ao mesmo tempo, nada. A expressão “dignidade da pessoa humana”, que consta do texto da Constituição Federal de 1988 abre alas, abre portas do ordenamento jurídico nacional. É o Art. 1º, Inciso III do texto constitucional de 1988. É considerado um dos fundamentos da República Federativa do Brasil. Ora, o que significa essa localização, essa topografia do Princípio da Dignidade no texto da Constituição? Significa que ela é o vetor semântico dos modos de compreensão da nossa ordem social, política e jurídica. Significa que a expressão “dignidade da pessoa humana” é o fim de todas as ações

políticas e jurídicas que orientam a formação do Estado Brasileiro, é a suma ideológica, é a matriz principiológica de todos os capítulos da ordem constitucional. Então, se eu for interpretar uma lei previdenciária será a luz do princípio da dignidade; se eu for interpretar as relações de consumo é a luz do princípio da dignidade; se eu for olhar a ordem social, a distribuição de justiça social é a luz do princípio da dignidade e não do princípio da livre iniciativa econômica ou então sob a luz do princípio da tirania do mercado ou do capital. É o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana o vetor de constituição do espaço da cidadania, dentro da própria intenção do legislador constituinte de 1988.

Ora, tratar da questão da projeção da dignidade da pessoa humana no capítulo das relações de Saúde é entrar no universo da ordem social na Constituição. É o Título VII, Capítulo II, Seção II – Da Saúde na Constituição Federal de 1988.

A questão da Saúde vem tratada como uma espécie de modo de busca da dignidade, modo de tratamento da pessoa humana: um esteio, um veículo, um instrumento para a realização de políticas públicas que visem dotar a pessoa humana da dignidade, que o legislador constituinte desejou atribuir a cada um dos cidadãos brasileiros.

O tema da Saúde vem ao lado do tema da Seguridade Social, que também é um tema da ordem social; ao lado do tema da assistência social, que também é um tema da ordem social; da Educação, do Meio Ambiente e tantas outras questões que nós consideramos essenciais como capítulos de Constituição no espaço social. Se nós não considerássemos um cinismo do

legislador de 1988, o Art. 196, como já citado anteriormente, diz que *a Saúde é direito de todos e dever do Estado.* Os Art. 198 e 200 atribuem ao serviço público de Saúde a competência para atribuir este direito e dever aos cidadãos e o Art. 199, atribui esse serviço de Saúde, por delegação, a iniciativa privada. Ora, é exatamente nesse momento que os grandes problemas que avassalam a Saúde começam a aparecer, porque o direito à Saúde é um direito muito peculiar. Ele veio tratado na Constituição como um direito de ordem social, mas é um direito de ordem social que afeta um direito fundamental da pessoa humana, tal como tratado no Art. 5º da Constituição Federal de 1988. Então, se há uma coisa que é essencial para a subsistência, a sobrevivência e a existência da cidadania, este é algo fundamental que nós chamamos de um direito humano, que é aquilo sem o que não há humanidade. Pensar no direito à vida é pensar na sobrevivência do ser humano. É um direito essencial da pessoa humana constante do Art. 5º. Sem Saúde não há vida, portanto sem um direito social não há como fruir, não há como aproveitar, não há como gozar, não há como se utilizar um direito essencial na ordem das liberdades fundamentais da pessoa humana. Portanto, o não-atendimento das demandas sociais, por Saúde, produz prejuízos diretos a direitos fundamentais e individuais da pessoa humana, como é o caso do direito elementar, como é o caso do direito à vida. Sem o direito à vida não há direito à expressão, à publicação, a transporte, a ir e vir. Sem o direito à vida não há nada. Portanto, o requisito fundamental para a sobrevivência humana não tem sido atendido sequer na ordem social, sequer na ordem individual. Ora, o não-tratamento adequado, a inefetividade, a inexistência, a não-aplicação dos direitos sociais e individuais constantes da Constituição impedem, pela via do desrespeito, a fruição de bens essenciais à condição humana, para usar uma expressão tipicamente do pensamento de Hanna Art, violando, portanto, a própria idéia

de personalidade humana, o que nos demonstrar que isto leva à afetação direta do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana. As políticas públicas devem respeitar e proteger integralmente a personalidade humana. É isso que significa o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, abrindo o primeiro dos capítulos da Constituição Federal de 1988.

Então, o tema da violação a direitos humanos basicamente passa pelo desrespeito à viabilização das formas de expressão da personalidade humana inserida em contextos sociais. Quando falo em personalidade humana, estou falando em corpo e espírito, sem querer, com isso, atribuir qualquer essencialidade metafíco-espiritual a essa relação. Desde o corpo: direito à vida, direito ao corpo, direito à imagem, direito de livre circulação, direito de pensar, de se expressar. Direitos atribuídos ao espírito: direito à honra, às criações intelectuais, direito à circulação livre das idéias, dos cultos, das formas de expressão. Se os direitos atinentes às relações físicas da humanidade e os direitos atinentes às relações psíquicas e intelectuais da humanidade não forem respeitados não há como a personalidade humana se realizar em sociedade, portanto não está atendido o critério da dignidade da pessoa humana toda vez que se viola um direito fundamental da pessoa humana. Em síntese, está havendo uma pauperização da condição humana em sentido prejudicial dos modos pelos quais a própria sociedade pode se construir a si mesma.

É nesse momento que a interface do tema esbarra na questão das exclusões sociais. O que é produzir exclusão e, portanto, deixar de inserir eticamente na cidadania? É enjeitar, é marginalizar, é alhear, é desprezar, é apartar dos benefícios sociais, é impedir o acesso, é limitar a fruição, é rejeitar

a participação, é afastar do partilhar do fruto coletivo daquilo que construímos através dos nossos esforços, dos esforços que são criados nos nossos trabalhos, dos benefícios que poderíamos gerar para nossas famílias e são levados para construir um fundo, que nunca tem fundo dos recursos públicos orçamentários.

Ora, o que está havendo quando há exclusão é exatamente a reificação da pessoa humana, a coisificação da idéia de dignidade, a transformação do ser humano numa mercadoria coisificada e, portanto, transplantada para o universo dos objetos e não mais dos sujeitos, especialmente numa sociedade que Claude Levish trouxe porfiou por intitular como uma sociedade bulímica, que é aquela que te atrai, que traz você para perto, que propagandeia, que promete, mas ao mesmo tempo em que você foi engolido pelo sistema, foi deglutido pela dinâmica e pela lógica da sociedade capitalista, você é, por ela, imediatamente enjeitado, desfigurado, não-aceito. Para usar uma expressão vulgar: vomitado do sistema. Se você não participa das relações de troca dentro de uma sociedade de capitais você está excluído da participação dos benefícios sociais e, portanto, o seu direito de participar da cidadania lhe é negado, apesar de garantido como um direito fundamental da pessoa humana em nível constitucional, o que define as relações sociais não são os discursos do legislador constitucional, mas sim a efetividade das relações econômicas que comandam as relações históricas e as dinâmicas de distribuição de justiça social entre as pessoas. Para ter um pouco mais de sensibilidade com relação a esses problemas, IBGE afirma: em 1960, nós temos um índice de 13.5 pontos percentuais de diferença entre os 10% mais ricos e os 40% mais pobres. Esse é um índice que mede desigualdade. Esse mesmo índice de 1960, traduzido em 2000, pulou de 13.5 para 21.2, praticamente dobramos o índice de

desigualdade em menos de 40 anos de história brasileira. Uma história na qual se afirmou uma política neoliberal, história na qual a globalização se acentuou, história na qual a democratização foi feita, conseguimos conquistar a Constituição, mas ainda não conseguimos desistoricizar as relações de manipulação de manipulação, que afastam a nossa população de um direito essencial como é o caso do direito à Saúde. A nossa tarefa, portanto, não é mais uma tarefa de pleitear ou de buscar a realização de discursos constitucionais que nos iludam ideologicamente com promessas políticas impassíveis de serem efetivadas. Nós temos que postular sim a efetivação dos direitos fundamentais da pessoa humana, no que tange as relações mais ínfimas, mais comezinhas, mais caseiras e mais elementares de garantia à condição humana.

O que a sociedade de capital produz quando produz a desigualdade social registrada com esses índices? Produz os impuros do sistema, produz os dejetos do sistema. E quem são os dejetos do sistema? Famintos, doentes, idosos, abandonados, órfãos, doentes mentais, presidiários, condenados, deficientes, desajustados, minorias sexuais e éticas discriminadas. Quantas são essas pessoas de quem eu estou falando? No mundo, por índices da Unesco de 1998, dois bilhões de pessoas vivendo no limiar entre vida e morte. Portanto, abaixo da noção de dignidade que é atribuída como mínima condição para que haja a realização da personalidade humana em convívio social. É ou não é um mundo marcado pela idéia de bulimia pura, pela idéia da autofagia do que fazemos conosco mesmo a partir dos próprios princípios.

Uma sociedade de capitais é uma sociedade que produz exclusões por que impede a participação em benefícios sociais àqueles que não são capazes

de trocar, no mercado de capitais, com igualdade de forças econômicas dos demais agentes sociais. Cada um vale hoje, não por ser pessoa humana, não por ser detentor de um direito fundamental constante da Constituição, mas cada um hoje vale, em sociedade, pelo que produz e enquanto produz. Porque se não produz está fora da sociedade, não vai fruir de benefício social, porque viver no limite de 250 reais para pagar um plano de saúde que custa 750 reais ao final do mês é pedir demais ao cidadão brasileiro. É pedir que estejamos todos a baixo da condição da dignidade da pessoa humana e que, portanto, estejamos distantes de um princípio que é considerado elementar e fundante na constituição do texto constitucional. Estou falando só do Art. 1º, Inciso III, eu não avancei para falar de artigos mais adiante, porque se eu for avançar, então nós teremos que realmente considerar que pensar causa distúrbios psíquicos e mentais numa realidade marcada por tantas exclusões sociais como é a nossa sociedade marginalizada.

No mundo da tirania do mercado, dos planos de saúde, dos interesses da classe médica, das grandes associações que comandam o mercado da Medicina cada um vale pelo que consome tenha saúde na medida em que paga. Vai dizer Fuquor, em 1970, sobre a justiça na França: “só tem justiça na França quem paga por justiça”. Vamos dizer em 2003, no Brasil: só tem saúde no Brasil, quem paga por saúde. Então, a pessoa humana não está sendo tratada como pessoa humana, ela está sendo tratada pelo que é capaz de trocar como coisa, dentro de relações reificadas numa sociedade marcada pela tirania do mercado. E é esse mesmo mercado que, pelas suas forças econômicas, comanda as relações éticas, o individualismo relacional contemporâneo, a política, a servilização da economia brasileira aos capitais, a dominância das relações internacionais via política financeira George Bush, entre outras

questões que avassalam as nossas perplexidades filosóficas, digamos, pós-modernas. O que temos então? Um conflito profundo entre duas dimensões: a dimensão do texto constitucional, refinado, sublime, de um discurso que fala de dignidade, que fala de princípios e fala de eticidade, quando, na verdade, nós temos que conviver a condição humana com o desconforto de uma realidade social, dividida, desigual, excludente e desumana, profundamente desumana na medida em que coisifica o outro, medindo ele pela capacidade de ser pagante e de ser contribuinte e não pela capacidade de integrar-se ao meio social.

A Constituição Federal de 1988 é um texto cidadão sem dúvida em seu discurso, mas o texto cidadão que ainda não transformou a cidadania numa realidade social. Mas ele é portador em si da matriz de uma grande revolução sócio-cultural e essa revolução está por ser cumprida nas mãos de cada um de nós. O texto constitucional não carece ser reformado; o texto constitucional não precisa de uma revisão, de um plebiscito, de uma emenda, não precisa de nada. Os juristas dizem: o texto constitucional é suficientemente largo, utiliza expressões suficientemente amplas. Dignidade da pessoa humana é um exemplo para ser toda capaz de dar conta da satisfação da plenitude dos benefícios sociais, se for, um dia, plena ou parcialmente aplicada na prática. O problema do texto constitucional não é o seu discurso, não é a sua ambigüidade, não é a sua ideologia, não é o seu princípio, não são os seus artigos ou a sua forma de ser jurídica. O problema do texto constitucional de 1988 é a falta da sua efetividade, da sua operacionalidade, de sua institucionalização. Especialmente essa questão se põe num contexto, num momento histórico de profundas transformações sociais e crises que afetam o modo pelo qual a sociedade gerencia os próprios problemas. Estamos falando

de um momento em que há a profunda atomização dos agentes sociais. Nós estamos completamente desarticulados, isso já foi constatado nessa manhã, num momento em que há um profundo recrudescimento do Estado em nome da tirania do mercado. Deixe que o regula e nós só ficamos com as agências reguladoras controlando a força econômica que comanda as relações sociais; no momento em que há um pleno esvaziamento da capacidade de gerenciar a ordem social. Essas questões se põem, sobretudo, no momento de materialização das relações humanas, decréscimo da qualidade do serviço público, ascensão das forças privadas capitalistas. Falo das fusões, das aglomerações, das multinacionais, das associações que se promovem para fins capitalísticos e de dominação integral do sistema; perda do simbolismo social das leis: falar de lei, falar de Constituição hoje é falar de coisas que as pessoas não acreditam mais, porque o discurso político e econômico não dá suporte ao discurso jurídico. Falar essas coisas é falar do descrédito das instituições políticas e participativas numa realidade qual a realidade brasileira contemporânea; tematizar cidadania e colocar essa questão diante da questão da saúde é falar de cidadania no sentido filosófico e social que nós queremos. não queremos o sentido político ou jurídico do tema cidadania. Sentido filosófico significa que devemos buscar pela cidadania a expressão da possibilidade de, sob o manto do Estado, mediante as forças sociais nacionais, do povo brasileiro real titular do direito à saúde, à vida, à efetividade dos direitos humanos, o titular real da soberania da Constituição Federal de 1988, sob a possibilidade de, instrumentado ...

... pela virtude dos direitos humanos transformados em realidade, na condição de cada um dos cidadãos brasileiros. Isso é cidadania, porque falar

do resto é falar de letra morta. Mas falar de cidadania é falar uma questão profundamente complicada do ponto de vista social. Se filosofica e sociologicamente nós sabemos o que devemos procurar, até como devemos fazer para chegar lá, o problema é que nós nos deparamos com uma realidade profundamente contraditória e historicamente marcada por princípios burgueses, por uma historiografia rural latifundiária, pela concentração, no Estado Brasileiro, de forças políticas castradoras das iniciativas da sociedade civil. Tudo isso gerou, historicamente, na realidade dois terços da população em condições muito aquém do que é o princípio da dignidade humana. Nós sabemos disso.

Reafirmar que nós tratamos os nossos presos como tratamos os 111 do Carandiru. É um enjeitado? Manda fuzilar! É mais fácil, mais rápido, não dá custo! Não se traduz em custo para o orçamento do Estado. Como é que nós estamos tratando o outro? A favelização dos centros urbanos como aqui em Fortaleza demonstra como nós estamos tratando o outro, imagine no plano da Saúde. A saúde é um requinte na realidade brasileira. Porque é um direito vital a ter o básico acesso a condições mínimas de serviços não são dados. Pessoas têm dificuldades em tirar um RG! Quiçá saber onde procurar assistência em saúde! Então, pensar nesses problemas é pensar o quanto aviltado estar o princípio da dignidade da pessoa humana, que é só o princípio que inaugura o texto constitucional de 1988.

Falar do problema da cidadania é também tocar numa outra ferida: a ferida da ausência dos negros nas universidades, da não-acessibilidade das pessoas a condições mínimas de tratamento quando têm que enfrentar filas de

200, 300 pessoas, quando não são milhares de pessoas para receber um órgão, um tratamento vital.

Falar dos escândalos da Sudene é falar do quanto a política que hoje marca as relações sociais e políticas brasileiras e impedem a distribuição de recurso para a fruição de direitos fundamentais da pessoa humana. O que é necessário? É necessária uma participação das forças sociais na implementação das diretrizes nacionais. Nós também somos culpados na medida em que estamos ausentes dos debates públicos que marcam a divisão dos benefícios sociais. Vamos tratar com *mea culpa* essa questão. Vamos verificar que Paulo Freire já dizia que a revolução vem pela escola, vem pela educação; temos que lembrar de Paulo Freire; temos que lembrar que nós somos oprimidos quando não temos acesso à cultura, que nos permite postularmos por uma política pública de saúde condizente com o princípio da dignidade da pessoa humana. Negaram-nos acesso à educação e é por isso que hoje nós não temos saúde e é isso que a elite quer: a nossa plena alienação das realidades que transformam o mundo social, político e jurídico no Brasil. Lembrar de Paulo Freire é fazer um tributo à cidadania. Esse é que é o tema do qual me ocupo nesse momento.

E digo que já foi encerrar. A preocupação do Presidente da Mesa é intensa. E encerro dizendo que se nós não tomarmos conta da realidade brasileira, alguém o fará em nosso nome. Se não são as forças dos nossos sindicatos, dos servidores públicos, do terceiro setor, a pressão que as ONGs são capazes de fazer, as associações civis, as agências nacionais, os políticos não interesseiros, porque existem, nós temos que achar, mas existem. É a partir da pressão das forças sociais que nós podermos dizer que estaremos

tomando posse da determinação dos modos pelos quais se exercerão os destinos da coisa pública no Brasil. Com vistas ao quê? Com vistas ao atendimento dos grandes valores que orientam a tessitura da Constituição Federal de 1988. Nós não precisamos mudar nem o tecelão, nem o tecido, basta nós transformarmos esse tecido numa malha suficientemente forte para suportar as aflições do nosso, sofrido, mas lutador povo brasileiro.

Dizer isso é retomar uma importante fala de Hipócrates, que foi pai da Medicina na Grécia antiga que dizia, através do termo crise e nós estamos em crise. *Crinem*, do grego significa estado de manifestação da doença, momento em que aparecem os sintomas da doença no corpo, o momento de crise é o momento melhor para percebermos o que está acontecendo com o paciente. Como trata-lo parte de um diagnóstico de constatação. Qual é o problema? O paciente não precisa nem revelar o problema. A sociedade brasileira está me revelando o problema. Ela está em crise sim. Ela está doente. Nós temos que agir como médicos postulando para que a transformação da realidade brasileira seja suficiente para transformar o princípio de dignidade da pessoa humana em um princípio, se juridicamente abstrato, semanticamente vago, socialmente efetivo na realidade de cada um de nós. E isso depende da integração das nossas forças sociais na luta pelas questões sociais, na participação política, na formação de um Estado mais forte, capaz de dar conta das grandes necessidades mínimas para efetivação da condição em solo brasileiro. Se havia alguma preocupação filosófica a externar nessa manhã, essas são as palavras possíveis para retratar as minhas aflições sobre o tema. Obrigado.

SR. COORDENADOR MAURO GUEDES ALBUQUERQUE: Antes de passar a palavra a Dra. Isabel, próxima painelista, nós temos dois avisos.

Os interessados em anemia falciforme permaneça no auditório após os painéis.

Os terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas às 11h30min numa reunião em frente a Sala VIP.

Com a palavra Dra. Isabel.

PAINEL 3: O MINISTÉRIO PÚBLICO COMO INSTRUMENTO DO CONTROLE SOCIAL

SRA. ISABEL PORTO: Bom-dia a todos. Gostaria, em primeira mão, cumprimentar e parabenizar a todos nós que estamos aqui nesta Conferência como mais uma etapa, que nos acompanha desde as pré-conferências municipais e conferências municipais. E gostaria de agradecer, em primeiro lugar, a coordenação dos trabalhos por me colocar numa mesa tão digna, que tem um posicionamento ético, formal e de toda inteireza daquilo que se fala tanto, que é cidadania, de dignidade humana e que nos parece tão distante. Mas gostaria também de cumprimentar na pessoa do Presidente dessa Conferência o Dr. Jurandir Frutuoso e da sua coordenação o exemplo de

inclusão social que nos foi dado na abertura dessa Conferência, que foi exatamente aquele balé maravilhoso que nós tivemos aqui. Aquilo era para ser uma coisa natural para nós, mas nos emociona por que são exemplos pontuais. Mas acredito que a partir daí nós possamos exercitar a tão decantada inclusão social.

Outro ponto que eu gostaria, como preliminar do meu tema, de parabenizar esta Plenária pelo exercício de cidadania que nós tivemos ao administrar questões que estavam inquietando alguns, questões de ordem de toda a assimilação do processo de Conferências e nós soubemos, através desta Plenária, resolve-los. Então os parabenizo pelas deliberações indiscutivelmente, sem levar em conta, aquilo que foi deliberado. Mas, sobretudo, à maneira comportamental como foram tratadas todas as questões.

E aqui vem a questão do "Controle Social do Ministério Público". É de conhecimento de todos e já foi falado por todos, desde a sua abertura a questão do controle social, da importância do controle social na área de Saúde e é por isso que nós somos especiais. Nós temos uma área especial que foi colocada pelo legislador como de relevância pública. E esse mesmo legislador incumbiu o Ministério Público de tratar da questão da relevância, trazer para si o zelo pelas ações, pelos serviços de saúde como um processo. Dentro da questão foi colocada a Saúde da relevância pública.

Então, o Ministério Público na nossa Constituição Federal, o Art. 127 delimita todo o seu papel. Como uma instituição que está para zelar pelos direitos da sua coletividade, pelos direitos da sua sociedade. E aqui não vamos entrar na questão de discutir que tipos de direitos. O Ministério Público, na

verdade, serve de palco para todos e quaisquer questionamentos e isso nós utilizado aqui no Estado do Ceará através da Promotoria de Justiça e Defesa da Saúde Pública.

Então, a cidadania, na verdade, começa na Saúde no sentido de que as ações e os serviços de Saúde não foram postos em nome da caridade, não foram postos como uma dádiva da administração pública, como uma dádiva do poder público. Mas sim é um direito do cidadão e uma obrigação jurídica do poder público dar todos aqueles elementos e aquelas necessidades, suprir as necessidades dos seus cidadãos.

E aqui nós vamos ficar falando só da questão de saúde, porque como bem o professor colocou todas as angústias da dignidade humanas que estão afetas também às questões, às ações, aos serviços e às necessidades de saúde. E aqui não podemos falar só no caso do doente: temos que tratar também a questão de um modelo do Sistema Único de Saúde em que nós temos que inserir nesses modelos os seus profissionais de Saúde também. E uma coisa que nós temos que entender, decantar e cobrar: nada do que é posto pelo poder público, não foi pré-pago. Foi pré-pago sim. Todos os serviços, todas as ações foram colocadas à disposição dos cidadãos neste País e foram através nossas contribuições tributárias. Então, não existe dádiva, existe obrigação. Obrigação jurídica, que é essa que nós estamos exercitando sempre e, principalmente, a Saúde que tem o privilégio de discutir, de demandar, de deliberar e de apresentar a busca desse processo de concretização do sistema. É muito difícil quando nós temos um Sistema Único de Saúde, maravilhoso, decantado por todas as formas da Lei Orgânica da Saúde, da Lei nº 8.142, que trouxe exatamente para esse plano as discussões de saúde e, na verdade, nós

temos um sistema que não permite que ele se plenariza, não apenas por conta das questões financeiras. Mas pelas questões de mal-aplicação de recursos, pelas questões de desvios que aqui nós não vamos trabalhar objetiva e pontualmente cada uma delas. Mas, sobretudo, porque hoje o sistema, e o que eu vejo na Promotoria, é exatamente: isso não é coberto pelo Ministério da Saúde; isso eu não posso fazer por que o Ministério da Saúde não determina. Então, como é que se decantam princípios, não só decantar, porque estão incluídos constitucionalmente e a Saúde, na verdade, é trabalhada através de portarias do Ministério da Saúde que não nos ouve ou se ouve faz de conta que não existimos, porque ele, através dos seus protocolos, quer inclusive que o Ministério Público, a Magistratura trabalhe o direito do cidadão dentro daqueles protocolos. E isto é impossível de se trabalhar. Impossível de se trabalhar quando nós temos um comando normativo maior que não apresenta nem uma excepcionalidade, que apresenta um conteúdo programático de uma obrigação jurídica integral, sem traçar nem um meandro de excepcionalidade.

É claro que tem que ter organização. Nós sabemos de tudo isso. Mas temos que ter a coragem de discutir e isso já tem sido levado ao Ministério Público dos outros Estados: a questão das Portarias Ministeriais. Hoje em dia se trabalha um Sistema de Saúde, e não é só na Saúde Pública é na Saúde Privada em que a Medicina em que a assistência social, a enfermagem, a psicologia têm que se submeter àquilo que os planos de saúde oferecem. Hoje o doente não tem o direito a ser tratado como deveria ser tratada a sua saúde, a sua situação, mas sim dentro de cada plano de saúde. E isso nós não podemos, nós temos que tentar, nós temos que procurar mudar essa realidade. E a cidadania também progrediu no sentido de que se verifica, hoje, esse fórum de debate. Nós estivemos nas etapas municipais, nós estaremos nessa aqui, como

estamos deliberando questionamentos, deliberando posições e tirando aqui, não importa quais são os municípios que irão comparecer a Conferência Nacional. O que importa é o que esses representantes vão levar de necessidades e de busca de satisfação para o nosso Estado.

Então, uma coisa que eu tentei trazer para esta Conferência, até diferentemente dos discursos que eu já tenho dito, que todo mundo tem acompanhado, mas foi um dado histórico relativo à X Conferência Nacional de Saúde, que o Ministério Público foi colocado em xeque na X Conferência Nacional de Saúde e dessa X Conferência em que se pontuaram ações necessárias e exigindo inclusive o cumprimento da Constituição no que diz respeito ao Ministério Público, que houve a exigência de que o Ministério Público trabalhasse as questões de saúde de uma forma especial, cumprindo a determinação da relevância pública. E aí o Ministério Público, através do Colégio Nacional de Procuradores Federais, tornou público esse seu compromisso e editou, em 1998, a Carta de Palmas, onde nessa Carta de Palmas existe um compromisso formal de todos os procuradores gerais em dar cumprimento ao que foi pronunciado no relatório final da X Conferência Nacional de Saúde.

E dentre as considerações que foram passadas, eu cataloguei-as aqui a título só de informações. Direito Social de grande relevância social: *direito de todos e dever do Estado; ser de relevância pública as ações de serviço de saúde; função do Ministério Público: zelar pelos serviços de relevância pública; ação de serviço de saúde deve ser universal e igualitária; SUS tem como suas diretrizes: centralização, atendimento integral e participação da comunidade; a implantação do Sistema exige, para atendimento de suas*

diretrizes, o cumprimento da Lei Orgânica da Saúde. E dentro do cumprimento, não só da Lei Orgânica, mas da Lei nº 8.142 vem: *a existência e funcionamento dos Conselhos de Saúde.* Isso preocupação da Carta de Palmas. *Existência e cumprimento dos planos de saúde; convocação e respeito a autoridade das Conferências de Saúde; instalação e funcionamento do Sistema de Informações da Saúde; Graves e inúmeros problemas que foram suscitados em todo País, que todos nós temos, infelizmente, convivido com isso. com a insuficiência dos recursos; o desvio ou aplicação irregular desses recursos dentre outras inúmeras ilegalidades; na condição de fiscal da lei, que trouxe também a questão do Ministério Público: incumbe ao Ministério Público exatamente exigir que norma legal seja concretizada por parte do Poder Público na implementação efetiva do Sistema; instituiu uma Comissão Permanente de Saúde dentro desse Conselho.* E essa Comissão Permanente fez algumas ponderações, algumas pontuações e algumas recomendações.

E dentre aquilo que foi tirado da X Conferência, (estou tratando da X Conferência, que foi de 1998), então foi de exigir que o Ministério Público montasse as suas promotorias especializadas para tratar da Saúde. Demorou, mas felizmente o Estado do Ceará, o ano passado, conseguiu editar a lei, criou a Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública.

Então, nesse tocante nós tivemos um avanço fundamental, porque o que se levou ao Colégio de Procuradores desse Estado? Exatamente que teria que ter uma promotoria criada por lei, para que também não ocorresse o processo de influência dentro da própria instituição de ficar aquele promotor sendo designado ao talante do nosso chefe maior da instituição. E isso foi um

exemplo supremo de independência funcional do Ministério Público e gostaria de lembrar sempre: o Ministério Público não está inserido em nem um dos Poderes. O Ministério Público tem a sua autonomia. O Ministério Público deve satisfação apenas a sociedade. Então nesse processo fomos felizes em que hoje nós temos a Promotoria de Saúde e que o seu titular tem absoluta independência para tratar das questões de qualquer que seja a natureza de seus problemas, de qualquer que seja o partido político que esteja no Governo não nos interessa. O nosso partido, e eu sou muito feliz em ser titular dessa promotoria, é a nossa sociedade.

Nós temos problemas no Estado, no Município e já é tratado dentro do Ministério Público. Quer dizer aqui, hoje em dia, no momento singular que a primeira vez que o Ministério Público formalmente está participando da Conferência Estadual de Saúde, o momento singular não é só para o Ministério Público, é para a Saúde e é para a sociedade. Porque nós precisamos dessa interação. Nós não estamos querendo trabalhar a Saúde apenas no sentido de seguir os seus maus gestores. Sabemos todos que administração pública se submete a princípios constitucionais não se pode ouvidar o seu cumprimento, mas, na verdade, o papel do Ministério Público é ainda maior no sentido de procurar atrair novos partícipes, até pela dificuldade de se operacionar um sistema tão complexo e, sobretudo, trabalhar junto da sociedade. Nós não queremos mais promotorias que apenas os seus titulares fiquem nos seus gabinetes. Nós temos promotorias, hoje, especializadas exatamente para trabalhar todas essas questões e isso é uma mudança no Ministério Público. Estamos atrasados sim, tanto é que decorrente desse atraso, de cumprimento do seu papel constitucional, a crítica tem que ser feita também ao Ministério Público: por que demorou tanto? Isso eu sempre me

perguntei. Eu fui dirigente de associação de classe dentro do Ministério Público. E aí nós estamos vendo que ainda a tempo de se resgatar exatamente todos os compromissos que faltaram do Ministério Público com a coletividade no passado. É duro? É. É necessário que esse Ministério Público trabalhe. Esse controle social, juntamente com os Conselhos de Saúde. Mas nós aqui temos que ver que dentro dos Conselhos de Saúde temos usuários, temos segmentos Governo, temos prestadores de serviço. Temos todos os segmentos representados nos Conselhos e eu não quero acreditar que haja divisão e que aqueles profissionais e os próprios gestores não tenham interesse em que o Sistema funcione. Porque, na verdade, os gestores são passageiros. Mas nós – usuários do sistema – seremos permanentes enquanto ele existir. Então, nós temos que trabalhar esse processo, esse processo educativo de respeito e de interação aos segmentos.

Existem dificuldades que nós temos trabalhado na Promotoria de Saúde, mas eu quero dizer que o espaço do Ministério Público não é apenas de promoção de inquéritos civis, de promoção de ações civis (e nós já temos muitas aqui), mas é também o momento de diálogo, da conciliação, da mediação e até da qualificação dos debates. Então, nós temos dificuldades, continuaremos a ter essas dificuldades, mas o que nós queremos é atender e trazer para o debate todas as questões. Não adianta ... ontem eu ouvi uma coisa interessante de determinadas pessoas dizendo: doutora, mas toda bobagem estão levando para o Ministério Público. Eu digo: eu não considero bobagem aquilo que as pessoas levam ao conhecimento do Ministério Público, porque, na verdade, nós estamos tratando de conflitos. Nós temos conflitos de classe, temos conflitos na administração pública, temos conflitos interpessoais. E nós temos que ter um processo de educação para saber trabalhar esses conflitos.

O que eu quero dizer mais, que eu acredito que todos conhecem já a atuação da Promotoria de Saúde, é que nós temos um parceiro maravilhoso que se chama Ordem dos Advogados do Brasil – Seção Ceará. Nós temos os parceiros como temos os Conselhos de Saúde, como temos os representantes aqui de usuários e a Promotoria está aberta a todos.

Não adianta trabalharmos ... eu pensei muito quando fui convidada para esse painel: o que é que eu vou dizer? Nós já discursamos tanto, já temos discursos, nós já temos falado tanto e nós temos que fazer essa empatia. E não adianta se falar Emenda Constitucional nº 29 se nós temos aqui trabalhando Saúde pública municípios que não respeitam a Emenda Constitucional nº 29. Nós estamos Estados que não respeitam a Emenda Constitucional nº 29. E essa Emenda Constitucional nº 29 não é só retórica. Além dela ser uma determinação legal, ela tem uma ressonância exatamente na trajetória dessas ações e desses serviços.

Nós temos problemas com relação a Conselhos de Saúde que não têm a estrutura devida. Nós temos gestores que não respeitam as deliberações desses Conselhos; nós temos problemas de influência de uma política partidária danosa, que compromete ...

... não existe essa universalidade como se fala e como é determinada pela Lei, quando nós temos o favorecimento e o apadrinhamento político dentro dessas ações, dentro desses serviços. E o Ministério Público, no que diz respeito à Promotoria de Saúde, jamais vai compactuar com esses procedimentos, com essas condutas. O nosso papel é vigilante. Nós temos

inúmeras demandas. Eu sou uma promotora titular para dar conta de um monte de coisa, um monte de acervo, de reivindicação, de necessidades, de postulações e de desmandos. Então, nós iremos organizar e estamos formatando um fórum dentro do Ministério Público para debater as questões de Saúde.

Nesse fórum não vai haver exigência de representação. Nós vamos ter que formatá-lo com quem quiser trabalhar conosco. E vamos trabalhar também a questão da corrupção na Saúde. Não adianta querer empanar a questão de que o favorecimento, de que alguns detêm o Poder de indicar, detêm o comando, o encaminhamento da medicação que não é igual para todos, sabemos disso; que não trabalhemos esse favorecimento como corrupção. Gente, isso é corrupção na acepção da palavra.

Então, nós temos aqui problemas, que eu sei que não é só no Município de Fortaleza, que as pessoas são indicadas e trabalhadas dentro da feição político-partidária. E isso não queremos para o nosso Estado. Nós temos que trabalhar isso e nós teremos, dentro desse fórum, uma comissão de combate à corrupção na Saúde. Nós já estamos trabalhando, vocês sabem disso, não adianta trazermos as ações, os inquéritos que a Promotoria fez , porque é do conhecimento de todos. Nós estamos trabalhando. As coisas são difíceis também por que nós dependemos do Poder Judiciário, um Poder Judiciário que ainda não deu a resposta ao seu jurisdicionado na medida em que ele necessita.

Nós temos dificuldades com esse Judiciário, quando ele não entendeu ainda. E eu já tentei de todas as formas traze-lo para esses debates e abrir-se e

se inteirar com essa comunidade. Nós não queremos, no século que nós estamos, toda vida avançando: vamos entrar no ano 2000, vamos entrar no ano 2001, e assim por diante sempre pensando em atingir o ideal e sempre trabalhando esse ideal.

Então, o exercício de cidadania é também reclamarmos do Poder Legislativo, e do Poder Judiciário. Um Poder Legislativo que eu não sei, na verdade, se ele quer a evolução da sua população, porque, como o Professor falou, a questão da dignidade humana é em todas as áreas, em todos os setores. Então, o que esse poder político pretende quando ele não faz as leis que deveria fazer? Ou não as reformula, quando deveria reformular? Para albergar exatamente esses interesses. Nós não temos ainda hoje um Legislativo que seja absolutamente independente, porque o que nós vemos é o Executivo sempre ganhar as questões por que o Legislativo fez os acordos, o Legislativo compactuou com aquelas deliberações e não ouviu, na verdade, a sociedade.

Então, eu gostaria de agradecer a participação nessa Conferência; dizer que o Ministério Público está intransigentemente na defesa dos interesses da sociedade, não importa quem esteja no Poder. O nosso papel é transparente. Nesse fórum que nós iremos convocar em Audiência Pública, quero crer que em dezembro estaremos inaugurando o fórum. Nós iremos prestar contas daquilo que o Ministério Público já fez. Eu até pensei em trazer a relação da minha prestação de contas, mas um último recado que eu gostaria de deixar aqui para os nossos gestores: no Estado do Ceará, no Município de Fortaleza, nós estamos fazendo, hoje, prestação de contas na Assembléia Legislativa e na Câmara Municipal de Fortaleza. E isso não é por que o Ministério Público

quer, não. É por que existe uma Lei que determina que as prestações de contas da área de Saúde sejam feitas nas Câmaras Municipais respectivas e na Assembléia Legislativa, com relação ao Estado.

Então, nós temos que trabalhar isso. Os gestores do SUS têm que entender isso. E os gestores do SUS são os Secretários de Saúde não são os Prefeitos. Então, nós temos que trabalhar um sistema forte em que o Secretário de Saúde trabalhe corretamente, preste conta corretamente e que os seus governantes do Executivo se quedem a essa realidade, porque será um plano estratégico do Ministério Público de todos os municípios, inclusive nesse fórum iremos ter oportunidade de apresentar o plano da Promotoria de Saúde para o ano 2004 e contaremos, efetivamente, com a colaboração de todos para melhorar o nosso plano, para melhorar o nosso conhecimento. Muito obrigada. Um beijo enorme para todos vocês. E acredito que todos tenham encontrado as portas do Ministério Público abertas. Muito obrigada.

SR. COORDENADOR: Retomando os trabalhos aqui da Mesa, nós temos três aviso, antes de passar a palavra ao Professor Reinaldo.

As assistentes sociais convidam os demais assistentes sociais para um painel no rol do auditório principal, logo após essa Mesa.

As agentes comunitárias de Saúde estão também sendo convocadas para uma reunião nesse auditório também após o painel.

O lanche das 10h vai ser servido após essa Mesa de painéis. Então, será por volta de 11h e durante o lanche também será formada a fila para a

distribuição dos tickets do almoço. Os senhores de posse dos seus crachás receberão o ticket do almoço.

Nós temos duas mensagens aqui sobre o dia de hoje: uma, do MOVA-SE e outra do nosso Secretário – Dr. Jurandi Frutuoso – parabenizando aos médicos obstetras e ginecologistas pela passagem do seu dia.

PAINEL 4: CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO NA SAÚDE

SR. REINALDO GUIMARÃES: Bom-dia a todos. Quero dizer que é com grande prazer que eu estou aqui nessa Conferência Estadual de Saúde do Ceará, preparatória para a XII Conferência Nacional de Saúde – Sérgio Arouca.

Antes de começar especificamente a minha fala, gostaria de fazer um comentário sobre o sobrenome Silva, porque eu às vezes noto um certo tom pessimista nas intervenções, enfim, é como se o País não andasse. Evidentemente que nós temos um caminhão de problemas para resolver, mas eu acho que às vezes as coisas vão mudando e talvez, ao menos no plano simbólico, um indicador da mudança é a transformação de importância que o sobrenome Silva tenha tido nesse nosso País, a partir do momento em que nosso Presidente da República tem o sobrenome Silva foi alçado ao Poder.

Eu estou dizendo isso por que o programa me fez uma homenagem imerecida, botou-me um Silva no nome. Meu nome é Reinaldo Guimarães e eu fui apresentado como Reinaldo Guimarães da Silva. Estou muito orgulhoso, mas não mereço ainda isto.

Bom, devo dizer também que eu não sou Diretor do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Ciência e Tecnologia e sim do Ministério da Saúde. E eu vou falar para vocês sobre um assunto que certamente é considerado mais periférico do que os outros temas que foram colocados nesse conjunto de painéis. Ele talvez seja mais periférico para a Saúde do que a questão dos direitos humanos, do que a questão da Seguridade Social. No entanto, acreditem Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde é, no mundo inteiro, cada vez mais um assunto crucial para os Sistemas Nacionais de Saúde em todos os países.

Na verdade, quando Ciência e Tecnologia está a serviço de uma boa política de Saúde, nós teremos sempre a possibilidade de diminuição do sofrimento e melhoria da equidade. Mas ainda, num plano, mais concreto se formos pegar o orçamento do nosso Ministério da Saúde no Brasil, esperando que seja bem recomposto agora com esses debates que estão sendo colocados vai chegar a uns 34 bilhões de reais; quando pensamos que desses 34 bilhões de reais, cerca de 80% são gastos com compras de bens e de serviços, vamos entender que a questão científica e tecnológica é fundamental. Por quê? Porque a maior parte dos serviços e, praticamente, a totalidade dos bens que o Ministério compra – equipamentos, medicamentos, vacinas – esses bens estão absolutamente grávidos de conhecimento científico e tecnológico. Portanto, o domínio da questão científica e tecnológica no setor Saúde é um item

absolutamente fundamental para que possamos melhorar a eficiência na aplicação dos gastos em Saúde. Eu lhe digo: isso não é no Brasil, isso é no mundo inteiro. Mas vamos ficar com o nosso pedaço, que é o que interessa.

Pesquisa em Saúde no Brasil é o maior componente setorial de pesquisa. Nós temos outros componentes: temos pesquisa em eletrônica, em biotecnologia, pesquisa num monte de coisas. O maior componente setorial é a pesquisa em saúde.

Hoje em dia se faz pesquisa em saúde, no Brasil, em quase 5 mil grupos de pesquisa e nós temos cerca de 18 mil pesquisadores que trabalham com linhas de pesquisa em saúde. Desses 18 mil pesquisadores, quase 11 mil têm uma titulação de Doutor, de PHD. E quero dizer a vocês que muito poucos países no mundo a baixo do Equador conseguem mostrar uma capacidade instalada e uma massa crítica de pesquisadores tão grande e tão capacitada como a que o Brasil, ao longo de muitas gerações, conseguiu construir. Eu costumo dizer que esse é o nosso maior patrimônio. Esta é a plataforma sobre a qual nós temos que construir uma política de Ciência, Tecnologia, Inovação em Saúde. Mas esta plataforma que apresenta aspectos extremamente positivos e originais, eu diria, tem alguns problemas muito complicados e é isso que nós vamos começar a discutir aqui com vocês.

Talvez a melhor maneira de sintetizar esses problemas seja formular uma pergunta muito nítida e muito clara que é a seguinte: quantos desses 18 mil pesquisadores, que trabalham com pesquisa em saúde no Brasil, elegem as suas prioridades de pesquisa com base em prioridades explícitas da política nacional de saúde? Esta é uma questão absolutamente central, porque da

resposta dela e das explicações do porquê é que acontece, (o que vou lhes dizer), é que depende uma construção saudável de uma política de pesquisa em saúde ou de uma política de ciência e tecnologia em saúde no Brasil. Na verdade, muito poucos pesquisadores, ou melhor dizendo, muito menos pesquisadores do que deveria ser elegem as suas prioridades de pesquisa segundo prioridades da política nacional de saúde. Nós precisaríamos que muito mais pesquisadores trabalhassem com estas prioridades emanadas da política nacional de saúde. E por que isso acontece? Por que é que esse número de pesquisadores está aquém do que deveria?

As explicações tradicionais sempre acusaram o pesquisador. Por um lado por que eles são ou seriam elitistas, ou seriam alienados da realidade brasileira e coisas nessa direção. E por outro, ainda também sobre o pesquisador coloca-se que o pesquisador não faz pesquisa que interesse a política de saúde por que ele é pautado por uma agenda internacional de pesquisa. Ele precisa publicar nos periódicos estrangeiros. Ele precisa fazer, portanto, a política dos periódicos estrangeiros, porque senão ele não ganha dinheiro para fazer pesquisa no Brasil.

Bom, a minha proposta é modificarmos a direção das nossas explicações para este problema que nós temos. É verdade que existem pesquisadores elitistas como médicos, enfermeiros, engenheiros ou qualquer outra profissão. E é verdade também que, em parte, a agenda internacional de pesquisa comove muitos pesquisadores. No entanto, do meu ponto de vista e do ponto de vista atual da equipe do Ministério da Saúde se poucos pesquisadores elegem as suas prioridades de pesquisa; segundo, prioridades da política nacional de saúde como deveria ser é porque o Ministério da Saúde

jamais, em tempo algum, nos seus 50 anos de existência ocupou-se de estruturar o esforço de pesquisa em saúde no Brasil. Esta tarefa, que em todos os países do mundo com alguma tradição de pesquisa em Saúde é feita pelo Ministério da Saúde, no Brasil jamais foi feita. O nosso Ministério, jamais, de maneira sustentada se interessou por estruturar este esforço de pesquisa em Saúde, jamais se interessou em extrair da política nacional de Saúde um conjunto de prioridades no campo científico e tecnológico da inovação que interessasse a essa política e é esta a tarefa que nós estamos começando a fazer no Ministério da Saúde: construir uma política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde a serviço da política nacional de saúde, tendo como ator estruturante o Ministério da Saúde e não outros ministérios. Este é o nosso ponto.

E devo dizer que esta tarefa não é uma tarefa ... não será fácil certamente, mas é uma situação diferente de outros países. No próprio Brasil, nós temos outros setores da pesquisa, ao menos um outro setor de pesquisa, que é hoje considerado o setor de maior sucesso na pesquisa brasileira, onde essa situação é radicalmente diferente. E eu me refiro à pesquisa agropecuária brasileira é um sucesso, tanto do ponto de vista acadêmico, quanto do ponto de vista dos seus vínculos com a política agropecuária o Brasil. E por que isso aconteceu? A pesquisa agropecuária brasileira tem uma história tão antiga quanto a pesquisa em saúde, ambas começaram lá no final do Século XIX. No entanto, no caso da pesquisa agropecuária há trinta o Ministério da Agricultura houve por bem tomar a si a decisão de estrutura o esforço de pesquisa agropecuária no Brasil e criou a EMBRAPA – Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária. Hoje em dia, a grande maioria do esforço de pesquisa brasileiro, a grande maioria dos pesquisadores agropecuários brasileiros

trabalha segundo diretrizes, segundo prioridades emanadas da política brasileira de agropecuária. Eu devo dizer que esta pesquisa tem conseguido sucessos extremamente importantes, sejam do ponto de vista científico, seja do ponto de vista do agronegócio, da agricultura familiar e outra questões extremamente importantes no campo agropecuário. Portanto essa é a nossa tarefa, essa é a maneira como nós temos nos colocado no Ministério da Saúde e para isso nós precisamos de uma nova política que está em construção.

Quais são as características mais importantes dessa política? Primeiro, há dois princípios que não podem ser negligenciados: o primeiro deles é que uma política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde deve buscar a equidade em Saúde. Embora nós não tenhamos conquistado 100% a universalidade do acesso este é um meio caminha andado e no nosso Sistema Único de Saúde, o problema onde o calo está doendo é na equidade, na desigualdade que aliás é Calcanhar de Aquiles de toda esta civilização do nosso País. Portanto, uma política de pesquisa de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde tem que ter como seu princípio basilar a busca da equidade em Saúde.

O nosso segundo princípio, e isso na questão de Ciência e Tecnologia, absolutamente decisivo, é a sustentação de padrões éticos de pesquisa em saúde. Devo dizer a vocês que nos últimos 20 anos tem havido o crescimento espantoso da pesquisa que utiliza como modelo experimental seres humanos no mundo todo. Isso é muito importante para criação de novos medicamentos, novas vacinas, novos procedimentos. Agora, quanto mais se expande a pesquisa clínica, para criar um nome genérico desse tipo de pesquisa, mais as restrições a este tipo de pesquisa são realizados, são feitos nos países centrais,

nos países desenvolvidos. Isso faz com que os grandes patrocinadores de pesquisa clínica tenham elegido alguns países abaixo do Equador, dentre os quais o Brasil por uma série de razões, como palco para aplicação dos protocolos de pesquisa clínica. Isso faz com que as nossas atenções para a sustentação de padrões éticos de pesquisa, para não permitir que as nossas populações sejam submetidas a protocolos inaceitáveis do ponto de vista ético é também o princípio da nossa política de ciência e tecnologia e inovação em saúde.

Nós temos algumas outras diretrizes, eu não vou me estender em todas elas. Mas uma delas que me parece absolutamente importante é a seguinte: o gestor de saúde. E isso é um aspecto extremamente, nós temos que encontrar uma linguagem comum entre o gestor de saúde e o pesquisador de saúde. Isto não é fácil, não é simples, mas é uma luta que nós temos que travar. Um gestor de saúde que habitualmente – uma mulher ou um homem – que está 24 horas assoberbado por todo tipo de problema, ele, na sua concepção, considera que a melhor pesquisa ou a pesquisa prioritária em saúde é aquela que imediatamente consegue resolver um problema. É absolutamente justificável que ele pense assim. Mas para que Ministério da Saúde ocupe um lugar estruturante em todo esforço de saúde no Brasil é preciso que nós alarguemos esta visão. É preciso que o gestor de saúde compreenda que, que além desta pesquisa cujos resultados lhe resolvem em uma semana o problema, ele tem também que entender que haverá pesquisa prioritária, cuja apropriação pelo serviço, pela indústria ou pela sociedade possa durar um tempo um pouco maior. Portanto, é também uma diretriz da nossa política, uma política do Ministério da Saúde está formulando: a idéia de extensividade. Nós temos que eleger prioridades em toda a cadeia do conhecimento, em todos os elos da

pesquisa em saúde, desde a pesquisa fundamental, a pesquisa estratégica, a pesquisa tecnológica e, evidentemente, a pesquisa operacional, que é a pesquisa que responde os problemas mais rapidamente.

Para exercitar essa política ou para construir essa política, nós precisamos de instrumentos e o instrumento mais importante que estamos construindo é uma Agenda de Pesquisa Prioritária em Saúde. Todos os países do mundo que tem pesquisa em saúde, inclusive aqueles que nem precisavam ter agendas de prioridades por que são muito ricos, como é o caso dos Estados Unidos, têm uma agenda de pesquisa prioritária. Os países da Europa, todos eles, têm uma agenda de pesquisa prioritária. A Índia, a China, a África do Sul, que são países parecidos com o nosso País, tem as suas agendas de pesquisa prioritária em saúde; Canadá também tem; a França também tem, e assim por diante. Nós temos que construir a nossa, porque aí nós mostraremos aos pesquisadores onde é que ele deve caminhar se ele quiser se associar a um esforço de pesquisa em saúde que esteja a serviço da política nacional de saúde. E nós estamos construindo isso: agora nos dias 6 e 7 de novembro, na semana que vem, nós vamos fazer um grande seminário em Brasília, com a presença de mais de 400 pessoas entre pesquisadores e gestores de saúde no sentido de trabalhar temas de pesquisa prioritária a serviço da política nacional de Saúde. Em seguida, nós vamos colocar os usuários e os profissionais de saúde neste tema de debate para constituir uma agenda que será, então, apresentada ao Plenário da II Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, que vai se realizar em finais de maio de 2004.

Este processo, portanto, que é um processo de ano e meio, tentará consolidar uma nova postura do Ministério da Saúde na gestão dos negócios

da pesquisa em saúde no Brasil, onde ele ocupará um lugar central, estruturante, que lhe cabe. Muito obrigado.

SR. COORDENADOR: Bom, temos mais alguns avisos aqui.

Os gerentes das microrregionais de saúde, logo após esse painel também se reunirem no pátio externo.

O Delegado Usuário de Caucaia – Marcos Vinícius – convoca a todos os companheiros para uma reunião após o almoço em frente a Sala Vip.

Os senhores delegados representantes de portadores de deficiências, das diversas patologias e interessados no tema reunião às 13h ao lado da Sala Vip.

Delegados presentes de Pacoti, procurar a senhora Lurdinha na Sala da Secretaria.

O Conselho Regional de Serviço Social convoca as assistentes sociais presentes para reunião ... isso aqui já foi informado. Inclusive, nós pedimos para não atrasar ou não prejudicar os trabalhos de grupo. Que essas reuniões sejam rápidas. Nós estamos já passando da hora de terminar o painel e pedimos para que não haja prejuízo ou se estenda até à noite. Que essas reuniões de grupos ou entidades sejam rápidas.

Delegados representantes dos usuários devem reunir-se às 13h15min no Auditório B2.

Passamos a palavra a Dra. Socorro.

PAINEL 5: DIREITO À SAÚDE NO CONTEXTO INTERNACIONAL

SRA. SOCORRO GONÇALVES: Bem, bom-dia a todos e a todas. Eu queria, inicialmente, parabenizar a organização pela sensibilidade que teve e a grandeza de espírito de estar incluindo um temário que diz respeito às políticas internacionais e o direito à saúde.

Acho que não é um tema fácil. Vou procurar fazer uma abordagem que não seja complicada, mas que possa estar contribuindo para os debates.

Eu queria, inicialmente, dizer e fazer uma pergunta que muitos de vocês podem estar pensando a partir do momento que foi recebendo a programação da Conferência: o que isso tem a ver com a nossa vida? Quer dizer, que importância tem, para uma Conferência Estadual, esta discutindo as políticas internacionais.

Eu queria só fazer um lembrete que todas as posições que hoje se toma no mundo a partir de um mundo e de uma visão de articulação internacional e globalizada que tem pacto direto sobre as vidas das populações locais, estaduais e nacionais. E eu digo isso por que a minha abordagem vai tratar de procurar dar conta de dois cenários: um cenário que é desenhado e serve, vamos dizer assim, de pauta para as discussões no âmbito da Área de Livre

Comércio das Américas – ALCA e um outro que trata da questão da Organização Mundial do Comércio – OMC.

Ora, mais uma vez nós vamos nos perguntar: o que isso tem a ver com a nossa vida? (mudança para a fita 10-a)

... esses temas, elas foram crescendo dentro de mim e por isso, eu acho que essas angústias não devem ficar só comigo, devem ser partilhadas com todos vocês, porque só partilhando essas idéias, esses impactos, essas nossas percepções é que nós podemos ter a capacidade de responder a altura que os desafios nos colocam.

Então, inicialmente um breve comentário à Área de Livre Comércio das Américas se cruza, está bem articulada com a Organização Mundial de Comércio, embora a Área de Livre Comércio das Américas, chamada ALCA hoje seja ainda uma articulação, não está concretizada. Ela é um processo de negociação, enquanto que a Organização Mundial do Comércio já está concretizada, é um instrumento, vamos dizer, regulatório das relações de comércio internacional. E ela é articulada por grupos de países de economia grande, como Estados Unidos, Japão e países da União Européia, mas também que incorpora hoje, a partir da reunião de Cancun, ocorrida em setembro, que já conta com 146 países do mundo. Então, não é pouca articulação. E o poder que se tem do ponto de vista econômico. Agora, eu trago, para esse cenário, três questões que para mim são fundamentais e que dizem respeito diretamente à questão da Saúde Pública.

A primeira delas diz respeito ao capítulo regulatório da Organização Mundial de Comércio e que também é proposto para Área de Livre Comércio das Américas, que se chama o Capítulo de Investimentos.

Nesse Capítulo de Investimentos encontramos questão que vão desde a questão do trato nacional e nação favorecida. O que esses dois princípios significam? Eles significam, por exemplo: uma empresa nacional vem se instalar aqui no Estado do Ceará, então esse tratado propõe que essa nação tenha o mesmo que uma empresa nacional tem do ponto de vista de investimento de capitais.

A segunda questão é que ela goza de uma série de prerrogativas em relação às legislações nacionais. Elas não seriam obrigadas a cumprir legislações locais, de vigilância sanitária, legislações à saúde. Elas teriam uma subordinação a um conjunto de normas supranacionais como eles chamam. Então, para nós, isso é um implicador muito grande e de uma repercussão muito grande para as economias locais e nós temos questionado este tipo de propositura que está sendo acordada no âmbito da Organização Mundial de Comércio e proposto também para o Capítulo de Investimento da Área de Livre Comércio das Américas.

Além disso, esses dois cenários trabalham com a propriedade intelectual, com regulações internacionais sobre propriedades intelectuais. O que é isso? O empresário ou a pessoa que inventou essa caixinha aqui, vamos dizer, traz para si a autoria do invento. Isso também está estendido para a fabricação de medicamentos. O que é que isso tem de importância para a saúde? O pessoal que é portador de HIV sabe a importância que teve a quebra

de patentes dos medicamentos de HIV no barateamento do custo, do acesso a esse tipo de medicamentos, que como são se fórmulas e de domínio de laboratórios internacionais, passam a ser adquiridos pelos países, na forma de importação, e sai por um custo muito alto, porque são importados numa balança e numa moeda de troca, que é o dólar. Então, o acesso a esse tipo de medicamento se torna muito caro para a população que precisa disso.

Fora isso, circulam outras questões importantes em relação a isso. Por exemplo: os países africanos que têm um contingente de mais de 5 milhões, da sua população, que são portadores de HIV e não têm a possibilidade de desenvolver as fórmulas de medicamentos, passam por uma questão que, ao meu ver, é desumana. Essa Mesa aqui, alguns palestrantes falaram sobre essa questão de direitos humanos e ela passa a ser vista como uma questão de direitos humanos sim. Quer dizer, o direito à vida, à dignidade não pode ser negociado como se negocia mercadoria. Ela é o direito, o acesso, a equidade que nós tanto falamos e defendemos aqui em nome da construção do Sistema Único de Saúde.

Então, como falar de equidade se as políticas públicas de saúde passam a ser mercadorias e não uma prestação de serviço do Estado? Como falar desse tipo de política nesse âmbito e nesse cenário? E aí quero dizer para vocês que eu tive sim o privilégio de acompanhar a V Rodada de Negociação da Organização Mundial de Comércio, no México. E eu digo que é um privilégio por que nem todos os brasileiros tiveram a oportunidade de ir. E eu fui privilegiada por que uma instituição que trabalha com agricultura, que é uma organização não-governamental – a Ach Neitch – patrocinou a minha passagem, porque jamais teria condição de tirar dinheiro e ir ao México

acompanhar. Eu vi como é que funciona pressão internacional em cima dos países pequenos, de países como o grupo africano, como na Índia e até no próprio Brasil. Vocês não podem e nem imaginam a repercussão que teve a posição do Governo brasileiro em relação à articulação do G-21. Os torpedos eram muito grandes e as críticas. Porque, no Governo anterior, a posição do Brasil era de pura omissão nas questões de relação internacional. E eu quero dizer a vocês que se existe uma área em que o Governo brasileiro está acertando – o Governo Lula – se chama Área de Relações Internacionais. Os seus negociadores têm tido posturas ética, relação com as instituições não-governamentais e com os movimentos sociais antes de fechar qualquer proposta de acordo. Isso é um espaço restrito. Vocês imaginam: de cada negociador brasileiro, que eram acho que em torno de 20 por que tinha Ministério da Agricultura, MDA; Ministério da Indústria e Comércio e tantos outros. Apenas o Embaixador Celso Amorim tinha acesso a negociações restritas, que muitas vezes se dava entre Estados Unidos, Japão e representação da União Européia. Então são coisas fechadas que estão decidindo e que podem e estão diretamente influenciando no nosso modo de vida.

E eu queria chamar atenção para a terceira coisa que está sendo proposta, que se chama "Novos Temas". O que eles estão chamando de "Novos Temas" que tem a ver com relação à Saúde?

A primeira delas é a questão de serviço. Quando se trata de serviço, o que é serviço público na ótica do mercado? O que seria serviço público? Então, esses serviços estão listados, estão citados textualmente. Como é que se dá isso? Os países-membro desse bloco negociador listam o que eles querem

que um outro país, também membro, abram para privatização e para investimentos internacionais. Esses serviços estão listados hoje que são: educação, privatização de toda a educação: das Universidades, que eles não chamam de privatização, eles chamam de liberalização do mercado, que é: serviço de educação, serviço de telefonia, a rede de água. Toda a água deve ser privatizada, deve ser liberalizada e a questão energética. E dizem que, por tabela, está a questão da saúde. Por que nós estamos julgando que a saúde está nesse bloco? Porque no acordo de livre comércio, que é estabelecido no Norte – Estados Unidos, Canadá e México – esses serviços foram colocados em disponibilidade para liberalização, assim como o acordo realizado entre Chile e os Estados Unidos também liberalizou todo o Sistema de Saúde. Essa questão, muitas vezes, não é explícita numa lista, mas ela é posta por traz. O que nos preocupa em toda essa questão é que a população não se dá conta do impacto e da repercussão que todas essas medidas internacionais têm para a vida, para o cotidiano e para a manutenção dos nossos direitos.

E aí eu vou chamar atenção dos gestores: uma das coisas que está colocada nessa questão dos "Novos Temas" se chama "compras governamentais". Aí é onde o bicho pega como diz o meu avô. Por que está colocado "compras governamentais"? Porque hoje os gestores, principalmente no Brasil, são os maiores compradores que existem. O setor público compra da água ao medicamento. Ele compra do serviço de educação a tantos outros serviços necessários para o cumprimento das funções do Estado. E aí a liberalizar isso, ao que ele chama de "transparência", que, na realidade, não é só transparência, porque nós também queremos transparência nas concorrências públicas. Mas o problema não é esse? O problema é que cada Estado, a partir de um volume de compras – se eu não me engano 200 mil – o

município teria que fazer concorrência internacional com a prerrogativa que nós falamos da questão, vamos dizer assim, do privilégio do comprador internacional em relação ao vendedor nacional. E isso leva a uma questão preocupante: a questão desenvolvimento local. Um desenvolvimento local sustentável tem que dá o trato e privilegiar quem produz no município, quem produz no Estado. Eu acho que não é nenhuma besteira! Porque você pode fortalecer a economia local a partir de toda uma circulação de compra de serviço no âmbito da esfera governamental. Então, eu quero chamar atenção para isso, porque isso tem preocupado uma série de organizações não-governamentais, que trabalham nesse campo, que vêm acompanhando todo o desenrolar dessas políticas internacionais e que, ao nosso ver, têm impacto direto sobre as economias locais, sobre a autonomia dos Estados.

Vocês já imaginaram, aqui tem muito trabalhador rural: você imagina, hoje, que o Governo brasileiro investe numa coisa que é o "apoio aos pequenos produtores" da agricultura familiar.

Bom, ao aderir o acordo de eliminação de barreiras e subsídios o Governo brasileiro abriria mão de ajudar a agricultura familiar, porque isso fica proibido, porque de acordo com as regras da Organização Mundial de Comércio o Governo brasileiro estava fortalecendo, privilegiando o produto local em detrimento do produto internacional – o mesmo tipo de produto. Então isso é uma complicação na nossa vida, gente, que eu fiquei imaginando como é que eu vou tratar dessa questão – da liberalização de mercado – para que vocês compreendam que isso tem a ver com a discussão de saúde pública. Porque na Organização Mundial de Comércio existe um capítulo que trata da questão da saúde pública e da Lei de Patente, que são as liberações, a compra

de medicamento, o poder que os Estados devem ter em relação às políticas públicas, a autonomia de produzir, de elaborar políticas capazes de dar conta das necessidades de cada Estado e de cada país. E o que nós vemos e temos acompanhado é a tentativa de se quebrar essas autonomias dos países, dos Estados e dos Municípios. É uma tentativa de subordinação das políticas locais, às políticas internacionais. Então, isso nos preocupa. Nós queremos chamar atenção e dizer para vocês que, além de estar no Conselho Estadual de Saúde, eu estou falando isso por que acompanho em nível nacional, através da Rede Brasileira pela Integração dos Povos – REBRIPE, que tem acompanhado nacional e internacionalmente essa postura. Então, eu estou na coordenação dessa rede acompanhando, debatendo o que nós temos de preocupação em relação ao conjunto de políticas que são formuladas internacionalmente e que são impostas aos países em desenvolvimento. Essa é que é a realidade que é posta. Isso vai nos afetar diretamente do ponto de vista da nossa autonomia, mas não só isso, do ponto de vista da capacidade que nós vamos ter de estar construindo uma sociedade autônoma que dê conta e que responda às demandas das cidadãs e cidadãos brasileiros. Eu acho que é esse o desafio que está colocado.

Então, eu queria só dizer que nem tudo está perdido, como o companheiro disse. Nem tudo é desesperança, nem tudo é angústia. Mas que é uma possibilidade de podermos construir e se inserir em um outro cenário a partir da própria mudança do Governo em janeiro desse ano.

E eu queria dizer que uma vez eu ouvi uma fala: um dos primeiros debates que eu acompanhei sobre essa questão – de serviços e investimentos – e fiquei tão angustiada que eu adoeci. Deu-me uma crise. Foi um negócio

impressionante o impacto que teve, porque foi um choque, para mim, perceber toda aquela realidade, desvendar tudo aqui. Aí teve um senhor que estava dando uma palestra, que era um professor da universidade, e ele falou: “olha, gente, nós estamos na seguinte situação...” e aí eu vou transcrever para cá isso: *“nós estamos num trem cargueiro com uma direção. Nós estamos na janela e nós podemos imaginar uma bela paisagem ou nós podemos imaginar que estamos passando no meio do deserto.”* Se for por conta da nossa imaginação, nós podemos ter uma atitude. Que atitude nós podemos ter numa situação dessas? Nós podemos a condução do trem e dar um outro rumo ou nós podemos permanecer como nós estamos. Então, eu acho que o desafio é pegarmos a condução do trem e perceber que aqueles que estão na luta contra a ALCA e a OMC não são *persona non grata* à sociedade. Eles são pessoas que talvez por acesso às informações e ao conhecimento a outras realidades estejam enxergando mais longe do que nós.

E aí eu vou pegar a fala do Jorge: “No país, não só no país, no mundo é proibido pensar”. Refletir, questionar é uma coisa que incomoda muito e os que incomodam devem ser retirados do cenário. Por quê? Porque estão ajudando a transformar uma realidade. E como é que nós podemos transformar essa realidade? Nós podemos transformar essa realidade acompanhando os debates, intervindo, tendo uma posição crítica. A campanha continental pela ALCA está levando informação a todo cidadão, porque o Governo brasileiro tem que ter uma postura de colocar esse debate na sociedade, de trazer para a sociedade esse debate sim. Nós temos que decidir se queremos a ALCA, se nós queremos a OMC a partir de todo o conjunto de informação e que tem de elaboração hoje. Agora, nós não delegamos ao Lula ou a qualquer parlamentar o direito dele decidir sobre as nossas vidas. Isso não delegamos.

Eu não deleguei. Eu votei no Lula, apoio o Lula, mas eu não dei a ele o direito de negociar autonomia, de negociar a capacidade do Estado Brasileiro de intervir em políticas públicas. Eu não dei esse direito, porque quando nós votamos, nós votamos: para o gerenciamento. Mas o gerenciamento não pode extrapolar a capacidade política de responder às demandas nacionais. Como eu acho que a ALCA e a OMC afetam muito a autonomia política, financeira e de tratos nacionais, elas devem passar sim pelo referendo.

Nós estamos propondo que dia 3 de outubro do ano que vem, por ocasião da realização de eleições municipais, que seja feito um plebiscito nacional. Essa é a proposta da campanha contra a ALCA e de todo o conjunto de movimentos sociais. Eu não falei aqui de outras coisas, mas isso afeta a agricultura, afeta outras áreas que eu não quis me debruçar.

Então, muito obrigada pela oportunidade. Espero ter dado conta dessa realidade que é complexa e que possam vocês se interessar por tal tema. Não diga nunca que isso não tem a ver conosco, porque a alta do dólar a primeira coisa que sobe é o pão carioquinha que está na nossa mesa todo dia. É ele que sobe quando o dólar sobe. Então, todas as coisas têm sim a ver com nosso cotidiano. Muito obrigada.

SR. COORDENADOR: Bom, queria informar a todos que chegaram algumas perguntas aqui à Mesa. Mas como a nossa parte é de painéis, nós não teremos debate ou perguntas e respostas. Os senhores que têm mais alguma pergunta deverão procurar a Secretaria, onde será informado o endereço dos senhores painelistas.

Queríamos passar mais quatro informações: os delegados que são conselheiros do Sindicato dos Trabalhadores Rurais para uma reunião às 13h na Sala VIP.

Reunião com os prestadores de serviço na Sala às 15h30min.

Reunião dos profissionais de nível médio e elementar na Plenária às 13h30min.

Lançamento do Livro Virtual e Disquete, organizado por estagiários do NITEC na Secretaria de Saúde. Preço do Livro: 1kg de alimento não-perecível.

Queríamos em nome da IV Conferência Estadual de Saúde agradecer aos painelistas pelas explanações tão brilhantes de temas tão importantes e passar a mão dos senhores painelistas o certificado de participação na nossa IV Conferência Estadual de Saúde.

SRA. PARTICIPANTE: Gente, só um minutinho. Nós tínhamos pensado que hoje, assim que vocês saíssem daqui todo mundo ai sair certo com seu grupo, mas devido vocês terem mudado a questão do Regimento, que permitiu a continuação da inscrição, então nós estamos ainda fazendo a relação. Portanto, nós vamos dizer para todos vocês que vão lanchar e lá embaixo, num microfone, nós vamos ler os nomes dos componentes dos grupos.

O pessoal está pedindo que a turma da endemia fique aqui.

SR. PARTICIPANTE: Nós temos um comunicado de falecimento de um companheiro nosso. Nós sofremos uma perda às 4 da manhã: um dos membros fundadores do Mo-Ran faleceu agora às 4 da manhã. É uma dor muito grande para nós, mas acreditamos também que isso é um processo que temos que continuar a fazer tudo aquilo que ele começou e nós podemos contar com o apoio de vocês. Muito obrigado.

Antônio Borges. Ele mora em Salvador. Nós acabamos de saber e estamos extremamente ... sem nem palavras para falar sobre isso.

SR. PARTICIPANTE: Gostaríamos de lembrar aos usuários e profissionais de saúde que estão com interesse em tratar sobre a anemia falsiforme para permanecer ou retornar ao auditório para que possamos discutir algumas questões pertinentes.

SRA. PARTICIPANTE: Eu quero comunicar a todos os agentes comunitários de saúde para ficar aqui para fazermos uma pequena Assembléia.

(GRUPOS DE TRABALHO)

DIA 31 DE OUTUBRO DE 2003

SRA. COORDENADORA: Convidamos a Coordenadora Geral do Evento – Senhora Lúcia Arruda; a senhora Maria Andrade Leite, Relatora Geral da Plenária.

No primeiro bloco iremos abordar o tema "Direito à Saúde" e convidamos também para compor a Mesa a senhora Maria de Fátima Pianco, da Comissão de Relatoria; Ismênia Maria Barreto Ramos, também da Comissão de Relatoria; Rui Darlan Gonçalves; Mauro Guedes Albuquerque, do CESAU; Francisco das Chagas Dias Monteiro, do CNS; Aldaísa Marques Ribeiro.

Nós recebemos um aviso e eu vou repassar para vocês: *Os usuários da 10ª Microrregião de Limoeiro do Norte estão sendo convocado a reunir-se, no horário do lanche, próximo ao telão, lado direito, para a escolha dos delegados.*

Agora ouviremos as palavras da Coordenadora Geral do Evento – Senhora Lúcia Arruda.

SRA. LÚCIA ARRUDA: Companheiros, bom-dia. Nós estamos abrindo oficialmente a Plenária Final da IV Conferência Estadual de Saúde e nós gostaríamos de passar algumas informações e rapidamente poder passar a

palavra para algumas pessoas da Mesa e dar início à leitura do primeiro eixo temático, que é o eixo “Direito à Saúde” para que possamos agilizar e concluamos a tempo os compromissos que nós firmamos com essa programação da Conferência.

Primeiro, nós gostaríamos de estar informando para vocês que o quantitativo de delegados eleitos por essa conferência, indicados era de 1856 delegados, com pareceram 1432 delegados e nós não podemos trabalhar nossa Conferência com o quorum abaixo de 472 delegados. Esse foi o quorum que nós aprovamos regimentalmente. Nós vamos ter que estar olhando o tempo inteiro o quorum da nossa Conferência e garantir que ela tenha quorum o dia inteiro. Então esse é pacto que gostaríamos de firmar com vocês para não esvaziemos a plenária, até porque a eleição de delegados se dará no final da leitura e da aprovação dos relatórios. Então vamos garantir a plenária, vamos aprovar as propostas para o nível estadual, vamos enriquecer essa discussão política aqui nesse debate e vamos também enriquecer as propostas que nós deveremos estar encaminhando para XII Conferência Nacional de Saúde.

Vocês tiveram o esclarecimento de como nós vamos trabalhar a plenária; nós iremos trabalhar por bloco, pelos eixos temáticos, a cada dois blocos nós vamos estar revezando a representação que vai estar aqui com Conselheiros Nacionais, com representantes de entidades e com os companheiros que trabalharam exaustivamente na construção desses relatórios, que eu peço a esse plenário uma salva de palmas pelo trabalho exaustivo durante quase um mês. Quase um mês nós trabalhamos durante a construção dessa metodologia e nós envolvemos vários profissionais, usuários, profissionais de todos os níveis contemplando a maior diversidade possível de

discussão nesse espaço e uma diversidade política também. Então, eu agradeço a todos desde já.

Agradeço também a todos os companheiros nas entidades, na Secretaria Executiva. Não vou estar nominando individualmente as pessoas porque desde a abertura dessa Conferência nós procuramos contemplar as entidades e as representações. Eu acho que é isso que vai enriquecer dada vez mais o controle social no SUS. Então, SUS não é produzido individualmente. Ele é uma construção coletiva, daí que nós temos o tempo todo contemplado as representações, os conselhos, as entidades, o movimento popular, os sindicatos da área da Saúde e os que não estão também na área da saúde e os trabalhadores também que têm sofrimento relacionados ao trabalho e que estão presentes aqui hoje.

E também me pediram para esclarecer como é que os delegados eleitos irão à Brasília. A XII Conferência Nacional de Saúde está se comprometendo em garantir hospedagem para trabalhadores e usuários da saúde, alimentação para todos os delegados. Nós vamos trabalhar quem for delegado, em Brasília, o tempo inteiro no mesmo local, sem passeio centrando trabalha. Naquilo que vocês estão se propondo aqui. Então, ir a Brasília é um compromisso político de cada delegado que está aqui. Então, a dinâmica dessa Conferência é diferente das demais Conferências. As pessoas portadoras deficiência vão estar hospedadas no local onde está acontecendo a Conferência. Então, no final, o credenciamento de vocês vai ser feito aqui. Quando nós terminarmos as eleições de cada um eu vou estar credenciando individualmente o delegado e vou estar passando, via eletrônica, para Brasília para que eles automaticamente já saibam quem são os delegados do Estado do Ceará.

Então, nós vamos ter critérios. Vocês estão discutindo, têm várias propostas nós sabemos que esse é um espaço que tem toda essa diversidade, tem conflito insatisfações. Mas eu penso que estamos trabalhando no sentido da construção de um SUS mais justo, onde todos nós possamos ter acesso e que a qualidade de vida seja o princípio seja desse conceito de saúde que nós buscamos fazer, construir.

Então, o que nós queremos concluir com isso é dizer que usuário e trabalhadores terão, em Brasília, hospedagem garantida. Ninguém vai ficar desabrigado e distante do local onde estarão acontecendo os debates.

Nós garantimos no Regimento e aprovamos aqui que os delegados serão financiados pelo Estado. O Secretário de Saúde está aqui e nós aprovamos isso regimentalmente. Então, nós temos também que buscar essa garantia.

Quanto a Diárias, alguns financiamentos, alguns municípios, e nós sabemos que aqui inúmeros municípios deixaram de encaminhar suas delegações e nós podemos estar encaminhando a essas pessoas o nosso protesto por não respeitar a conferência que elegeu seus delegados e não dá oportunidade aos cidadãos de estar compartilhando aqui com vocês essa construção. Então, inúmeros municípios não garantiram aos usuários a sua vinda para essa Conferência.

Fui uma preocupação nossa durante todo esse processo a participação e a garantia da paridade dessa Conferência e nós sabemos que em alguns municípios essa paridade foi quebrada.

Então, eu passo a palavra para a Mesa, para as autoridades que estão aqui e desejar a todos nós uma plenária cheia de sucesso e propostas.

SRA. SOCORRO GONÇALVES: Bom-dia a todos e a todas. Eu queria levantar uma questão de ordem, que eu espero que a plenária, como ela é um fórum soberano e possa se posicionar sobre a questão de ordem que eu vou levantar.

O Regimento tanto da Nacional como o da Estadual é omisso na questão que diz respeito à eleição de delegados. Ele define os parâmetros de distribuição das vagas, mas não tem critérios claros de como deva ser essa organização. Então, eu estou querendo fazer uma proposta que, minimamente, estabeleça os parâmetros de distribuição dessas vagas em seus segmentos. E a minha proposta é que nos segmentos tantos os usuários quanto os trabalhadores do Governo possam lançar candidaturas individuais ou lançar candidaturas por chapa e que isso tenha proporcionalidade na composição da distribuição da vaga.

SRA. MARIA ANDRADE LEITE: Companheira, é porque nós estamos agora aprovar as propostas dos grupos. Eu acho que essa questão procede sim, mas vamos ter um espaço depois para não atrasarmos os trabalhos. Porque depois da proposta... eu acho que o mais importante aqui é levarmos a proposta para Brasília e sabermos o que nós vamos defender lá, o que é que nós queremos e quem tiver representação lá. Então, eu pediria que depois você complementasse. Quando for na hora eu lhe chamo para você complementar.

SR. SECRETÁRIO JURANDIR FRUTUOSO: Bom-dia a todos. Nós estamos agora entrando na fase mais importante da Conferência. A hora da definição de tudo que aqui foi produzido durante esses três dias. E reforçando aqui a fala da Lúcia, nós queríamos pedir exatamente o que ele falou: que cada um ou que cada uma que vá pleitear a vaga de delegado ou delegado para ir a Brasília que o faça no propósito de ficar realmente na Conferência os três dias defendendo as propostas que aqui passaram e lá também no intuito e com um único objetivo: realmente de contribuir para o debate dentro desse espaço democrático que o Brasil dispõe para que todos falem, opinem, discutam, discordam e que consensuem no final o que for melhor para a Saúde desse País.

Eu vou ficar aqui o dia todo, vou ficar até o último minuto da Conferência. Essa é a minha obrigação como Presidente dessa Conferência e será garantida pela Mesa e pela Plenária completa e ampla democracia, o direito de cada um falar o que achar o que pensa, o que deve.

E, por fim, agradecer a participação de cada um, porque, na verdade, a Conferência foi muito trabalhada. Eu queria parabenizar o CESAU, a Comissão Organizadora, a Comissão Executiva do CESAU, porque eu estive observando esses três dias e conversei com várias pessoas. Perguntei sobre tudo que podia perguntar. E, na verdade, encontrei ontem à noite que há um grau de satisfação muito grande com tudo que aconteceu. Os debates são normais, a mudança é para ter. E a organização, na verdade, trabalhou perfeitamente e eu estou realmente satisfeito com o que aqui aconteceu durante esse evento. Portanto, parabéns à Comissão Organizadora, parabéns a

todos que participaram desse trabalho e parabéns a todos que aqui vieram e deram a sua parcela de colaboração para que acontecesse esse ato realmente bonito, democrático que vai, na verdade, contribuir positivamente com o crescimento do SUS nesse País. Obrigado.

SRA. COORDENADORA: Passo a palavra para a relatora geral da Conferência – a Maria Andrade Leite.

SRA. MARIA ANDRADE LEITE: Bom-dia companheiros e companheiras. Antes de iniciar a questão do trabalho vou dar avisos.

A Microrregional de Acaraú se encontrar aqui no auditório, próximo à Mesa, às 14h.

Convocamos os municípios às 10h30min para uma reunião na hora do lanche aqui no auditório: Aquiraz, Chorozinho, Itaitinga, Ocara, Cascavel, Pindoretama, Euzébio, Horizonte e Pacajus.

Bom, nós vamos iniciar, eu acho que todo mundo está lembrado do Regimento, eu quero colocar para vocês que as propostas que aqui vocês vão aprovar o que for da competência estadual será encaminhado tanto para os gestores como para o Conselho Estadual de Saúde, como a bipartiti. Enquanto que as propostas nacionais é que vão realmente para Brasília. Isso é o Regimento da XII Conferência Nacional de Saúde. E elas pedem que nós organizemos as propostas em cinco folhas de papel, em cinco laudas, como eles chamam. Então, se os delegados que foram eleitos chegaram lá e verificarem que não está a proposta tal e qual como foi aprovada aqui é porque

se teve alguma que pôde complementar nós juntamos e complementamos e sai uma toda. Eu quero dar essas explicações, porque às vezes você chega em Brasília e diz: não está a proposta que eu aprovei. Então, no Regimento nós só podemos mandar cinco folhas digitadas. Então, por conta disso eu estou explicando isso para vocês.

A outra coisa é que nós aprovamos aqui no Regimento: quando formos lendo, quem tiver alguma questão de destaque pode levantar o braço dá o nome e no final do primeiro bloco, nós primeiro obedecer o eixo temático "Direito à Saúde". E no final do "Direito à Saúde" nós chamamos para colocar os destaques e colocar em votação.

Lembrando também que ficou definido que a pessoa que pede destaque tem que mandar para a Mesa escrito e aí essa pessoa será chamada por dois minutos para defender a proposta ou de alteração, ou de supressão, de complementação. Eu só estou lembrando, porque nós tentar coordenar de tal forma que consigamos atingir os nossos objetivos para às 17h já estarmos pensando na eleição dos delegados, como está previsto.

E gostaria que vocês prestassem bem atenção, porque é aquela velha história "passa batido".

Então vamos iniciar com o "Direito à Saúde" dos grupos.

Outra explicação que nós queremos dar. Nós tentamos fazer o seguinte: nós tínhamos colocado naquele relatório de proposta que todos vocês têm. As propostas que não sofreram nem uma modificação, nem complementando,

nem acrescentando outra proposta (suprimindo) essas propostas permanecerão com a cor preta. Onde tem a cor vermelha é quando grupo propôs acrescentar essas palavras ou modificar. E também as propostas novas nós tentamos colocar em azul para que saibamos que foram propostas acrescidas no próprio grupo.

Então vamos começar.

SRA. COORDENADORA: Gente, nós estamos com um problema técnico, mas já estamos resolvendo. Nós já tentamos aproximar os painéis, porque facilita. Nós gostaríamos de pedir que aproximassem um pouco esses painéis e talvez a visibilidade não seja suficiente para o pessoal que está atrás.

Tem um aviso aqui: a Plenária de profissionais de nível médio está sendo marcada para hora do almoço no mesmo auditório de ontem.

SRA. MARIA ANDRADE LEITE: Reunião da Microrregião do Maciço de Baturité no intervalo, na hora do lanche aqui no auditório.

Nós, quando vamos para as conferências, sempre pedidos que os municípios mandassem os relatórios com antecedência. Nós dizemos: a Conferência está terminando hoje não precisa ser aquele relatório bonito, peguem só as propostas aprovadas, os delegados eleitos com seus suplentes e nos encaminhem. Depois vocês fazem o relatório com uma boa apresentação. No entanto, quando nós começamos a relatoria, faltando uma semana para cá, tínhamos somente relatórios de 54 municípios. Eu queria avisar isso para vocês, porque foi numa semana que essa Comissão toda que vocês vão

conhecer ao longo do dia trabalhou nessas propostas. E também a dificuldade que vários municípios mandaram sexta-feira, apesar de termos trabalhado sábado e domingo e outros que chegaram segunda-feira e não foram contemplados, companheiros e companheiras, não era possível. Nós temos que mandar para a gráfica, portanto, nós atrasamos também a entrega na gráfica por conta disso aí. Terminamos não botando mais nesse manual e mandamos fazer aquela parte separada, que deveriam está contido aqui dentro. Mas isso foi tudo por conta dos municípios que não encaminharam para Fortaleza, para o CESAU no devido tempo os relatórios. Eu acho que todos vocês sabem disso, por isso que eu estou afirmando: nós fizemos o máximo. Quem chegou até sexta garantimos que entrasse, depois de sexta não tinha mais condições, porque nós tivemos que fazer uma revisão em todos os eixos temáticos.

SR. MOACIR: Nós temos cinco pequenos avisos.

Reunião da 3ª Micro de Maracanaú, usuários, na hora do intervalo atrás da sala vip;

Reunião com a micro de Sobral na hora do lanche, aqui no auditório.

Os usuários da Microrregional de Aquiraz, Caucaia, General Sampaio, Itapajé, Paracuru, Paraipaba, Pentecostes, São Gonçalo do Amarantes, São Luiz do Curú, Tejusuoca e Umirim encontrar-se às 11h também atrás da Sala Vip.

Microrregião de Russas: Ibicuitinga, Jaguaretama, Jaguaruana, Morada Nova, Palhano e Russas reunião no lado esquerdo do Auditório após o lanche.

E na hora do lanche a 7ª Microrregional de Aracati convida para uma reunião também do lado esquerdo do auditório.

Convidamos aqui para a Mesa a Natividade, representante dos profissionais do Conselho Nacional de Saúde e o José Teófilo, representante da Plenária Nacional de Saúde.

Os profissionais da Saúde Bucal, nível superior, às 13h na porta do auditório.

SRA. MARIA ANDRADE LEITE: Nós vamos começar a Plenária e a leitura do relatório e regimentalmente nós colocamos que teríamos que estar distribuindo com antecedência as alterações, os acréscimos, mudança de texto que foram feitos nos relatórios que foram discutidos nos grupos ontem à tarde. Nós saímos 11h da noite ontem daqui, precisamente às 10h46min para fechar e preparar o material que nós vamos ter que estar apresentando para vocês e não tivemos condições de reproduzir o material para todas as pessoas da Plenária. Então, nós vamos acompanhar o relatório pelo telão e com o texto dos relatórios de síntese dos municípios. E estamos colocando que nós não tivemos tempo de reproduzir esse material para todos vocês. Mas, com certeza, nós estaremos reproduzindo todo o material que for acrescido, que for modificado nessa Plenária para vocês receberem esse material e, sobretudo, os delegados que serão eleitos e que irão para Brasília que nós precisamos depois estar nos organizando, preparando e trabalhando com esses 104 delegados e os dez observadores que irão para Brasília.

Gostaria também de esclarecer que nós iremos tirar esses dez observadores aqui entre convidados e delegados que queiram ir a Brasília e que suas entidades possam estar financiando a sua estadia para poder estar participando e acompanhando a Conferência Nacional de Saúde. O Estado não se compromete em pagar estadia e hospedagem dos observadores, apenas dos delegados, que foi o que nós colocamos no Regimento. Então, nós aprovamos isso no Regimento.

E parece que os observadores vão estar se reunindo hoje, não sei se tem alguém aí, mas tem uma articulação já de algumas pessoas que são candidatas dos observadores e também nós vamos estar fazendo uma eleição paritária entre os observadores: Governo, profissionais e usuários que possam estar em Brasília.

Bom, gente outro aviso: os profissionais de saúde de nível superior às 13h30min estarão reunidos no auditório B.

Uma outra que eu queria informar: nós sabemos da questão da produção das inovações em nível de mundo, que mudou, inclusive, a nossa vida. Nós estamos aqui e conversamos com o resto do mundo. É excelente. É um desenvolvimento muito grande, mas às vezes a máquina também não funciona. De repente, a máquina do computador travou e está sendo trocada. Então, são coisas que já estavam tudo bem e travou.

Enquanto isso eu vou explicar também a questão da metodologia que nós fizemos os relatórios. Nós recebemos os relatórios de todos os municípios e dividimos por eixo, porque nós sentávamos num grupo nos municípios e

juntávamos todas as propostas, não era por eixo temático como nós estamos fazendo aqui como a Nacional recomendou. Então, nós tiramos por eixo ...

... Olha, a Leni Nobre me faz uma pergunta que eu acho que é de interesse de todos.

Já que nós – delegados – não recebemos a proposta do relatório, de acordo com o item a, do Art. 16, antes da Plenária e tendo em vista não podermos participar de mais de um eixo temático nos grupos concomitantes pergunto: caso o delegado queira acrescentar uma proposta não contemplada nos eixos temáticos, como proceder?

Leni, nós vamos ler cada um eixo. Nós vamos começar agora. Nós vamos ler as propostas. Se você, no eixo temático, tem alguma proposta e viu que não foi contemplada para o acréscimo ou qualquer coisa, se não teve destaque e quer acrescentar, no final do eixo nós perguntamos se alguém quer fazer alguma proposta. E faça destaque, agora mande por escrito.

SR. MOACIR: Nós estamos solicitando que as moções que já estejam prontas que fossem enviadas aqui à Mesa. As moções têm que ter, pelo menos, 50 assinaturas, senão não poderão ser colocadas à Plenária. Individual não vale e não será sequer recebida. Tem que vir no papel oficial e com as assinaturas dos delegados apostas. Nós estamos recebendo moções até 12h.

SRA. MARIA ANDRADE LEITE: Vamos começar, então.

"Direito à Saúde"

1) *Garantir o acesso dos usuários às ações do Sistema de Seguridade Social – Saúde, Previdência e Assistência Social*. A Vera Coelho quer um destaque.

2) *Restabelecer o papel regulador do Ministério da Saúde em todos os âmbitos das relações com os setores produtores privados de bens e serviços tais como: planos de saúde, indústria farmacêutica, indústria alimentícia e de equipamentos visando a garantia do direito universal à Saúde* – um destaque.

3) *Desenvolver, executar e fiscalizar políticas econômicas e sociais que assegurem emprego, moradia, segurança e cultura por meio de projeto intersetoriais.*

4) *Divulgar, ampla e continuadmente, para a sociedade os direitos dos usuários do SUS, através de campanhas sistemáticas sobre a organização e a oferta de serviços e ações para a população em geral.*

5) *Promover mecanismos de humanização nas ações e serviços de Saúde ofertados à população.*

SR. MOACIR: Maria, só um minutinho. Está acontecendo o seguinte: está havendo uma negociação de delegados dentro da Plenária e as pessoas que estão em volta estão reclamando que não estão podendo acompanhar a leitura. Nós queremos pedir o seguinte: quem for negociar agora, que faça no outro

lado do recinto senão nós não vamos conseguir andar na leitura e não é hora também de discutir essas coisas.

SRA. MARIA ANDRADE LEITE:

6) *Agilizar o cadastro dos usuários viabilizando, em âmbito nacional, o processo de implantação do cartão do SUS através da ampliação do quadro de profissionais de Saúde.*

7) *Garantir um SUS com qualidade, reafirmando os princípios constitucionais do Direito à Saúde para todos com financiamento público;*

8) *Promover continuadamente esclarecimentos sobre o direito de ir e vir aos pedestres, com implantação de passarelas, ciclovias, eliminando e/ou reduzindo os riscos de acidentes em vias públicas sob responsabilidade federal, estadual e municipal, principalmente que atenda às pessoas com necessidades esECiais;* destaque

9) *Garantir a assistência integral à pessoa portadora de dependência química na rede de saúde mental – postos de saúde, enfermarias nos hospitais gerais, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS; hospital dia e hospital noite; residência terapêutica e Centro de Convivência, evitando a internação nos hospitais psiquiátricos.* Destaque.

10) Garantir o pleno funcionamento do Sistema de Referência e Contra-Referência para os usuários no âmbito da Seguridade Social, penalizando os que não cumprem a contra-referência.

11) Garantir atendimento integral priorizando ações de promoção e prevenção, sem prejuízo das ações de recuperação.

12) Regulamentar os procedimentos para agendamento e atendimento dos usuários no âmbito dos serviços de Saúde, bem como a realização de exames de alto custo na rede do SUS;

13) Fazer cumprir a Lei do Silêncio em todos os municípios. Destaque.

14) Garantir, pelo menos, um hospital secundário em pequenas cidades distante de outras maiores. Dois destaques

15) Garantir o funcionamento dos serviços de Saúde, de forma que o usuário tenha acesso e resolutividade em todos os níveis de atenção.

16) Que seja garantido, no âmbito estadual e federal, o acesso ao Programa de Assistência aos portadores de ostomia e seus

familiares para aquisição de acessórios e outros equipamentos; Destaque

17) *Que seja garantido aos clientes assistidos pelo SUS o direito de participação no processo de licitação municipal e estadual com direito a opinar e sugerir a respeito de compras de materiais, medicamentos e outros;* Destaque

18) *Garantir recursos para a construção e manutenção de um hospital de média complexidade em cada município, que assegure o atendimento ao usuário.* Destaque

19) *Estimular e valorizar a espiritualidade indígena nas ações nas ações de Saúde, considerando os costumes tradicionais;* Destaque

20) *Maior investimento nas ações de promoção e prevenção de saúde dos povos indígenas.*

21) *Resgatar as tradições culturais dos povos indígenas na utilização de medicamentos tradicionais através das farmácias vivas.*

22) *Garantir o atendimento dos serviços de Saúde esECíficos para a área indígena de acordo com a Lei;*

Terminamos aqui o trabalho do grupo. Agora, queríamos colocar para vocês: vocês têm todo o relatório das propostas. Vocês estão verificando?

Eu expliquei para vocês que nós íamos ler os acréscimos e as modificações. Agora, nós temos no “Direito à saúde” esses que vocês já têm aqui. Vocês verificaram que o um, o dois, o três e o quatro foram modificados. Vocês já têm esses relatórios só os acréscimos do grupo. Mas as propostas que vieram do interior com relação ao “Direito à Saúde” só foram dozes propostas. Além dessas doze que nós lemos aqui, foram acrescidas essas que apareceram de azul. Eu expliquei para todo mundo. Então vocês pegam os relatórios que vocês receberam ... A Comissão de Relatoria tem todas as propostas que vieram do interior dos eixos temáticos. Nós estamos colocando, em vermelho, a proposta que foi modificada no grupo e estamos botando em azul o que o grupo acresceu.

Então, vamos chamar para os destaques. Depois de discutimos os destaques. Aí nós chamamos para o acréscimo de alguma proposta que, por acaso, não tenha sido contemplado.

Olha, eu vou dizer uma coisa para vocês: a Nacional, quando nos mandou os eixos temáticos, nós já tínhamos começado as conferências, que começaram em junho. Esses aqui são os acréscimos, as modificações.

Companheiros, eu há solicitei às jovens que estão aqui, que fiquem à frente para receber os destaques, levando o microfone. Nós precisamos que estejam aqui.

Temos uma questão de encaminhamento nas nossas discussões. Nós temos que ser mais ágeis na leitura do nosso relatório. Teve o destaque, nós vamos parar para fazer o destaque. O que não teve destaque nós vamos automaticamente aprovar, companheiros. Não teve destaque os itens estão aprovados. Teve destaque, nós vamos fazer o destaque e vamos encaminhar para a votação. Nós vamos trabalhar dessa forma.

Então, nós temos destaques à Mesa. E vamos ser ágeis, porque nós temos cinco blocos de trabalho e estamos previstos para concluir às 18h30min. Então, se não tivemos uma dinâmica e não tivermos a colaboração das pessoas que estão trabalhando conosco vai sar difícil termos uma Plenária de sucesso e com a velocidade que nós queremos implementar na discussão.

SRA. MARIA ANDRADE LEITE: Companheiros, dois minutos para o destaque do José Roberto, improrrogáveis.

SR. JOSÉ ROBERTO: Bem, no item um seria: *garantir o acesso do usuário do Sistema de Seguridade Social...* o que eu acrescento: *explicitando nos Planos Plurianuais, nas Leis de Diretrizes Orçamentárias e nas Leis Orçamentárias Anuais os recursos para esses fins.* A única coisa que eu quero é que não fique uma coisa vaga, mas que seja explicitado o recurso, porque sem recurso não se faz.

SRA. MARIA ANDRADE LEITE: Está escrito. Eu vou ler de novo. O Destaque dele é: *garantir o acesso dos usuários do Sistema de Seguridade Social explicitando nos Planos Plurianuais, nas Leis de Diretrizes Orçamentárias e nas Leis Orçamentárias Anuais os recursos para esses fins.*

Teve outra pessoa que destacou. A Vera. Vamos chamar e depois botamos as duas propostas para poder botar em votação.

O Destaque da Vera: *garantir o acesso da população nas ações e serviços no Sistema de Seguridade Social, Saúde e Previdência e Assistência Social.*

SRA. VERA COELHO: A mudança é tirar o nome de "usuário". É substituir o nome de "usuário" por "população". Eu acho que essa questão de vinculação de usuário não está correta em relação à questão do Sistema de Seguridade Social. E aí eu aproveito e completo com o Paulo que *seja assegurado nos Planos Plurianuais, nas Leis de Diretrizes Orçamentárias e nas Leis Orçamentárias Anuais os recursos para esses fins.*

SRA. **MARIA ANDRADE LEITE**: Eu vou colocar aqui uma proposta para o plenário. É o seguinte: os destaque vão chegando à Mesa, nós vamos ler esses destaques. Se tiver dúvida é que nós chamamos a pessoa para vir falar; se não já colocamos em aprovação para nós caminharmos.

Então, nós vamos colocar em votação.

Companheiros, nós estamos numa plenária. Nós temos regras que nós aprovamos. Nós podemos estar encaminhando o destaque por escrito como a maioria tem feito. Nós vamos ler o destaque. Se precisar de defesa do destaque nós chamamos o cidadão que fez o destaque para que ele defenda. Se a Plenária estiver esclarecida, nós colocamos em votação. Ninguém está

burlando nada, nós estamos regimentalmente dos critérios do que enseja a Plenária. Vamos tentar isso para nós agilizarmos, senão nós vamos demorar muito essa Plenária.

Então, foram feitos dois destaques: um, de redação do texto que a Vera fez, colocando trocando *garantir o acesso dos usuários* por *garantir o acesso à população* e uma outra redação que o nosso companheiro apresentou aqui que modifica a redação do texto. Um, troca a palavra "usuários" por "população", que a questão do acesso é para toda a população e o outro que é uma nova redação ao texto, inclusive acréscimo de texto nesse primeiro item.

Então, o que o nosso companheiro José Roberto apresentou: *garantir o acesso da população do Sistema de Seguridade Social, explicitando nos Planos Plurianuais, nas Leis de Diretrizes Orçamentárias e nas Leis Orçamentárias Anuais os recursos para esses fins.* Essa é a primeira proposta que o José Roberto apresentou, que nós vamos aprovar ou não. E a Vera só troca a palavra "usuários" por "população".

Olha, a proposta que está no texto: *garantir o acesso do usuário as ações do Sistema de Seguridade Social, Saúde, Previdência e Assistência.* A proposta da Vera Coelho é: *garantir o acesso da população às ações e serviços do Sistema.*

Então, companheiros, é isto que nós estamos discutindo. A primeira proposta é a proposta do José Roberto. Vamos encaminhar para a votação?

Vamos entrar num acordo com a Plenária. Os itens que tiverem dois ou mais destaques nós chamamos os autores dos destaques e eles vão lá num canto e entram num acordo. Eu acho que assim nós andamos. Essa primeira está prejudicada que nós não fizemos, mas do item quatro em diante já vai aparecer ...

... foi dizendo assim: vamos incluir dos usuários, que é a população de uma maneira geral, é a mesma coisa. A proposta do companheiro é que nós vamos ler.

Olha, nós já juntamos as propostas. Deixa-me ler como ficou...

SR. CHICO PASSEATA: Gente, vamos acatar um pouco a sugestão. A proposta da Vera Coelho não é só substituir isso. Chama os dois ali, vão ali e conversem para acordar, porque ela complementou a proposta dela com o complemento da dele. Agora, não dá para ficar não sei quantos destaques: um num canto e outro noutro. A Plenária quieta, gente se não nós vamos sair daqui à meia noite. Não dá para ser desse jeito.

SR. PARTICIPANTE: Questão de ordem. Bom-dia. É para tentar ajudar a Mesa. Está tendo uma confusão. Primeira coisa: as pessoas têm que se manifestar ou em questão de ordem ou em encaminhamento. Se a cada pensamento as pessoas se manifestarem e a Mesa ficar travando esse diálogo, vocês não vão conseguir encaminhar.

Os destaques são de duas naturezas: ou altera o texto original, ou adiciona. Então, há um destaque de alteração e outro de adição. Eu acho que

tem que seguir o Regulamento. E aí a Mesa tem que proceder da seguinte maneira, no meu entendimento: imediatamente alguém defende o texto original, se ninguém defende o texto original, logicamente esse texto vai ser alterado. Abre para uma defesa da alteração e coloca em votação. Senão não vai ter fim e nós vamos ficar aqui até 4h da manhã.

SRA. MARIA ANDRADE LEITE: Vieram as duas proposta e eu estava lendo. Ele já foi lá, porque, na realidade, a Vera já tinha concordado e nós já tínhamos ...

Olha, gente, nós vamos colocar em votação. A primeira proposta é que mantém o texto. Proposta I – *Garantir o acesso aos usuários as ações do Sistema de Seguridade Social, Saúde, Previdência e Assistência Social.*

A Proposta I – *Garantir o acesso da população às Ações e Serviços do Sistema de Seguridade Social, Saúde, Previdência e Assistência Sócia, explicitando nos Planos Plurianuais, nas Leis de Diretrizes Orçamentárias e nas Leis Orçamentárias Anuais os recursos para este fim.*

Quem for favorável à Proposta I – Manutenção do texto levanta o crachá.

Quem for favorável à Proposta II – Levanta o crachá. Ganhou a Proposta II.

Quem se abstém. Três votos de abstenção.

O segundo destaque é no item dois. A proposta do destaque eu vou ler: *Restabelecer o papel regulador do Ministério da Saúde através da Administração Direta nos âmbitos nacionais e estaduais nas relações com os setores produtores privados de bens e serviços tais como: planos de saúde, indústria farmacêutica, indústria alimentícia e de equipamentos visando a garantia do direito universal à Saúde.*

O destaque do companheira Narcilio é de acréscimo.

SR. NARCÍLIO: Eu queria só colocar duas questõeszinhas antes de defender o destaque: uma, é que a Mesa se entenda melhor, porque não está sendo possível esse confronto que está havendo. A segunda questão, é que não dá para ficarmos escrevendo o destaque enquanto estão sendo lidas as outras propostas. Eu, particularmente, não conseguir acompanhar as dez últimas propostas do item, porque fiquei escrevendo dois destaques. Então, eu acho que depois de aprovado o destaque é que eu redijo ou entrego a redação para a Mesa e não antes.

Agora, eu vou defender o destaque. O que eu propus de incluir ou explicitar que *restabelecer o papel regulador do Ministério da Saúde através da Administração Direta nos âmbitos Nacional e Estaduais* é uma tentativa de deixar claro, e eu acho que a proposta queria falar isso, só que não explicitou, que nós temos que acabar com as estruturas criadas nos 8 anos de neoliberalismo na Saúde do Governo FHC que criou as agências em todos os níveis de Governo, que são estruturas de poder paralelas, são autarquias totalmente influenciáveis pelo poder econômico que eles querem regular. Ora, as autarquias são administrações indiretas, fonte de clientelismo e totalmente

suscetíveis às pressões da indústria farmacêutica, da indústria alimentícia e dos planos de saúde. Então, nós temos que acabar com as agências e restabelecer a administração direta desse papel regulador.

SRA. MARIA ANDRADE LEITE: Bom, eu vou ler a manutenção do texto, que vai ser a Proposta I – *Restabelecer o papel regulador do Ministério da Saúde em todos os âmbitos das relações com os setores produtores privados de bens e serviços, tais como: plano de saúde, indústria farmacêutica, indústria alimentícia e de equipamentos visando a garantia do direito universal à saúde.*

Proposta II - *Restabelecer o papel regulador do Ministério da Saúde, através da Administração Direta nos âmbitos das relações com os setores produtores privados de bens e serviços, tais como: plano de saúde, indústria farmacêutica, indústria alimentícia e de equipamentos visando a garantia do direito universal à saúde.*

Em votação. Quem for favorável à manutenção do texto levanta o crachá. Quem for favorável a nova proposta. Aprovado.

SR. CHICO PASSEATA: O Item 3 não tem destaque. O item 4, eu chamaria o José Roberto e a Lúcia.

Agora o destaque do item 5 – *Promover mecanismos de humanização nas ações se serviços de saúde ofertados à população.*

O Destaque: *Humanização para os trabalhadores da saúde.* Chamo o Leonarda para defender a proposta.

Precisa defesa? Então, em votação se acrescenta ou não a proposta da Leonarda. Se há acordo, independente de qualquer coisa tem uma proposta de juntar. A proposta de juntar diz: *Promover mecanismos de humanização nas ações se serviços de saúde ofertados à população e humanização para os trabalhadores de saúde também.*

A proposta é que fique dessa forma. Alguém quer manter o texto original? Alguém que a modificação? Aprovada a modificação.

Item 8 – *Promover continuadamente esclarecimento sobre o direito de ir e vir aos pedestres com implantação de passarelas, ciclovias, eliminando e/ou reduzindo os riscos de acidente em vias públicas sob responsabilidade federal, estadual e municipal, principalmente que atendam às pessoas com necessidades esECiais.*

O destaque é, da Mazé, da Caucaia e é complemento: *além de passarelas mais campanha ao povo em geral nas escolas e instituições das comunidades, Igrejas e etc para que possam utilizar mesmo a passarela sentirem-se seguros nas passarelas.*

Deu para entender. Existe a proposta que eu acabei de ler, que é: *Promover continuadamente esclarecimento sobre o direito de ir e vir aos pedestres com implantação de passarelas, ciclovias, eliminando e/ou reduzindo os riscos de acidente em vias públicas sob responsabilidade*

federal, estadual e municipal, principalmente que atendam às pessoas com necessidades especiais.

Mazé, você tem dois minutos para explicar antes de votarmos.

SRA. MAZÉ: Bom-dia. Eu queria só fazer um complemente e vou defender a minha proposta, porque nós brigamos por essas passarelas há mais de 20 anos e muitas vezes a população não utiliza a passarela e corre o risco com os carros. Só que tem um detalhe: para se fazer um folheto na Secretaria de Governo depende de campanha, de documento ou de dinheiro, aproveitando as palavras da Dra. Vera. Então, que seja feita divulgação para a população de um modo geral no sentido de que esse povo utilize verdadeiramente as passarelas. Isso é uma questão de cultura brasileira. Então, eu coloquei que fizesse também uma campanha para o povo de modo geral, levando para as escolas, para as associações, para as igrejas, sindicatos, etc.

SR. CHICO PASSEATA: Olhe, eu não vejo nem um problema de acrescentar campanhas com o a Mazé está fazendo aqui. Alguém vê algum problema? Então vamos votar.

Votando: quem é a favor da manutenção do texto? Quem é a favor do texto acrescentando o que a Mazé falou? Quem se abstém? Mantém o texto como está.

Item 9 diz: *Garantir a assistência integral à pessoa portadora de dependência química na Rede de Saúde Mental, Postos de Saúde, Enfermaria nos Hospitais Gerais, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Hospital dia*

e Hospital noite, Residência Terapêutica e Centro de Convivência, evitando internação nos hospitais psiquiátricos.

A Comissão Organizadora está solicitando que os delegados – crachá vermelho – fiquem nessas duas primeiras filas. Evitem ficar nas fileiras laterais para poder fazer melhor o contraste na hora das votações. Muito obrigado pela compreensão.

O Destaque: *Garantir a assistência integral a todas as pessoas portadoras de transtornos mentais, inclusive os dependentes químicos, através de uma rede de atenção em Saúde Mental, composto por ações de Saúde Mental, Postos de Saúde, Enfermaria nos Hospitais Gerais, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Hospital dia e Hospital noite, Residência Terapêutica e Centro de Convivência, evitando internação nos hospitais psiquiátricos.*

Está claro, podemos votar? Quem vota pela manutenção do texto levanta o crachá. Quem vota pelo texto alternativo? Quem se abstém?

SR. PARTICIPANTE : Eu tenho uma questão de encaminhamento. A minha questão de encaminhamento é que o companheiro Chico comande os trabalhos da Mesa sentado. Todo mundo está sentado, a Mesa está toda sentada. Que ele fale um pouco mais baixo.

SR. CHICO PASSEATA: Eu pediria respeito à opinião do camarada que tem idade de ser meu filho e eu acho que ele merece respeito de todos nós. Eu acho que ninguém está aqui para ser vaiado.

Agora, do jeito que ele teve o direito de fazer isso, para que eu veja melhor a todos vocês de pé vejo melhor. Eu agradeço a sua preocupação.

Então, vamos votar outra vez, porque não deu para visualizar direito. Se não der vai ter que contar e eu peço compreensão.

Em votação. Quem for a favor da manutenção do texto levanta o crachá. Pode baixar. Quem for pela substituição do texto, levante o crachá. Pode baixar. Quem se abstém? Ganhou a substituição do texto.

SR. PARTICIPANTE : Questão de Ordem? É impossível dessa forma, esse encaminhamento, porque quando você simplesmente lê o destaque os delegados não estão sendo esclarecidos das razões do destaque. Então, é óbvio que acaba sendo uma votação dividida. Vai ser em todas. É necessário que quem fez o destaque esclareça-o.

SR. PARTICIPANTE : Francisco, eu só queria que a pessoa que está comandando o computador, se não tem condição de fazer a substituição rápida que deixe para fazer depois, porque quando você começa a ler o item seguinte ele ainda está corrigindo e nós não acompanhamos.

SR. CHICO PASSEATA: As questões de ordem colaboram. Eu só quero dizer o seguinte: nós, toda vida, vamos perguntar antes de votar se a platéia está esclarecida. Se a platéia estiver esclarecida não vai ter defesa.

SR. MOACIR: Pela ordem, Chico. Eu sei que nós temos que ser ágeis, mas, por favor, da forma que está a questão não é da platéia estar esclarecida. É porque a defesa possibilita o convencimento. Está esclarecido é entender o que está sendo dito, mas o convencimento na defesa ... você pode convencer em votar noutra proposta. Então, regimentalmente, é permitida a defesa. Então, por favor, vamos seguir o Regimento.

SR. CHICO PASSEATA: Pessoal é o seguinte: o Moacir tem toda razão. Nas primeiras duas que eu encaminhei, eu perguntei à Leonarda se queria defender e ela não quis. A Mazé veio e defendeu, a outra não quis. Eu não estou vendo problema. A qualquer hora se pode defender. Não se está havendo cerceamento em canto nenhum.

Vamos para frente. A Platéia vai decidir em cada momento. Então, o item 4.

SR. PARTICIPANTE : A Mesa não tem o direito de atropelar o Regimento. O Regimento dá direito a defender destaque. E você tem que respeitar o Regimento.

SR. CHICO PASSEATA: A Mesa não está desrespeitando.

SRA. PARTICIPANTE : O Regulamento diz: *os propositores de destaque terão dois minutos improrrogáveis para a defesa do seu ponto de vista.* A Mesa está passando por cima.

SR. CHICO PASSEATA: Deixe-me pedir duas coisas aqui? Dois esclarecimentos. O primeiro esclarecimento: aqui nós estamos discutindo a síntese do veio das Conferências Municipais e o que foi discutido aqui, para ficar aqui as questões estaduais e para ir para a nacional as questões nacionais. Então vamos contribuir. Eu aceito o que foi dito pelos companheiros. Não vai ser desrespeitado o regulamento.

Estamos encaminhando o item 4.

Item 4 – *Divulgar, ampla e continuadamente para a sociedade, o direito dos usuários do SUS, através de campanhas sistemáticas sobre a organização, oferta de serviços e ações para a população em geral.* Foi feito um acordo entre o José Roberto e a Lúcia com uma proposta alternativa. Qual dos dois vem defender a proposta alternativa?

A proposta alternativa diz: *Divulgar, ampla e continuadamente para a sociedade, os direitos garantidos na Seguridade Social, através de campanhas e expondo nas entradas dos Serviços de Seguridade e Saúde informações sobre os direitos e serviços ofertados, explicitando a quantidade de procedimentos, horário de trabalho e os recursos financeiros alocados.*

SRA. LÚCIA ARRUDA: São dois acréscimos: o primeiro, não só se restringir aos direitos, mas aos direitos da Seguridade Social. E o outro acréscimo: a importância é que só campanha muitas pessoas não compreendem ou não chegam a ter acesso a essas campanhas, que além das campanhas sejam expostos nos locais de serviços onde é prestado esse atendimento, todos esses direitos, essas informações aos usuários.

SR. CHICO PASSEATA: Obrigado. Está todo mundo esclarecido. Então, em votação. Quem é a favor da manutenção do texto levante o crachá. Pode baixar. Quem é a favor da proposta de substituição levante o crachá. Quem se abstém levante o crachá. Ganhou a proposta alternativa.

A informação é: ainda não chegou a proposta alternativa do destaque do item dez. chegou do item 14. Quando chegar a proposta do item 10, nós lemos e fazemos a votação.

Vamos para o item 14 – *Garantir pelo menos um hospital secundário em pequenas cidades distante de outras maiores.*

A proposta: *Atenção esECial seja dada à Região da Ibiapaba para que o SUS seja verdade para o usuário*

1) *Criar, instalar e fazer funcionar a Universidade Federal;*
2) *Aparelhar um Hospital Regional completo para todos os diagnósticos e tratamento.*

A proposta foi feita pela Gracielma.

SRA. GRACIELMA: Lá no item 18, a proposta é semelhante a do item 14. Eu acho que podíamos ver como fundir essas duas propostas. As duas são de garantir pelo menos um atendimento hospitalar em cidades pequenas. Quem tiver a proposta de juntar, junta as duas e depois nós ouvimos a substituição.

SRA. PARTICIPANTE: Eu peço, por favor, a atenção e a simpatia desta Plenária. Eu quero dizer, para quem não conhece: nós estamos na extrema do Piauí. É uma região produtora. A maioria da população lá não está com um pires na mão, a não ser a comunidade do Sertão, porque também faz parte da Serra, a parte extrema de baixo e nós temos problemas seríssimos: o SUS lá não é uma realidade. É uma fantasia. Se nós tivermos uma fratura de uma falangeta ...

... ou para Fortaleza. Os nossos estudantes lá na Região... todos os municípios têm um ou dois ônibus; os estudantes saem às 16h de Sobram para a UVA, voltam à 1h da manhã; às 7h da manhã eles estão no batente para trabalhar. Que profissionais serão eles sem biblioteca, sem fonte de estudo, cansados. Eu peço a simpatia desta seleta assembléia. Muito obrigada.

SR. CHICO PASSEATA: Alguém quer defender o texto como está?

SR. PLÁCIDO: Bom-dia. Eu estou aqui representando Alto Santo. O problema de Saúde no Ceará não só está na Ibiapaba, não. Ele está em todo o Ceará. E esse texto aqui vai para Brasília. Aí nós vamos chegar lá em Brasília, mostrar o problema da Ibiapaba. E o resto do Ceará? Então, se nós queremos garantir hospital de média complexidade é para todo o Ceará, não só para Ibiapaba. Quando adoece alguém em Alto Santo também tem que vir para Fortaleza. É um problema? É. Mas não vamos defender só a Ibiapaba não. O problema de saúde é em todo o Ceará e nós estamos defendendo Estado, não só município.

SRA. PARTICIPANTE : Por favor, nós não precisamos de média complexidade. Nós precisamos de complexidade.

SR. CHICO PASSEATA: Temos outra proposta para o item 14 e 18. A proposta é de acrescentar: *Garantir pelo menos um hospital secundário em pequenas cidades distantes de outras maiores e garantir o financiamento dos hospitais pelos já existentes através de repasses federais, estaduais e municipais.*

SRA. VILALVA: Eu não quero defender não. Pessoal, nós estamos ainda no primeiro eixo temático, quando chegamos na organização da atenção é toda ela que vai contemplar essa questão da organização da rede. Então, estamos discutindo todo o sistema de Saúde, todos os problemas de saúde nesse primeiro item.

SR. CHICO PASSEATA: Aí é que está. Foi feito dessa forma. Não podemos mudar.

SR. PARTICIPANTE : Pessoal, bom-dia. O item 14 e 18 não consta aí, eu não tive tempo de copiar. Olhe, ela trata da questão de criação de hospitais para uma atenção secundária.

Todos nós sabemos da importância da criação desses hospitais, no sentido de que a nossa população seja mais bem assistida, no entanto, nós temos consciência da crise econômica e tudo, só que historicamente nós sabemos a questão da Saúde como é: foi uma coisa muito relegada, por isso que nós estamos aqui com toda boa vontade e interesse para melhorar essa

questão diante do que significa o SUS. No entanto, em relação ao Maciço de Baturité, eu não expus o Maciço de Baturité, é um exemplo que nós vivenciamos: nós temos dois hospitais pólo lá em Baturité, dirigido pelas freiras, que é um hospital filantrópico e que fez um convênio com o Estado e nós temos um em Aracoiaba, onde funciona a traumatologia, a ortopedia e a cirurgia. O que acontece é que, na realidade, eu queria acrescentar essa questão que fosse garantido o funcionamento quando se reivindica a criação de novos hospitais, através de repasses federais, estaduais e municipais e acrescentando ao texto aí: *repasses esses definidos nas instâncias competentes*. Mesmo levando em conta a crise, quando reivindicamos a criação de novos hospitais é importante que levemos em conta o que já existe. Por exemplo, nós lá temos muitos problemas, quer dizer, o convênio do Estado, o que a Prefeitura repassa não é suficiente e nós estamos com problema de atraso.

SR. CHICO PASSEATA: O seguinte: o que a Dra. Vilalva estava falando da Dra. Vera Coelho é no item 16 e 18, não é no item 14.

Então, em votação. Primeiro, a manutenção do texto como está. Quem for a favor da manutenção levanta o crachá. Pode baixar. Quem é a favor do substitutivo da Graciema. Levante o crachá. Pode baixar. Quem é a favor do texto do camarada agora, para acrescentar, levante o crachá. Quem se abstém? Acrescenta o texto do camarada no item 14.

Item 16 – *Que seja garantido no âmbito estadual e federal o acesso ao programa de assistência aos portadores de ostomia e seus familiares para aquisição de assessórios e outros equipamentos.*

A Proposta: *Garantir hospitais em municípios classificados no Plano Diretor de Regionalização como municípios de apoio para o Sistema de Referência*. Esse é o item 18.

SRA. VERA COELHO: A própria sistemática de abordagem em relação ao texto é muito rápida. Quando você está elaborando as propostas, você perde qual era a numeração. O que eu fiz foi item 14 e item 18 e não item 16, que não tem nada a ver com o assunto. O assunto que eu estou fazendo é o item 14 e o item 18.

SR. PARTICIPANTE : Bom-dia. Vocês hão de saber que quando eles vão fazer esses seminários lá nas nossas cidades... Eu moro em Crateús, cidade com mais de 80 mil habitantes. Vejam bem: quando eles vão fazer esses seminários eles só pode falar ... eu tenho um destaque que não saiu ainda. Eu não tenho condição de escrever, eu não tenho culpa de ser analfabeto. Quando eu nasci não tinha escola. Até agora não saiu o meu destaque. Você hão de convir: para os de nível superior, eles dão quinze e mais cinco. Para nós, dão dois e um. Tem condições de eu dar um recado em dois minutos. Será possível! Eu moro numa cidade que há 15 anos tinha três hospitais grandes. Vivia cheio, hoje tem um. Fecharam dois. Nós queremos recursos para abrir esses hospitais. Eu tenho culpa de ser analfabeto. A culpa é do Governo. O Governo hoje está do mesmo jeito. Chamam-nos para cá, mas não dão oportunidade.

SR. MOACIR: Eu quero, com todo o respeito, agradecer a colaboração do nosso camarada de Crateús. O companheiro de Crateús tem toda razão de

fazer o desabafo dele aqui. É verdade. Agora, nós temos que dá segmento a um trabalho e tem um método de seguir. Ele tem todo direito de querer falar mais tempo do que outras pessoas. Se nós formos ficar dando tempo de todo mundo falar, nós não terminamos hoje. Nós não concluímos. Por isso nós pedimos a compreensão de todos, mesmo dando toda razão ao camarada.

Então, o item 18, como a Dra. Vera falou ...

SR. PARTICIPANTE : Por favor, nós estamos praticamente no início da Plenária. Nós estamos discutindo um documento muito sério que vai influir fortemente no destino do SUS. Se nós estamos apenas em 10% do nosso trabalho e já estamos com essa carga de emoção se sobrepondo ao raciocínio, eu acho isso muito perigoso para o resultado final. O som da Plenária é muito bom, não precisa gritar. Dá para ouvir falando baixo, não precisa gritar. Vamos falar pausado, vamos tirar qualquer tipo de outra intenção que tenha na história e vamos tentar votar uma proposta que contribua para a construção do SUS do Brasil. Esse momento é de muita responsabilidade. Temos que ter calma, esfriar um pouco os ânimos. Acabado esse primeiro tema, nós vamos chamar aqui o Carlão com o violão dele, vamos dar aqui uma animada. Se for preciso vamos rezar. Agora vamos ter paz aqui dentro, porque o resultado é mais importante do que os nossos compromissos pessoais. Todo mundo concorda?

SR. CHICO PASSEATA: Vamos continuar. Item 18...

SRA. MARIA ANDRADE LEITE: Só esclarecendo: quando chegar no item 17, ele vai para o 17. Estamos com o item 18 na mão.

SR. CHICO PASSEATA: Então, vamos. Item 18 – *Garantir recurso para a construção e manutenção de um hospital de média complexidade em cada município que assegure o atendimento ao usuário.*

A Dra. Vera Coelho diz: *Garantir hospitais secundários em municípios classificados no Plano Diretor de Regionalização, como municípios de apoio para o Sistema de Referência.*

Alguém quer defender o texto como está. Se não, a Dra. Vera explica o destaque dela e nós votamos.

SRA VERA COELHO: A proposta é de que o Estado possa fortalecer a construção de hospitais secundários, não é só a construção, também a manutenção de hospitais que no Plano Diretor de Regionalização são colocados como hospitais de apoio ao Sistema de Referência. Não adianta você está investindo em hospitais em municípios que a população não reconhece como sendo um Centro de Referência e você ficar com investimento sem a questão da utilização.

Nós temos vários e vários hospitais que são construídos com capacidade de oferta grandes e que a população, na verdade, não tem a credibilidade, por conta de que existe na própria Região outras unidades que têm a garantia de resolutividade muito maior.

Então a proposta é: *Construir hospitais secundários de conformidade com o Plano Diretor de Regionalização.*

SR. CHICO PASSEATA: Em votação. Quem é a favor da manutenção do texto como está levante o crachá. Pode baixar. Quem é a favor do substitutivo da Vera. Pode baixar. Quem se abstém? Aprovado o substitutivo da Dra. Vera.

Item 17 – *Que seja garantido aos clientes assistidos pelo SUS o direito de participação no processo de licitação municipal e estadual, com direito a opinar e sugerir a respeito de compra de materiais, medicamentos e outros.*

A Dra. Vilalva: *os usuários já participam destas decisões através dos Conselhos Municipais de Saúde, o que é preciso é fortalecer os Conselhos, através de capacitação*.

SRA. VILALVA: O que eu queria colocar para vocês é que: *seja garantido aos clientes assistidos pelo SUS...* vai ser uma confusão muito grande. Todo mundo: compra isso, compra aquilo. Que se coloque fortalecendo os Conselhos. O que nós temos que fazer é que os Conselhos funcionem. Se não funcionam, é outra coisa. Mas nós temos que fortalecer os Conselhos, porque os usuários, que estão representados nos Conselhos Municipais de Saúde, já têm esse direito de fiscalizar as compras. Se não fazem é por que está sendo ... ou não estão usando esse direito. Pois eu tenho exemplo de município onde os conselheiros opinam e aprovam as contas municipais.

Eu queria que tirasse essa frase: *que seja garantido aos clientes assistidos* ... e substituísse: *que sejam fortalecidos os Conselhos Municipais de Saúde para que eles exerçam essas funções aí.*

SR. CHICO PASSEATA: Mas não foi isso que você escreveu.

SRA. VILALVA: Uma proposta de encaminhamento para isso aí é que botemos: *que seja garantido, através dos Conselhos, aos clientes assistidos ...* Só que aí seria através dos Conselhos, porque o Conselho já faz isso.

SR. CHICO PASSEATA: Faça o seguinte: faça uma redação junto com a Vilalba e nós voltamos a votar.

Item 19 – *Estimular e valorizar a espiritualidade indígena nas ações de Saúde, considerando os costumes tradicionais.*

O destaque de Maria Vilalva ...

SR. PARTICIPANTE : Era só para incluir neste item a questão: *Estimular e valorizar a espiritualidade indígena nas ações de Saúde, considerando os costumes tradicionais nas localidades onde exista comunidade indígena.* Porque onde não tem comunidade indígena, estimular os costumes, eu acho que é romper com a tradição daquela comunidade, já que naquela comunidade não tem costume indígena.

SR. PARTICIPANTE : Responda-me qual é a cidade que não tem um rezador. Responda-me se rezador não corresponde a um pajé indígena? Em qualquer canto que você estiver vai estar a espiritualidade lá. Não interessa se é no Sul ou se é no Norte, a espiritualidade do índio vai estar lá.

SR. PARTICIPANTE : No item 19, nós propomos: *Estimular e valorizar a espiritualidade nas ações de Saúde*, porque em todas as comunidades têm rezadores, têm pastores. E está excluindo essas espiritualidades que também são práticas.

SR. CHICO PASSEATA: Então vejam. O item 19 diz: *Estimular e valorizar a espiritualidade indígena nas ações de Saúde, considerando os costumes tradicionais.*

Então, já foi defendido pelo nobre companheiro camarada indígena, brilhantemente vestido de Cocar e ...

SR. PARTICIPANTE : Eu acho que nós temos que ter a tranqüilidade de perceber o seguinte: há a história das minorias. Os negros têm que demarcar em determinados momentos para poder chamar atenção. A questão indígena, hoje, está em pauta, está em voga. E tem que ser colocado isso. Não podemos aqui ficar fazendo mudancinhas, porque não está contemplado isso. Hoje a questão central é a questão: tem que chamar atenção? Tem. Tem que respeitar às tradições? Tem. Tem que colocar isso. É, por conta dessas questões, de ficarmos tirando por que está discriminando, os negros penaram nesse País, assim como as mulheres penam também em determinado e a questão do índio, então temos que manter como está a proposta, companheiros!

SR. CHICO PASSEATA: Vamos votar. Já ouve quatro intervenções. Tem uma proposta que fala na defesa considerando a espiritualidade indígena. A do camarada valoriza a espiritualidade de qualquer crença. Então, vamos votar.

O texto diz: *Estimular e valorizar a espiritualidade indígena nas ações de Saúde, considerando os costumes tradicionais.*

A Proposta diz: *Estimular e valorizar a espiritualidade nas ações de Saúde, considerando os costumes tradicionais.*

Em votação. Quem vota pela manutenção do texto? Quem vota pela substituição? Quem se abstém. Mantido o texto.

Voltando ao item 17 – *Que seja garantido aos clientes assistidos pelo SUS o direito de participação no processo municipal e estadual com direito a opinar e sugerir a respeito de compras de materiais, medicamentos e outros.*

A sugestão consensual feita foi: *Que seja garantido aos clientes assistidos pelo SUS, através dos Conselhos Locais e Municipais de Saúde, o direito de participação no processo municipal e estadual com direito a opinar e sugerir a respeito de compras de materiais, medicamentos e outros.*

Em votação. Quem é a favor da manutenção do texto? Quem é a favor da substituição? Quem se abstém? Aprovada a substituição.

Item 20 - *Maior investimento nas ações de promoção da saúde dos povos indígenas.*

A proposta é: *Maior investimento na promoção da Saúde e prevenção de doenças dos povos indígenas.*

SRA. MARIA ANDRADE LEITE: Companheiros, vamos ter só um pouquinho de calma e vamos terminar e já estamos terminando aqui esse item "Direito à Saúde", nós vamos para o lanche aí vocês... só um minutinho a mais.

SR. CHICO PASSEATA: A Liduina tem um destaque também no item 20: *Maior investimento nas ações de promoção e prevenção a saúde de populações, especialmente etnias indígenas e negras.*

SRA. LIDUINA: Bom-dia, pessoal. É só para acrescentar que esse maior investimento na questão da Saúde tem que ser para todas as raças e, principalmente, a indígenas e a negra. É só para acrescentar junto com a que já tem.

SR. CHICO PASSEATA: Muito bem. Tem uma outra que chegou aqui, do Marcos Albuquerque Ximenes que diz: *o atendimento à saúde não é por cor ou raça e sim por doença. O investimento e ações de saúde é para todos e não só para os indígenas, isso é discriminação.*

SR. MARCOS ALBUQUERQUE: Em relação a esse aspecto, eu gostaria de lembrar uma Lei, que inclusive é do Sérgio Arouca, a Lei nº 9836, que completa a Lei nº 8080, a Lei Orgânica da Saúde na qual em atendimento, desde o movimento da Reforma Sanitária, que os povos indígenas também têm as suas Conferências de Saúde. E Sérgio Arouca, que é o tema da Conferência tem uma lei de autoria dele que cria um sub-sistema específico para o SUS e não é a questão racial. Cria um sub-sistema para o indígena que contempla esse anseio: a constituição de distritos sanitários especiais

indígenas e atendendo um pressuposto básico da equidade. A questão aqui não é enaltecer ou destacar uma raça. E a primeira bandeira de luta foi realizar esse esclarecimento.

SR. CHICO PASSEATA: Então, em votação. Existe a proposta do item 20 no texto: *Maior investimento nas ações de promoção da saúde dos povos indígenas.*

Existe o destaque que seria: *Maior investimento nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças dos povos indígenas.*

Tem o destaque que diz: *Atendimento à Saúde não é por raça e sim por doença. O investimento e ações de saúde é para todos e não só para os indígenas, isso é discriminação.*

SR. PARTICIPANTE : Gente, analisa bem. O índio vivia aqui na Terra, saudável e quando o branco chegou, trazendo as epidemias, as suas doenças e essas pessoas vêm falar que estamos discriminando. Descriminados somos nós.

SR. CHICO PASSEATA: Olhem, vejam: o item 20 é daquela forma. Tem uma proposta de acréscimo. Em vez de ficar "*nas ações e prevenção da Saúde"*, ficar "*Maior investimento nas ações da Saúde e Prevenção de doenças dos povos indígenas."* E uma outra é de supressão do item 20. Não tem que esECificar aí.

Outra proposta: *Maior investimento das ações de promoção e prevenção à Saúde da população, esECialmente etnias indígenas e negras.*

Em votação a manutenção do texto. Quem for a favor da manutenção do texto como está levanta o crachá. Quem é a favor da supressão do texto, levante o crachá; que é a favor da inclusão além *das etnias indígenas e negras* levante o crachá. Ganhou a manutenção do texto como está.

Tem duas propostas de acréscimo.

SR. PARTICIPANTE : Uma questão de ordem. Existia uma outra proposta que não foi lida, que foi uma proposta ampla para todas as raças, não somente deixando até mesmo uma proposta discriminatória. Foi colocada uma de negro, uma de índio, uma de exclusão do tema e uma de manutenção do tema.

SR. CHICO PASSEATA: Foi lida. Se você tivesse visto. Votou a manutenção do texto.

SR. PARTICIPANTE : Eu vi e escutei e estou participando da Conferência. Eu estou querendo colocar a questão da leitura de todas as propostas para que ninguém aqui se sinta renegada a sua idéia.

SR. CHICO PASSEATA: Foi lida a proposta do Marcos Albuquerque Ximenes, que dizia o seguinte: *o atendimento à Saúde não é por cor ou raça e sim por doença. O investimento e ações de saúde é para todos e não só para os indígenas. Isso é discriminação.* Essa proposta foi encaminhada. Isso aqui

significa exclusão do texto. Se se exclui o texto não é só para os indígenas. Foi desse jeito que foi encaminhado. Mas ele quer que vote.

Eu quero perguntar ao Plenário. O plenário quer votar outra vez?

SRA. MARIA ANDRADE LEITE: Ótimo, pessoal. Vamos continuar.

Proposta de inclusão. Essa proposta que eu vou ler agora, inclusive foi colocada no grupo, mas nós deixamos para elaborar melhor hoje. É uma proposta sobre os transgênicos. Então, nós encontramos uma proposta que veio da Conferência do Meio Ambiente para essa Conferência nossa e nós achamos que contempla o que nós discutimos no grupo ontem. Eu vou ler: *Impedir a comercialização de alimentos geneticamente modificados enquanto não se conhece os possíveis riscos para a Saúde humana e ambiental e rejeitar a medida ilegal, recentemente editada pelo Poder Executivo, em desrespeito ao Código de Defesa do Consumidor, colocando a rotulagem de alimentos com menos de 4% de material geneticamente modificado.*

Pessoal, essa proposta está na página 17 do livrinho que vocês receberam de contribuição para essa Conferência, vindo pela Conferência do Meio Ambiente, dentro da pasta.

SR. CHICO PASSEATA: Alguém quer defender essa proposta?

SRA. PARTICIPANTE : Pessoal, é o seguinte: eu vou defender essa proposta por que a questão dos transgênicos é uma questão de Saúde Pública. Por que é que ela é de Saúde Pública? Porque os alimentos geneticamente

modificados impactam no Meio Ambiente e também na saúde humana. E não há estudos comprovando, no Brasil, os impactos e os efeitos disso. É preciso resgatar uma coisa que existe no Direito Internacional, que é o Direito à Precaução. E acho que essa é uma matéria que não diz respeito apenas ao Ministério do Meio Ambiente. Ele diz respeito também ao Ministério da Saúde, porque as questões de impacto da Saúde vão acabar no Sistema Único da Saúde, vão onerar o Sistema. Então, eu acho que deve ser aprovado sim os estudos com a participação do Ministério da Saúde.

SR. CHICO PASSEATA: Em votação. Quem é a favor da inclusão desse texto? Quem é contra a inclusão? Quem se abstém? Incluído o item.

Mas um texto de inclusão e aí nós paramos para todo mundo ir merendar.

É o seguinte: *Criar unidades de atendimento ambulatorial, de urgência e emergência, dentro dos presídios, evitando necessidades de deslocamento externo.*

Quem vai defender.

SRA. GORETE: Eu sou auxiliar de enfermagem e trabalho em unidade de emergência e urgência. É o seguinte: nas nossas unidades, nós atendemos um número muito grande de presidiários que necessitam de atendimento cirúrgico e clínico na parte de hemorragias digestivas.

Gente, é incrível! Eles chegam nas nossas unidades escoltados, com policiais com armamento pesado. Coíbe o atendimento dos usuários. Muitas vezes eles têm que ser atendidos na frente de crianças, de gestantes, de gente idosa, de cidadãos que não estão penalizados. Eu acho que na organização de saúde do Estado do Ceará, eles têm direito à saúde, que seja criando um hospital de porte para que eles não sejam removidos e não traga risco nem para o profissional e nem para o usuário, porque eu mesma já saí correndo de dentro da unidade por que estão lá cravados os buracos de bala, porque um deles sacou a arma do policial e atirou. Então, essa é uma questão séria que nós devemos pensar e incluir aí no direito à saúde, porque organização já existe. Existem o Direitos Humanos para mantê-los bem lá em cima, agora nós ficamos expostos a esse risco de vida.

SRA. VERA COELHO: Olhem, nós estamos, na verdade, na defesa de construção de um Sistema Único de Saúde, onde ele tem um princípio de universalidade, onde ele assegura o direito das pessoas a serem assistidas. No momento onde você faz uma proposição de construção de um serviço esECializado dentro de uma unidade presidiária, para que a população não venha para outras unidades do sistema, eu estou cessando o direito de acesso desse cidadão ao Sistema Único de Saúde. Nenhum sistema vai ter condição de assistir de forma especializada as unidades presidiárias, o que nós temos que dar é assistência básica dentro dos presídios. Assistência esECializada tem que vir para o Sistema Único de Saúde, porque nós queremos que ele seja assistido e com qualidade. Se forem colocadas unidades dos presídios, eles vão ser assistidos precariamente. Nós não vamos ter condições de botar anestesistas, cirurgião, gastro, oftalmologista, nada dentro dos presídios. Eles têm que ser assistidos nas unidades do Sistema Único de Saúde.

SR. CHICO PASSEATA: Em votação. Quem é a favor da inclusão do texto? Quem é contra a inclusão? Quem se abstém? Não aprovada a inclusão.

Atenção: as pessoas que estão saindo para tomar café, estão conversando e não estão lembrando que tem que ter quorum mínimo para se votar.

Temos quatro propostas de inclusão. Mas nós vamos dar os avisos. E na volta continuemos isso aí.

(Avisos)

SRA. MARIA ANDRADE LEITE: Deixem-me colocar para vocês uma coisa: é a primeira vez, no Ceará, não sei se em nível nacional, que nós estamos fazendo e aprovando propostas por temas. Eu tinha até colocado para a companheira sobre a questão do atendimento aos presidiários, que a proposta dela talvez coubesse lá na atenção, na organização de Saúde e que têm outras propostas que foram encaminhadas agora que não cabem no Direito à Saúde. Vai ser, com certeza, ou intersetorialidade, ou atenção à saúde. E agora nós vamos dar um prazo para quem quiser, porque vocês já têm o outro relatório – o anterior – que vocês já sabem o que foi modificado. Se vocês querem acrescentar alguma proposta, se não foi lida no relatório, vocês já façam, porque nós vamos estabelecer tempo para nós organizarmos e botar por cada eixo. Nós não podemos misturar os eixos.

(Intervalo)

SRA. MARIA ANDRADE LEITE: As pessoas que estão reunidas nos grupos, nós vamos começar. De nada vai adiantar fazermos discussão de delegados sem que a Plenária vote o relatório. Não tem condição de ir à Brasília sem o relatório aprovado aqui. Então, a prioridade é aprovar a discussão para que vocês tenham instrumento para está discutindo em Brasília.

Então, o Plenário vai se iniciar. Nós vamos iniciar a leitura do relatório e gostaria que os companheiros viessem para o plenário.

SR. PARTICIPANTE : Eu queria pedir a todos os colegas que estão no Plenário, que não façam discriminação nem de cor, nem de raça, porque o nosso trabalho aqui é outro e todos nós que estamos aqui somos filhos de Deus. E prestar atenção, porque quem tem interesse de ir para Brasília defender os trabalhos que nós estamos fazendo aqui, temos que inicia-lo aqui na Plenária e não depois.

SR. PARTICIPANTE : Eu vou dizer uma coisa: é normal em Conferências de Saúde as pessoas retardarem de propósito a Conferência para que ela fique lá para o fim da noite ou da madrugada, para o grupo ficar pequeno e os delegados saírem um grupo restrito. Eu vou pedir isso: quem quiser ser delegado que venha para o grosso disputar sua vaga. Qualquer tipo de manobra para deixar isso aqui vazio para o fim da noite, nós não aceitaremos. Respeitar os companheiros é bom também.

SR. PARTICIPANTE : Nós estamos retomando os trabalhos. Eu queria pedir a colaboração das pessoas que estão aqui dentro do ambiente do Plenário, que contribuíssem para o trabalhe evoluísse. Não é possível que pessoas que se dizem democratas, esclarecidas, colaboradoras com o Sistema queiram não contribuir nessa hora. Nós temos nove temas para contribuir ainda.

SRA. MARIA ANDRADE LEITE: Vamos recomeçar. Eu gostaria de convidar para a Mesa, porque nós vamos tratar agora do eixo temático "Seguridade Social", a Adelina Melo Feijão, Flávia Teixeira Sabóia e Iranir Maria Soares.

Uma outra coisa que eu queria colocar para vocês é que as propostas de inclusão, que estão chegando aqui, irão direto para aquela mesa ao lado, porque lá os técnicos vão ver em que eixo temático ela deve ser incluída. Nós vamos tratar da "Seguridade Social" e já chegaram várias propostas de "Atendimento da Atenção Básica", de "Organização do Serviço" e eu pediria que vocês mandassem as inclusões para lá. Só os destaques é que vão ficar aqui nessa Mesa.

SR. PARTICIPANTE : Por gentileza. É impossível começarmos essa Plenária com aquela reunião ali no canto. Por favor, que se respeite democraticamente a vontade e a disponibilidade do conjunto dos delegados aqui presentes, dos participantes dessa Conferência. É importante a eleição de delegados e é importante também a formulação das propostas do Estado do Ceará que vão ser levadas à Brasília.

SR. PARTICIPANTE : Eu queria fazer uma advertência, principalmente à Mesa. Nós, do interior, precisamos chegar em casa. É o seguinte: são nove eixos temáticos e até agora só foi realizado um. No andar da carruagem, pelo que estamos vendo, o domingo é Dia de Finados e se não houver uma providência maior, no domingo nós ainda estaremos aqui rezando pelos nossos entes queridos. Eu gostaria que a coisa fosse um pouco mais abreviada e tomasse um rumo diferente, porque se não eu não sei que dia vamos chegar em casa. Nós – do interior – temos essa preocupação.

SRA. **MARIA ANDRADE LEITE**: Nós vamos dar início à leitura do Segundo Eixo Temático – "A Seguridade Social e Saúde." Então, nós gostaríamos que os companheiros sentassem para que possamos iniciar a Plenária tranqüila.

SR. MOACIR: Uma pessoa do Plenário mandou uma mensagem e pediu que eu lesse. Eu vou ler.

A Cobra e o Vaga-lume

Era uma vez uma cobra que perseguia um vaga-lume, que nada mais fazia do que simplesmente brilhar. Ele fugia rápido com medo da feroz predadora e a cobra nem pensava em desistir. Fugiu um dia, dois dias, mais outro e nada.

No terceiro dia, já sem forças, o vaga-lume parou e disse à cobra: -- Posso fazer três perguntas?Disse o vaga-lume.

– *Pode, não costumo abrir esse precedente para ninguém, mas já que vou te devorar, pode perguntar!*
– *Pertenço à tua cadeia alimentar? A cobra respondeu:*
– *Não.*
– *Te fiz alguma coisa? A cobra respondeu:*
– *Não. Aí ele perguntou:*
– *Então, por que você quer me comer? E ela respondeu:*
– *Por que não suporto ver você brilhar.*

SRA. **MARIA ANDRADE LEITE**: Nós vamos ler o relatório do Eixo "Seguridade Social". Nós vamos ler na íntegra, vocês vão fazendo os destaques, depois nós retornamos para ver cada destaque.

1) *Discutir no Conselho Nacional de Seguridade Social formas de assegurar a execução e o acompanhamento de políticas de proteção ao cidadão baseado no conceito da Seguridade Social da Constituição Federal*

2) Aí tem uma proposta de nova redação: *Reativar o Conselho Nacional de Seguridade como forma de assegurar a execução e o acompanhamento às políticas de proteção ao cidadão baseado no conceito da Seguridade Social da Constituição Federal*. Destaque

3) *Garantir que o processo de Reforma Tributária contemple a manutenção e o fortalecimento da Seguridade Social nas três esferas de Governo.*

4) *Garantir a participação da comunidade na discussão dos critérios de inclusão das famílias a serem beneficiadas com os programas sociais;*

5) *Ampliar a per capta para o salário-mínimo de acordo com a Lei Orgânica da Assistência Social – a Concessão de Benefícios;*

6) *Criar mecanismos de proteção aos idosos e mentais, combatendo as situações de maus tratos, negligências e abandono;*

7) *Assegurar agilidade de processo de liberação do BPC – Benefício Prestação Continuada – para os portadores de patologia de caráter degenerativo;*

8) *Rever os critérios de liberação exigidos para o acesso aos benefícios eventuais e de prestação continuada da Assistência Social.*

9) *Reduzir a idade de concessão de benefícios de prestação continuada de 67 para 60 anos;*

10) *Garantir os benefícios para os usuários de saúde mental, incapacitados para a vida laborativa, suprimindo a exigência da incapacidade jurídica como prerrogativa de cidadania;*

11) *Garantir ampliação dos serviços de atendimento às pessoas como necessidades esECiais, através do Núcleo de Educação EsECial;*

12) *Assegurar o trabalhar do Mercado Informal os dispostos no Sistema de Seguridade Social.*

13) *Consolidar o SUS, enquanto parte integrante do Sistema de Seguridade Social;*

14) *Manter a vinculação da receita da União, dos Estados e dos Municípios para a Saúde e Educação;*

15) *Garantir o cumprimento da EC nº 29, que define a receita mínima de gasto com a Saúde pelas esferas de Governo Federal, Estadual e Municipal.* Tem uma nova redação: *Garantir, através de Lei, a obrigatoriedade do repasse mensal, em cumprimento a EC nº 29, tendo o gestor Federal, Estadual ou Municipal que responder, civil ou penalmente, pelo descumprimento de repasse.* Destaque – Suely.

16) *Garantir que os recursos arrecadados com a CPMF sejam esECíficos para a Saúde, com repasse fundo a fundo, nas três esferas de Governo.*

17) *Melhorar o atendimento nos postos de INSS para o conjunto dos usuários com direitos a benefícios previdenciários ou assistenciais na complementação da atenção à Saúde;*

18) *O Segurado que esteja beneficiado pela LOAS, que tenha condições de exercer sua atividade laboral, seja garantido ao mesmo o recebimento do benefício;*

19) *Que seja garantido à população indígena o direito à aposentadoria, considerando as ECuliaridades culturais, mediante reconhecimento do órgão responsável – FUNAI e organização indígena.*

20) *Que não haja contribuição dos aposentados para a Previdência Social dos que já contribuíram com o INSS;*

21) *Garantir a realização de Conferências de Seguridade Social nas três esferas de Governo – Federal, Estadual e Municipal;*

22) *Suspensão do pagamento dos juros da dívida interna e externa sendo estes recursos destinados a atender às políticas*

de Seguridade Social, Saúde, Previdência e Assistência Social. Destaque

23) *Garantir o cumprimento da Lei que dá prioridade ao idoso com mais de 65 anos, gestante, mulheres com criança de colo e deficientes físicos nos estabelecimentos de Saúde.*

24) *Reafirmar as propostas da XI Conferência Nacional de Saúde no que se refere ao cumprimento pelo SUS: das disposições da Lei Orgânica nº 8080, no que concerne a Saúde do trabalhador, repudiando a privatização do Seguro de Acidente de Trabalho, que deve ser público sobre o controle social.* Destaque – José Antônio.

25) *Garantir a LOAS como uma forma de pensão para os filhos menores de 18 anos após a morte dos seus genitores;*

26) *Menos burocracia para conceder benefícios rurais para homens, mulheres e pequenos proprietários que exerçam a atividade, tendo mais credibilidade nos Sindicatos de Trabalhadores Rurais.* Destaque – Carolina.

27) *Que Ministério da Saúde reavalie, ampliando os métodos para se conceder perícias aos trabalhadores rurais, principalmente aos médicos que fazem perícias no INSS.* Destaque

Nós concluímos a leitura do Relatório “A Seguridade Social e a Saúde”. Então, nós vamos passar agora para os destaques.

SR. CHICO PASSEATA: Enquanto estão avaliando os destaques. Chegou-me às mãos e aos ouvidos também que o Item 13 do tema anterior tinha um destaque da Socorro Gonçalves e não foi votado. Em face disso, enquanto se organizam os destaques, nós vamos voltar esse aí. Como não dá para voltar tudo, eu vou ler. É muito curto e nós chamamos a Socorro Gonçalves para dizer qual é o destaque dela. É o item 13 do tema anterior.

O item 13 diz o seguinte: *Fazer cumprir a Lei do Silêncio em todos os municípios.*

SRA. SOCORRO GONÇALVES: Eu queria só que fosse colocado no texto qual é o número dessa Lei, porque a Lei do Silêncio é muito ampla. Quer dizer, tem um projeto no Congresso Nacional que pede a Lei do Silêncio, que é uma chamada “Lei de Mordaça” que diminui o poder de intervenção. Então, eu acho que se deve citar qual é a Lei.

SR. CHICO PASSEATA: Alguém quer defender o texto como está? Então, vamos votar. Quem é a favor da manutenção do texto como está? Quem for favor do acréscimo proposto pela Socorro Gonçalves levante o crachá? Quem se abstém? Aprovado o acréscimo da Socorro Gonçalves.

Agora, o item 6 do segundo bloco: *Criar mecanismos de proteção aos idosos, deficientes físicos e mentais combatendo as situações de maus tratos, negligências e abandonos.*

A proposta da Inês Prata: *Criar mecanismos de proteção às crianças e adolescentes, aos idosos, deficientes físicos e mentais, combatendo as situações de maus tratos, negligencia e abandono.* A Inês Prata acrescenta "as crianças e adolescentes" no texto.

Precisa defender?

SRA. BEATRIZ: É de que não deve colocar "deficientes físicos e mentais", mas "as pessoas com deficiências" que contempla todas as deficiências nesse item. Só isso.

SR. PARTICIPANTE : O esclarecimento é que a criança e o adolescente nós já temos o Estatuto, que é a Lei maior que protege a criança e o adolescente e que nós podemos, em outra colocação, colocar que seja revisado.

SRA. PARTICIPANTE : Gente, é só um esclarecimento: quando nós generalizamos a questão da deficiência, nós estamos tirando a questão das pessoas portadoras de transtorno mental. Elas não são consideradas como deficientes. Existem as deficiências: o retardo, a demência. Se colocarmos as deficiências, o portador de transtorno mental vai estar fora. Com certeza.

SR. CHICO PASSEATA: A única pessoa que fez o destaque por escrito no item foi a Inês Prata. Nenhum dos outros fez por escritos e falou, então ela tem direito de falar.

SRA. INÊS PRATA: Bem, com relação à criança e o adolescente, nós sabemos que existe o Estatuto, como existe também o Estatuto do Idoso. Mas nós sabemos que tudo que está na Lei não é cumprido, se não as propostas de comunicação não teriam nenhuma, porque divulgar é lei, tudo isso é lei e não se cumpre, então eu acho que vale a pena incluir a criança e o adolescente.

SR. CHICO PASSEATA: Então, vejam. Tem duas propostas de alteração: uma, da Inês que está por escrito, o reparo feito pela Beatriz que foi contestado pela companheira explicando ...

A Beatriz diz que tem que ser portadores de deficiência sem esECificar; a companheira diz que o pessoal que tem transtorno mental não tem deficiência. Então, ela defende que fique o texto como está.

Tem outra aqui que diz que em vez do verbo "criar", ele diz "garantir".

Vamos votar. A primeira questão é: manutenção do texto como está. Quem for a favor levante o crachá? Segunda modificação: trocar "criar" por "garantir". Quem é a favor de trocar "criar" por "garantir"? Quem é contra? Ganhou garantir.

Agora a emenda da Inês Prata. Ela acrescenta, antes de está escrito "os idosos", colocar "crianças e adolescentes" e continua o mesmo texto. É esta a proposta da Inês Prata. Vamos votar essa proposta.

Em votação a proposta da Inês. Quem for a favor a proposta da Inês levante o crachá? Quem for contra? Quem se abstém?

Tem a proposta da Beatriz que em vez de ficar citando “aos idosos, adolescentes, crianças, deficientes físico e mental” colocar só “deficiente”.

SRA. MARIA ANDRADE LEITE: Eu queria só explicar. Quem pediu destaque vai ser atendido. Agora, as pessoas que não pediram destaque, estão falando. Vocês aprovaram o regulamento. Nós estamos respeitando uma decisão de vocês, por isso nós estamos encaminhando dessa forma. Então, quem pediu destaque pode colocar. Agora, não pode, de repente, dez, quinze pessoas quererem fazer o destaque e emenda na mesma hora.

SR. CHICO PASSEATA: É verdade. Mas este coordenador – Chico Passeata – se penitencia perante a todos vocês por ter aberto a concessão indevida à Beatriz. Daqui para frente, nós não abriremos mais. As regras foram desrespeitadas por este aqui e eu peço desculpas a todo este Plenário. Mas enquanto isso a Beatriz fala.

SRA. BEATRIZ: Na verdade, você pode colocar. “Transtornos Mentais” realmente deve ser inserido, porque é uma outra forma de tratamento: pessoas com deficiência é uma coisa e pessoas com transtornos mentais ´w outra.

Então, como poderíamos colocar? *Garantir mecanismos de proteção aos idosos, às crianças e adolescentes, às pessoas com deficiência e às pessoas com transtornos mentais* ... e o resto do texto.

SR. CHICO PASSEATA: Então, vejam: a Beatriz propõe: onde tem “pessoas com deficiências” e acrescenta “pessoas com transtornos mentais”.

Então votando: quem é a favor do acréscimo da Beatriz levante o crachá; quem é contra ao acréscimo da Beatriz? Quem se abstém. Aprovado o acréscimo da Beatriz.

Vamos para o item 11 diz: *Garantir a ampliação dos serviços de atendimento às pessoas com necessidades especiais através do Núcleo de Educação Especial.*

A Beatriz propõe: *Garantir os serviços de atendimento, em todo o Sistema Único de Saúde, respeitando e considerando suas especificidades, alocando os recursos necessários na Lei de Diretrizes Orçamentárias, Planos Plurianuais e Orçamento Anual.*

Está todo mundo esclarecido? Então, vamos votar. Quem é a favor da manutenção do texto como está? Quem é a favor da proposta da Beatriz? Quem se abstém? Aprovada a proposta da Beatriz.

O item 15 tem um destaque da Suely e do José Roberto.

Item 15 – *Garantir o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 que define a receita mínima de gastos com Saúde pelas esferas do Governo Federal, Estaduais e Municipais.*

O Destaque da Suely diz: *Garantir o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29, por Lei Complementar, que defina a receita mínima de gastos com Saúde pelas esferas do Governo Federal, Estaduais e Municipais.*

Mas essa proposta não tem cabimento não.

SRA. SUELY: Depois que o colega fez o destaque dele, eu só coloquei embaixo que *o repasse municipal deverá ser realizado de forma automática para o Fundo Municipal de Saúde na proporção que os créditos municipais forem realizados.* Porque muitas vezes o crédito do município chega, o Prefeito precisa do dinheiro e não repassa para a Saúde! Isso tem que ser automático.

SR. CHICO PASSEATA: Então, a mudança dela é acrescentar: *o repasse municipal deverá ser realizado de forma automática para o Fundo Municipal de Saúde na proporção que os créditos municipais forem realizados.*

A outra proposta para o item 15 – *Garantir, através de Lei, a obrigatoriedade do repasse mensal em cumprimento à Emenda Constitucional nº 29, tendo o gestor Federal, Estadual e Municipal que responder, civil ou penalmente, pelo descumprimento do repasse.*

Agora, a do José Roberto que diz: *Que não seja, de modo algum, bloqueados repasses financeiros, por descumprimento de leis ou normas infringidas pelos gestores, pela penalidade, pois a penalidade acaba sendo imposta à população.*

Então vejam: tem duas propostas que vieram do grupo e depois tem os acréscimos. Votaremos as propostas do grupo. Já pode votar? Ou precisa defender.

Então, vamos item 15.1 - *Garantir o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 que define a receita mínima de gastos com Saúde pelas esferas do Governo Federal, Estaduais e Municipais.*

A outra proposta – item 15.2 - *Garantir, através de Lei, a obrigatoriedade do repasse mensal em cumprimento à Emenda Constitucional nº 29, tendo o gestor Federal, Estadual e Municipal que responder, civil ou penalmente, pelo descumprimento do repasse.*

Então, que for a favor da proposta 15.1 levante o crachá. Quem é a favor da proposta 15.2. Então, ficamos com a proposta 15.2.

Agora tem dois acréscimos. O acréscimo da Dra. Suely, que diz o seguinte: *o repasse municipal deverá ser realizado de forma automática para o Fundo Municipal de Saúde na proporção que os créditos municipais forem realizados.*

Quem é a favor desse acréscimo? Quem é contra? Quem se abstém? Acrescenta.

Então, o acréscimo do Dr. José Roberto diz: *Que não seja, de modo algum, bloqueados repasses financeiros, por descumprimento de leis ou normas infringidas pelos gestores, pela penalidade, pois a penalidade acaba sendo imposta à população.*

SR. JOSÉ ROBERTO: Bem, pessoal, a única coisa que quero frisar aí é o seguinte: muitas vezes o gestor municipal e estadual, principalmente os municípios, às vezes não cumprem, por exemplo, em colocar as informações necessárias no SIAB para mandar para o Ministério da Saúde e os recursos não vêm. Quando não vêm esses recursos por causa disso, o que acontece? Não pagam funcionários, não compram remédios, não tem gasolina para ambulância, etc. Então, o que eu quero colocar nessa proposta é que o repasse tem que vir e que seja penalizado o gestor e não a população sem ter condições.

SR. PARTICIPANTE: Estou me colocando contra esta proposta dele, porque à luz da Constituição... é inconstitucional o que ele está dizendo. É para punir os prefeitos e gestores corruptos. Nós não podemos ter uma lei dúbia, não. Se nós não fizemos isso é como se nós estivéssemos botando panos mornos. Nós não queremos punir a população, não. Nós queremos punir são os gestores corruptos e nós estamos num País à luz da transparência. Voto contrário a esta proposta do companheiro.

SR. CHICO PASSEATA: Nós vamos votar. Houve uma defesa a favor e outra contra. Quem for a favor da proposta do Dr. José Roberto levante o crachá. Quem for contra o acréscimo levante o crachá. Quem se abstém? Não foi aprovado o acréscimo.

Votem na primeira página do item – "A Seguridade Social e Saúde", porque não foi votado que no primeiro item tem duas redações. Esses itens vieram dos grupos. Nós vamos precisar votar o item 1. Então, depois da questão de ordem do Dr. Narcilio nós votaremos.

SR. NARCÍLIO: Olha, está claro para quem está na Platéia que o que o companheiro defendeu é a mesma coisa que o Dr. José Roberto defendeu, só que quando a Mesa conduziu, a Mesa conduziu equivocadamente. Porque quando conduziu a proposta do José Roberto contra a dele, a platéia entendeu que a primeira redação estava correta, quando na verdade é a segunda. A platéia votou a favor da segunda redação e não da primeira.

SR. CHICO PASSEATA: A Mesa entende, dentro do método que está sendo usado, que as pessoas fazem as propostas. As propostas são lidas e são defendidas. O Dr. José Roberto defendeu; o Carlos se posicionou contra.

O encaminhamento foi: o José Roberto com uma proposta e o Carlão contra. E foi votado isso com ampla maioria e foi rejeitada a proposta do José Roberto. Encerrado o assunto.

SRA. MARIA ANDRADE LEITE: Deixe-me colocar um esclarecimento: nós estamos tratando do eixo temático "Seguridade Social". Essa questão de repasse de recurso, nós vamos ter um eixo temático só de financiamento. Se as pessoas não se acharem contempladas no eixo de financiamento pode ser recordado. Aí você coloca no eixo de financiamento.

SR. CHICO PASSEATA: Vamos vê o seguinte: se nós não nos ajudarmos não saímos do canto.

SR. JOSÉ ROBERTO: Eu queria falar até com o companheiro. Primeiro, pode me falar de José Roberto, nada de doutor, porque eu não quero título.

Agora, essa questão aqui, eu queria só explicar: eu não falei outra coisa diferente da que o companheiro falou. Eu quero que seja punido o gestor, não quero que seja punida a população. É só isso e quando o gestor infringe uma lei e não vem dinheiro para a Saúde quem é punida é a população. Então, eu quero que venha o recurso e que seja penalizado o gestor civil, penalmente, o que for.

SRA. PARTICIPANTE : Eu gostaria só de pedir que a Mesa se mantivesse de forma neutra, porque a Mesa está querendo conduzir o que assembléia está decidindo.

SR. MOACIR: Até parece que está voltando a onda do começo. Eu quero dizer o que eu disse no começo: é preciso que todo mundo tenha um pouco mais de calma, paciência. Todo mundo vai falar se quiser. Agora, concluindo...

SR. CHICO PASSEATA: Agora, o seguinte: o Dr. José Roberto... nós vamos fazer aqui de novo se a plenária quer votar o item outra vez. A plenária quer votar a proposta do Dr. José Roberto outra vez?

Vejam: o Dr. José Roberto defendeu a proposta dele outra vez. O Carlos vai defender contra a proposta dele.

SR. CARLOS: A questão foi a seguinte: nós tínhamos duas propostas ali no telão, agora é que está só uma, porque eu tinha entendido que ele tinha colocado, e isso foi encaminhado pela Mesa, que não haveria punição para os gestores que descumprissem a lei, pelo menos no entendimento. Aí eu

coloquei que deve haver a punição para o gestor sim. Porque o encaminhamento da Mesa, na proposta primeira, era que não haveria punição.

SR. CHICO PASSEATA: Então, o Carlão não está contra a proposta. Eu quero saber: tem alguém que seja contra a proposta. Então, vamos por em votação. Quem a proposta de acréscimo do Dr. José Roberto? Quem é contra? Então, aprovada a proposta do Dr. José Roberto.

Então, item 1.

SR. PARTICIPANTE : O que não se está entendendo é que se votou uma proposta e, de repente, se volta a votar outra proposta. O que nós entendemos que está existindo manobra de grupos, que está querendo tirar proveito.

SR. CHICO PASSEATA: Pessoal, vamos entender que nós estamos aqui e não é fácil ficar aqui na frente, não é fácil está conduzindo isso aqui. Se não houver a ajuda de todos vocês nós vamos para frente. Então, vamos ficar tranqüilos. A Mesa não está fazendo manobra de grupo nenhum.

SR. MOACIR: Pessoal, vamos terminar esse item agora. Já está próximo de terminar. Nós vamos ler em seguida o terceiro e vamos para o almoço e nós mudamos a Mesa. Agora, para isso vamos primeiro concluir esse.

SR. PARTICIPANTE (PAJÉ DOS TREMEMBÉS): Pessoal, bom-dia. Eu sou pajé dos Tremembés, de Almofala. Pelo que eu estou vendo aqui, eu só queria ajudar: e dá remédio para duas coisas. Eu estou com 52 anos e nunca tomei remédio da botica, eu tenho meu remédio credicional. Além de médico

que eu estou vendo, eu queria passar remédio para duas coisas, para duas doenças perigosas que estão passando aqui no meio: o nervosismo que eu estou vendo em alguém, a outra, vaidade, que é câncer. É que nós estamos discutindo uma saúde que é para todo mundo, que não é de âmbita ambição. Vamos só ajudar, que é uma coisa não só do Ceará, não só do Rio Grande do Sul. É do Brasil.

SRA. MARIA ANDRADE LEITE: Obrigada, vamos prosseguir. Vamos então discutir o item 1 – *Discutir no Conselho Nacional de Seguridade Social formas de assegurar a execução e o acompanhamento das políticas de proteção ao cidadão, baseado no conceito da Seguridade Social da Constituição Federal.*

Tem uma proposta alternativa nova: *Reativar o Conselho Nacional de Seguridade Social com forma de assegurar a execução e o acompanhamento às políticas de proteção ao cidadão, baseado no conceito da Seguridade Social da Constituição Federal.*

Não tem nem uma outra proposta. Então vamos votar a primeira proposta: *Discutir no Conselho Nacional de Seguridade Social formas de assegurar a execução e o acompanhamento das políticas de proteção ao cidadão, baseado no conceito da Seguridade Social da Constituição Federal.*

Quem vota a favor da proposta que eu acabei de ler? Reprovada.

Vamos para a segunda proposta: *Reativar o Conselho Nacional de Seguridade Social com forma de assegurar a execução e o acompanhamento*

às políticas de proteção ao cidadão, baseado no conceito da Seguridade Social da Constituição Federal. Quem vota a favor dessa proposta? Quem é contrário? Aprovada a nova proposta.

Item 12 – *Assegurar ao trabalhar do Mercado Informal os dispostos do Sistema de Seguridade Social.*

Uma Nova: *Assegurar mecanismos para que o trabalhador do mercado informal possa usufruir dos benefícios do Sistema de Seguridade Social.*

Quem vota na primeira proposta? Quem vota na segunda proposta? Quem vota contra? Quem se abstém? Aprovada

Item 16 tem um destaque. Vamos, então, ler a proposta original: *garantir que os recursos arrecadados com a CPMF sejam específicos para a Saúde com repasse fundo a fundo nas três esferas de Governo.*

Proposta nova: *envolver o Ministério Público para garantir que os recursos arrecadados com a CPMF sejam específicos para a Saúde com repasse fundo a fundo nas três esferas de Governo.*

Há necessidade de defesa? Então,vamos votar.

Quem vota na redação original: *garantir que os recursos arrecadados com a CPMF sejam específicos para a Saúde com repasse fundo a fundo nas*

três esferas de Governo. Quem for favorável à manutenção desse texto levante o crachá. Quem for contrário. Abstenção.

Então vamos para a proposta nova: *envolver o Ministério Público para garantir que os recursos arrecadados com a CPMF sejam específicos para a Saúde com repasse fundo a fundo nas três esferas de Governo.*

Quem for favor levante o crachá; quem for contrário levante o crachá; quem se abstém. Aprovada a emenda da companheira de Cascavel.

Item 22 – A redação original: *Suspensão do pagamento dos juros da dívida interna e externa, sendo estes recursos destinados a atender às políticas de Seguridade Social, Saúde, Previdência e Assistência Social.*

Há uma proposta de supressão deste item. Eu vou primeiro votar a manutenção do texto.

SR. JOSÉ ANTÔNIO: Companheiros, é a até estranho. Essa Conferência tem um caráter político e quando estamos num fórum de caráter político, temos que ter indicações de políticas e essa questão da dívida externa é que vem acabando com o País, a questão da dívida interna vem acabando com o País. E o que acontece? Nós virmos para um fórum desses e nos recusamos a dizer ao Governo que pare de pagar a dívida, pare de pagar juros, pare de colocar o dinheiro no mercado e invista em saúde, invista em educação, invista no social para que não precisemos está fazendo arrecadaçõeszinhas, como tem uma proposta no Governo do Estado para poder criar o Fome Zero no Ceará aumentar o ICMS, aumentar o imposto em cima do cidadão, que o

Governo pare com essa política de pagar juros, pare de se submeter ao Fundo Monetário Internacional. Essa é uma proposta política dessa Conferência e nós não devemos suprimi-la.

SRA. MARIA ANDRADE LEITE: Então vamos votar. Quem for favorável à manutenção do texto – o item 22 – como se encontra, por favor, levante o crachá. Quem for contrária à manutenção do texto levante. Quem se abstém. Mantido, então, o texto e não tem necessidade de votar a supressão.

José Antônio, por favor, traga o seu destaque ao item 24.

SR. JOSÉ ANTÔNIO: É porque ali está dizendo que SUS cumpra. O SUS é a política, é a diretriz. Quem tem que cumprir é o gestor. É o gestor do SUS é só essa questão.

SRA. MARIA ANDRADE LEITE: A proposta do José Antônio é que nós coloquemos "gestor do SUS cumpra". Então, vamos primeiro votar a manutenção do texto.

SR. PARTICIPANTE: Eu concordo com a proposta do José Antônio, tudo isso. Só que o texto do item 24 está misturando duas coisas: uma questão de ordem do SUS, que é a questão da Saúde do trabalhador e outra questão, que é da ordem da Previdência, que é da não-privatização do Seguro Acidente de Trabalho. Eu só estou propondo que essa questão seja desmembrada em duas. Só isso.

SRA. MARIA ANDRADE LEITE: O Plenário concorda em dar um tempo para a Comissão de Redação fazer uma nova proposta para esse item? Que o José Antônio, então, faça uma proposta junto com ele e nós votamos logo em seguida. Então, que os dois redijam de uma forma diferente para nós votarmos. Então, momentaneamente, suspensa o item 24.

Item 26 – Carolina

SRA. CAROLINA: *Garantir a LOAS como forma de pensão para os filhos menores de 18 anos após morte de seus genitores.* Quem são? Os trabalhadores rurais. Então, para os genitores, que são os trabalhadores rurais.

SRA. MARIA ANDRADE LEITE : Carolina, faça a proposta por escrito. Nós estamos entendendo que ela vai fazer a redação do destaque dela, porque ela não encaminhou à Mesa o destaque por escrito e a platéia não se contemplou com o que ela disse. Se houver necessidade nós vamos colocar ...

Destaque no item 27.

SR. PARTICIPANTE : Não são só os trabalhadores rurais que têm filhos menores de 18 anos, não!

SRA. MARIA ANDRADE LEITE: Como o destaque do companheiro não chegou à Mesa, não vamos colocar em votação.

Tem uma proposta de inclusão, rapidamente para que nós terminemos, já está na hora de almoçar.

Do José Roberto: *Garantir a todos que, por motivo de doença ou deficiência física ou mental, não estão podendo temporariamente ou permanentemente trabalhar, benefícios para que seja garantido o direito á vida a todos.*

Há necessidade de defesa? Podemos votar? Quem for favorável à inclusão levanta o crachá; aqueles que forem contrários levantem o crachá. Aprovada a proposta de inclusão desse item.

Proposta do item 24 – José Antônio: *Cumprimento pelos gestores do SUS da Lei nº 8080 no tocante à implantação de políticas de Saúde do trabalhador.* Vocês se lembram que nós propusemos desmembrar em duas outras.

A segunda é: *Garantir a gestão pública do Seguro Acidente de Trabalho – SAT repudiando a sua privatização.*

Vocês se lembram qual era a proposta original? Reafirmar as propostas: *Reafirmar as propostas da 10ª CNS no que se refere o cumprimento pelo SUS da Lei nº 8080/90 no que concerne a Saúde do Trabalhador repudiando a privatização do Seguro de Acidente de Trabalho – SAT que deve ser público e sobre controle social.*

Há proposta de desmembramento em duas outras. Nós precisamos primeiro votar a manutenção do texto. Quem for favorável á manutenção do texto, levante o crachá.

Então, vamos ler as duas propostas: *Cumprimento pelos gestores do SUS da Lei nº 8080 no tocante à implantação de políticas de Saúde do trabalhador.*

E: *Garantir a gestão pública do Seguro Acidente de Trabalho – SAT repudiando a sua privatização.*

Quem for favorável à inclusão, levante o crachá; quem for contrário levante o crachá; abstenções. Aprovada o desmembramento em duas novas.

SR. PARTICIPANTE : Eu gostaria de sugerir à Comissão Organizadora se é possível que as pessoas que permaneçam no Plenário, que os tickets do almoço sejam entregues aqui e não aos que já saíram. Porque está todo mundo se ausentando e a plenária está faltando quorum e tem muita gente interessada em permanecer nos trabalhos.

SRA. MARIA ANDRADE LEITE: Enquanto a Carolina encaminha a proposta, Natividade, nós temos uma proposta a fazer a Plenária: nós merendamos a pouco tempo, não estamos com essa fome toda. Nós estamos atrasados, não queremos entrar noite adentro nem na madrugada, exatamente por que nós temos que ter quorum de 472 pessoas, ainda tem quorum aqui e nós queríamos propor fazer toda a leitura do texto da "Intersetorialidade" e os destaques e aí íamos almoçar para adiantar os trabalhos aqui, porque é o terceiro item. Nós temos sete itens para discutir ainda.

Realmente o destaque da Carolina é o item 25 – sobre a LOAS, não é sobre o item 26.

SR. PARTICIPANTE : Nós não queremos falar da coordenação. Ninguém quer aqui procurar os pontos negativos, mas a Dra. Lúcia, quando pediu que se permanecesse no auditório, nós queríamos também que garantisse, Dra. Lúcia, porque na merenda nós não tivemos garantia. Chegamos lá não tinha mais. É lamentável, mas acontece.

SRA. LÚCIA ARRUDA: Procede, companheiro. Realmente nós temos que administrar também a questão do respeito ao outro e da educação. Então, nós já temos lá embaixo uma fila, ao invés das pessoas estarem aqui no Plenário acompanhando o processo de discussão estão lá embaixo numa fila para almoçar. Então, eu acho que é um direito nosso, nós já estamos com fome. Mas nós também temos que concluir os trabalhos, até porque não adianta ter reunião paralela ...

SR. ALEX MONT'ALVERNE: ... parar agora, seja meia hora, uma hora não vai fazer diferença, vai atrasar exatamente na mesma proporção, sendo que agora nós estamos com a assembléia esvaziada. Então, eu gostaria de submeter isso, porque eu acho que não vai fazer diferença parar agora ou parar daqui a quinze minutos. E para o nosso estômago faz diferença, está todo mundo saindo já.

SRA. LÚCIA ARRUDA: Alex, tudo bem, nós encaminhamos. Mas me deixe dar um esclarecimento: eu recebi um comunicado. O buffet não tem capacidade de reposição automática, só duas horas que ele vai renovar alimento, então, não adianta ficarmos numa fila lá em baixo.

SRA. MARIA ANDRADE LEITE : Nós, agora, que estamos no terceiro eixo e também é objetivo desta Plenária escolher sobre a composição do CESAU que ainda não foi falado nada sobre isso. Então, eu proponho que não tenha mais novas propostas após os destaques. Eu acho que todas as propostas já foram feitas em grupo e até fere o próprio Art.12 do Regimento que diz que *é função da Plenária aprovar as propostas feitas em grupo*. Então que se fosse submetida à Plenária a continuação ou não dessas novas propostas. Para mim, não deveria mais ter inclusão de novas propostas após serem lidas as que já têm.

SRA. LÚCIA ARRUDA: Eu queria só lembrar que de manhã foi agendado para agora às 13h30min reunião com os profissionais de Saúde. Eu sugiro que sejam suspensas as negociações agora, que nós retornemos após o almoço porque, com certeza, as pessoas estão lá fora em reunião e nós temos interesse – como profissional de Saúde – de participar da discussão.

Companheiros, tiveram alguns encaminhamentos. O Primeiro: houve uma solicitação de que os vales da alimentação fossem distribuídos aqui no Plenário. Nós acatamos essa decisão e nós não vamos distribuir vales, vai ser aqui. Então, não adianta a fila lá embaixo, porque nós vamos distribuir na Mesa.

A outra questão é o encaminhamento que o Alex fez com relação à continuidade da discussão do próximo eixo temático... nós temos que concluir o eixo dois e consultar a Plenária se nós vamos fazer a leitura do item 3. Então, a companheira Natividade vai concluir e nós vamos fazer a consulta se

nós continuamos, se nós fazemos a leitura desse texto, porque a alimentação vai ser duas horas.

SR. ANTÔNIO ALVES: Eu represento o segmento de usuário. Estou um encaminhamento aqui à Mesa. Nós temos algumas limitações de algumas pessoas que tomam medicamentos e aí dá hipotensão, mas só que nós queremos estar aqui porque queremos defender e queremos estar lá embaixo, porque temos que comer. Então, a minha proposta é que déssemos uma pausa, servisse esse almoço.

SRA. PARTICIPANTE : Só uma sugestão: o item da intersetorialidade tem 60 propostas. O item 4, só tem 23 propostas, nós poderíamos analisar não o item 3 agora, mas o item 4, porque eu acredito que nesses 20 minutos antes das 2h dá tempo.

SRA. MARIA ANDRADE LEITE: Então, companheiros, vários encaminhamentos com relação à consulta ao Plenário e nós vamos encaminhar para que vocês se posicionem coletivamente.

Nós vamos fazer a leitura de um item de algum relatório ou nós vamos suspender a plenária para o almoço e retomar em seguida. Quem concorda com a continuidade da leitura pelo menos do item 4; quem é contrário a continuidade da plenária. Então, nós vamos terminar o bloco dois e fazer a leitura do item 4, com os destaques e quando retornarmos, nós fazemos a leitura dos destaques e a aprovação do relatório.

SRA. NATIVIDADE: A proposta da Carolina com relação ao item 25.

Item 25 - *Garantir a LOAS como forma de pensão para os filhos menores de 18 anos após morte de seus genitores.*

Ela propõe acrescentar que *sejam garantidos aos filhos menores de 18 anos de famílias de baixa renda os benefícios da LOAS como forma de pensão.*

Primeiro nós temos que votar a manutenção do texto e em seguida votaremos o acréscimo. Quem é favorável à manutenção do texto como se encontra? Quem é contrário à manutenção do texto? Abstenções.

Então, vamos votar o texto da Carolina. *Que sejam mantidos aos filhos menores de 18 anos, de familiares de baixa renda, os benefícios da LOAS como forma de pensão.* Quem é favorável? Quem é contrário? Abstenções. Aprovado o texto da Carolina.

Agora nós estamos com duas questões relativas ao item anterior que a Mesa avaliou e entendem que seriam pertinentes como inclusão no item Direito à Saúde.

Garantir a assistência integral à pessoa portadora de deficiência, sendo assegurado nos Planos Plurianuais, na Lei Diretrizes Orçamentárias e Orçamento Anual os recursos necessários. Proposta do Carlão. Quem for favorável à inclusão levante o crachá? Quem for contrário levante o crachá? Abstenções. Então, está aprovada a inclusão.

Outro item: *Combater toda e qualquer distorção que fira o direito à atenção integral a toda população, assim os pactos que focalizam algumas ações de Atenção Básica devem ser considerados apenas como metas prioritárias, dentro de um Plano de Atenção Integral à Saúde, um meio e não um fim, pois fere o Princípio de Integralidade contido na Lei nº 8080.* Quem for favorável levante o crachá. Quem for contrário levante o crachá. Há necessidade de fazer a defesa?

SRA. PARTICIPANTE : Nós estamos fazendo a questão das discussões por tema. Já passamos o tema I e estamos voltando a colocar emenda dentro do Tema I de novo! Quer dizer, isso tem que estar sendo visto, porque nós nunca vamos sair... quando termina um item, volta de novo para o mesmo item!

SR. ALEX MONT'ALVERNE: Bem, pessoal, essa questão de voltar não é questão minha. O que tem aí e eu quero defender é que as ações focalizadas, por exemplo: *ação de combate à hanseníase*, elas não sejam o fim. Por exemplo, na Atenção Básica tem as sete ações prioritárias, mas as sete ações prioritárias têm entrado como prioritárias e não como o fim único da atenção básica. Em outras palavras: não podemos excluir uma pessoa que chega num posto de saúde precisando de uma atenção outra que não seja tuberculoso, que não seja hanseníase, que não seja portador de alguma outra patologia dessa e não seja atendido. Então, frisarmos que tem que ter recurso para a atenção integral a todas as doenças e essas são ações prioritárias.

SRA. PARTICIPANTE : Eu estou levantando uma questão de ordem: nós tivemos um espaço ontem para incluir novas propostas. Hoje, na hora de discutir o que já foi incluído, só votar alterações o pessoal está incluindo

novas propostas. Eu quero apelas ao Plenário para que não se inclua mais novas propostas, quem perdeu o seu momento, perdeu!

SRA. MARIA ANDRADE LEITE : Eu quero fazer um esclarecimento: até este momento estavam sendo votadas propostas de inclusão. Foi levantada uma questão de ordem que não é possível, pelo Regimento, fazer inclusão de novas propostas. Aí nós temos dois problemas: o que fazer com as propostas que foram incluídas, considera-las ou não? E um segundo problema que é: daqui para diante não mais incluir propostas.

SR. PARTICIPANTE : Gente, a colega colocou que nós, nos grupos, já fizéssemos as propostas. Temos que saber que éramos grupos definidos. Temos que saber que tinham outros grupos tratando de outro assunto e foi o meu caso. Eu inclui uma proposta porque não estava no grupo e eu pedi a Mesa para incluir. Eu acho que devemos acatar isso aí, porque têm outras propostas que vão surgindo em outros setores.

SRA. MARIA ANDRADE LEITE : Alguém quer defender contrário à inclusão de novas propostas?

SR. PARTICIPANTE : Gente, a questão da inclusão é regimental. Então, se nós votamos no Regimento e a Plenária aprovou que não ia haver inclusão. Eu não vejo porquê. Era para ter sido pensado isso antes e não agora. O Regimento já foi votado, já foi aprovado que não haveria inclusão. Vamos tentar, pelo menos, obedecer ao Regimento a partir de agora! Mas o benefício da Plenária não é ficar aqui até 5h da manhã de amanhã.

SRA. MARIA ANDRADE LEITE: Vamos encaminhar. Já foram feitas uma defesa favorável e uma contrária. A plenária se sente esclarecida para votar? Há necessidade de discutir. Então, vamos mais uma de cada.

SR. PARTICIPANTE : O que nós estamos observando é que o Regimento faz é tempo que foi desobedecido. Então, é hora de nós retomarmos. O que nós estamos vendo? Vamos sair daqui de madrugada para o dia amanhecer. E outra coisa: nós temos programação de retorno para os nossos municípios. Temos que pensar nisso: nós ficamos aqui, cooperando com a Mesa, ficamos na Plenária, agora é preciso que se dê um basta, porque se não essas inclusões vão até que horas? Nós ainda temos sete eixos para serem votados. Nós temos que ter consciência, nós temos que ter cautela. O cansaço já está tomando conta de todo mundo.

SRA. LÚCIA ARRUDA: Exatamente, gente: errar é humano e reconhecer o erro é uma virtude, só que permanecer no erro é uma burrice. E nós temos que reconhecer que erramos e agora vamos voltar atrás. Obrigada.

SR. PARTICIPANTE : Pessoal, não é a questão de ser o erro e ser burrice. O erro maior é o esvaziamento da Plenária pela questão da escolha de delegado. É triste ver que de manhã eu estive aqui na Plenária e a maior dificuldade para conduzir e tinha delegado também do interior que tem retorno para casa lá fora. E eu acho que o importante aqui não é a escolha dos delegados, mas sim as propostas para o benefício do SUS e da população. Então, eu acredito que a manutenção de inclusão de emendas necessárias para o crescimento e desenvolvimento do nosso trabalho tem que ser valorizado, ou seja, é um desrespeito, mas é um despeito maior é a preocupação exacerbada,

exagerada de ir a Brasília, enquanto propostas factíveis ficam relegadas a segundo plano e desprezadas. Temos que ter a intenção de defender propostas e não caravanas.

SRA. MARIA ANDRADE LEITE : Obrigada. A Mesa está entendendo que nós precisamos votar essa questão. Quem for favorável à inclusão de novas propostas levante o crachá; quem for contrário levante crachá. Nós entendemos que a inclusão acabou. Mas resta um problema: o que fazer com as que já foram votadas? Permanecem as votadas? Obrigada.

Pessoal, tem uma questão de ordem que o companheiro está levantando: nós votamos pela leitura do eixo 4, só que nós vamos ter que verificar o quorum. Eu tenho impressão que nós não temos mais quorum. São 472 delegados aqui para fazer esse encaminhamento. Então, nós vamos suspender essa Plenária e voltamos às 14h45min.

SR. ALEX MONT'ALVERNE: Então, a votação anterior foi prejudicada.

(Intervalo para almoço)

SR. ALEX MONT'ALVERNE: São 16h, todo mundo alimentado, bem mais tranqüilo, vamos dar cabo a última tarefa. É necessário que tenhamos o seguinte compromisso: que nós pensamos coletivamente na qualidade das propostas, porque nós precisamos remeter para Brasília para melhorar o Sistema de Saúde do Brasil. Já tem quorum. Vamos começar lendo aqui as propostas da "Intersetorialidade" do Grupo III. No mesmo estilo da manhã: lendo e os destaques sendo feitos.

Queria pedir o máximo de empenho possível no sentido de nos concentrarmos para absorver a leitura e depois entendermos o tipo de dúvida.

Começando: "A Intersetorialidade das Ações de Saúde."

1) *Viabilizar a implantação de uma Comissão de Articulação para efetivar ações solidárias ao enfrentamento dos problemas de saúde da população com a participação de setores interessados na promoção da saúde;*

2) *Elaborar planos municipais, estaduais e nacionais com metodologia participativa garantindo a participação da sociedade;*

3) *Assegurar a participação intersetorial de outros órgãos nas campanhas sócio-educativas em saúde.* Destaque – José Roberto.

4) *Promover a coleta de lixo sistemática diária e com horário pré-estabelecido em todos os núcleos urbanos e rurais no município, colocando containers em locais centrais, inclusive com a distribuição de lixeiras públicas nas praças, ruas, avenidas e com coleta seletiva, orientando a população sobre o destino adequado do mesmo.* Destaque – Vilalba.

5) *Garantir projetos e fontes de financiamento para a estruturação do Sistema de Saneamento Básico nos municípios, considerando o perfil epidemiológico em parceria com os órgãos de obras e Meio Ambiente da esfera estadual e federal;* Destaque – Vera Coelho

6) *Que todas as secretarias municipais definam metas de atuação para o enfrentamento dos problemas sociais;*

7) *Envolver o Ministério da Saúde, a Fundação Nacional de Saúde na discussão dos projetos e das fontes de financiamento para a estruturação do Sistema de Saneamento Básico na Zona Rural e Urbana dos municípios;*

8) *Discutir intersetorialmente os critérios de instalações de eletrificação rural, sistema de telefonia fixa, construção de estradas, creches e transporte escolar e outros equipamentos sociais;*

9) *Promover e articular o funcionamento de mecanismos de controle social sobre os produtos e serviços como: Sistema de Abastecimento, Fluoretação e Controle da Qualidade da Água que estão sob a responsabilidade do Estado, Governo Federal, Prefeituras e Entidades Comunitárias;*

10) *Garantir a execução de projetos e financiamento para a construção de sistemas alternativas para abastecimento de água, de acordo com a realidade de cada localidade;*

11) *Incentivar a integração Saúde, Educação e Assistência Social nas ações de promoção da Saúde, no âmbito das políticas públicas através de uma agenda pública comum;* Destaque – José Roberto.

12) *Garantir financiamento público para a instalação e operação do Sistema de Coleta e Tratamento de Esgoto promovendo ações de educação sanitária e ambiental junto à população;* Destaque – Vera Coelho.

13) *Garantir financiamento construção, operação e manutenção de aterros sanitários nos municípios ou outros sistemas de tratamentos de resíduos sólidos adequados à realidade local;* Destaque – Sávio.

14) *Promover a articulação dos municípios com a Secretaria do Meio Ambiente para o planejamento e desenvolvimento sobre a proteção e preservação do Meio Ambiente Local;*

15) *Trabalhar a articulação junto às Secretarias de Educação, Ação Social e Entidades Não-Governamentais observando a promoção e geração de emprego e renda para adolescentes da rede pública e rural com mecanismos de promoção à Saúde e melhoria das condições sócio-econômicas da família, promovendo campanhas educativas, através dos diversos meios de comunicação, para sensibilizar os gestores e comunidades da importância em efetivar o processo intersetorial;* Destaque - Aline

16) *Garantir o financiamento para reativar e estruturar prédios inativos para a construção de creches, escolas e unidades de saúde da família em localidades que não dispõem, promovendo de manutenção e acompanhamento para a sua efetivação;*

17) *Articular os Programas de Educação em Saúde direcionados para a população, garantindo a integração entre as estruturas Saúde, Educação e Ação Social;*

18) *Implantar políticas públicas de execução de Programas de Incentivo ao Esporte, à Cultura e ao Lazer garantindo a construção de áreas onde possam ser desenvolvidas as*

atividades para toda a comunidade, mas, especialmente, para crianças e adolescentes portadores de deficiências e pessoas da 3ª idade na sede e em distrito dos municípios buscando o desenvolvimento saudável das comunidades;

19) *Desenvolver um trabalho intersetorial partindo da família até a sociedade como os temas: Drogas, Trânsito, Violência Doméstica e Sexualidade, entre outros;*

20) *Construir escolas profissionalizantes – Família Agrícola – incluindo no programa do curso disciplinas que promovam a integração entre Saúde e Educação, através de conteúdos nas disciplinas contendo temas transversais como: Agrotóxicos, Educação Alimentar, Higiene, etc.*

21) *Formar agentes multiplicadores para trabalhar as ações de promoção da Saúde humana e ambiental, junto às crianças, adolescentes, idosos, etc.* Destaque – José Roberto.

22) *Incentivar a agricultura orgânica (Selo Verde) e criação de fábricas de adubos orgânicos promovendo o cooperativismo no âmbito da agroindústria e agropecuária familiar em articulação com os órgãos afins;*

23) *Promover formação interdisciplinar no âmbito das políticas públicas para todos os servidores, visando articular esforços para a execução de ações intersetorial. Estimular a*

participação dos demais setores nas reuniões internas da Secretaria de Saúde e desta nas reuniões das outras Secretarias; Destaque – Nádia.

24) *Executar ações de adequar o destino final dos resíduos sólidos viabilizando a construção de sistemas de tratamento de resíduos sólidos de serviços de saúde;*

25) *Garantir infra-estrutura mínima necessária para fortalecimento e intensificação das ações da Vigilância Sanitária e Ambiental;*

26) *Articular junto aos órgãos afins a elaboração e execução de um programa de reflorestamento das áreas de preservação permanente dos Recursos Hídricos do Estado do Ceará;*

27) *Articular os Conselhos Comunitários de Segurança Pública, planejamento e promovendo ações preventivas e educativas envolvendo os órgãos competentes, buscando uma integração capaz de responder as reivindicações da população no âmbito da Segurança Pública ...*

(Não contém na fita o item 28)

28)... *motoristas, motociclistas e ciclistas;*

29) *Excluir nos Programas de Educação para a Saúde ações educativas no sentido do cumprimento da legislação que define os padrões sonoros, relacionando-os à promoção da Saúde;* Destaque – Reginaldo.

30) *Atuar com políticas intersetoriais na prevenção da prostituição infanto-juvenil, tráfico e uso de drogas, promovendo acompanhamento e a reabilitação deste Grupo;*

31) *Implementar a fiscalização e controle das vendas de agrotóxicos e medicamentos para uso de produtos veterinários nas instâncias municipal e estadual;*

32) *Articular com as instâncias competentes nos Programas de Reabilitação do Menor Infrator;*

33) *Articular com as instâncias competentes a pavimentação e manutenção das estradas;*

34) *Cumprir com os dispositivos contidos nos Códigos de Postura dos municípios no que diz respeito à preservação do Sistema de Saneamento Básico e Meio Ambiente incentivando e investindo numa convivência saudável;*

35) *Viabilizar, através da identificação de fontes de financiamento intersetoriais, a construção, recuperação e*

manutenção de abatedouros públicos de acordo com os padrões e normas regularmente existentes;

36) *Desenvolver conjunto de ações intersetoriais, junto aos órgãos da Delegacia Regional do Trabalho, Vigilância Sanitária Municipal e órgão ambiental para fiscalização dos ambientes de trabalho, formal e informal, público e privado;*

37) *Realizar ações conjuntas com o Órgão Ambiental e a Vigilância Sanitária Local para monitorar e fiscalizar permanentemente as empresas que produzem resíduos industriais e poluem os mananciais;*

38) *Aplicar sanções em condomínios residenciais, estabelecimentos comerciais e outros que mantenham condições favoráveis à proliferação do mosquito da Dengue e outros agravos, promovendo a vedação dos canais a céu aberto e das caixas d'água da Zona Urbana e Rural;*

39) *Promover articulação entre instituições de Saúde e Educação, visando a melhoria da quantidade do ensino e intensificação em todos os níveis de temas relacionados ao Meio Ambiente visando a promoção da Saúde;*

40) *Viabilizar a divulgação das informações sobre as políticas públicas de Saúde, utilizando os meios disponíveis e apropriados à realidade local;*

41) *Desenvolver programas que valorizem e promovam o protagonismo juvenil junto com a criação de espaço que forneça oportunidades de lazer, esporte e cultura;*

42) *Articular com outras Secretarias Centros de Convivência, Parques Municipais, Centros Esportivos e Centros Comunitários, desenvolvendo a integração e inclusão de grupos sociais de todas as idades, acompanhados por educadores físicos, fisioterapeutas e psicólogos e outras profissões de forma integrada;*

43) *Assegurar uma política de infra-estrutura agrária e urbana que garanta o desenvolvimento sócio-econômico e cultural das famílias;*

44) *Desenvolver políticas intersetoriais para revitalizar e diversificar empreendimentos com viabilidade econômica sustentável na pesca, agricultura e turismo, respeitando as questões ambientais – a cultura local – mantendo a integridade das famílias tendo em vista a melhoria da qualidade de vida;*

45) *Priorizar os pequenos produtores locais na rede de abastecimento na merenda escolar e cestas básicas, exercendo o controle de qualidade através do acompanhamento de nutricionista;*

46) *Articular a participação dos setores de Vigilância em Saúde, Câmara de Vereadores, Conselhos Municipais de Saúde, Assistência Social, entidades representativas dos trabalhadores, Educação e Ministério Público na realização de bloqueios epidemiológicos;*

47) *Garantir o acesso da população Zona Rural, Periferia da Zona Urbana e Zona Urbana à Rede de Saneamento Básico promovendo a construção de kits sanitários residenciais nas comunidades municipais de menor concentração populacional, articulando ações de educação da Comunidade sobre seu uso adequado;* Destaque – Reginaldo

48) *Buscar mecanismos que viabilizem a construção ou melhoria habitacional na Zona Rural com o objetivo de incentivar a permanência do trabalhador rural em suas específicas áreas;*

49) *Garantir mecanismo de controle social nas áreas produtivas que desenvolvem produção, utilizando o Sistema de Irrigação;*

50) *Assegurar a criação de um Conselho Consultivo e Deliberativo das políticas públicas nas esferas municipais, estaduais garantindo a participação paritária do Poder Público e sociedade civil;*

51) *Trabalhar em articulação junto ao Poder Judiciário – Tribunal de Justiça – objetivando o efetivo cumprimento da Legislação Pólos Cartórios de Registro Civil no tocante a entrega da Certidão de Nascimento em um prazo de 24 horas para os nascidos vivos.* Destaque – Maria Eduarda.

52) *Articular os órgãos ambientais e de Vigilância Sanitária para fiscalizar e coibir a pesca predatória, o desmatamento, as queimadas e a retirada de areia dos rios e praias, desenvolvendo ações educativas que promovam a conscientização da população sobre a importância da Mata Ciliar, da preservação e proteção do Meio Ambiente, incluindo as dunas e falésias e os manguezais do Ceará, reconhecendo os impactos em rebatimento dessas ações sobre a Saúde da população.*

53) *Articular com órgãos afins recursos para a implantação das políticas de reassentamento de famílias residentes em áreas de risco.*

54) *Garantir recursos para implantação do Centro de Zoonoses nas microrregiões de Saúde;*

55) *Articular com o Ministério do Meio Ambiente/Secretaria do Meio Ambiente recursos para a implantação da Rede Adutora e Programas de Desalinização da Água;*

56)*Articular as ações de saúde do trabalhador, em parceria com a Secretaria de Agricultura, promovendo um conjunto ações e orientações seguras sobre o manejo e o uso adequado de agrotóxicos, envolvendo a representação dos trabalhadores e dos empregadores;*

57)*Melhoria do acesso das comunidades rurais às sedes dos municípios viabilizando a construção de passagens molhadas;*

58)*Realizar parcerias visando a promoção de ações que fortaleçam a inclusão efetiva de jovens, adultos e idosos no Programa de Alfabetização;*

59)*Intensificar a divulgação em longa escala de todas as ações e dos direitos adquiridos;*

60)*Fiscalização e controle de venda de medicamentos para uso humano nas instâncias municipais e estaduais;*

61)*Melhorar a qualidade nas relações humanas no atendimento à população dando especial atenção aos portadores de deficiências físicas e mentais;* Destaque

62)*Aumentar o número de leitos nos hospitais públicos o número de leitos dos hospitais públicos;*

63) *Garantir a melhoria dos Programas Habitacionais concernentes à estrutura física e de saneamento básico;* Destaque – Lenilúcia

64) *Reativar as cooperativas agroindustriais e agropecuárias;*

SR. ALEX MONT'ALVERNE: Eu queria convidar a Dra. Vera Coelho para vir aqui me substituir um pouco, porque eu preciso sair para resolver ali um problema e, ao mesmo tempo, convidar a Dra. Isabel Porto, já que está aqui presente, para vir acompanhar e observar os nossos trabalhos de perto.

Primeiro destaque no item 3, solicitado pelo José Roberto.

É de acréscimo. O item 3 está assim redigido na sua forma original: *Assegurar a participação intersetorial de outros órgãos nas campanhas sócio-educativas em Saúde.* O José Roberto acrescenta: *e implementar em todas as escolas de Ensino Fundamental um programa de ensino dentro do currículo da própria escola, que favoreça o combate e o controle das doenças prevalentes em cada localidade, bem como seja garantido o aprendizado sobre sexualidade e prevenção de gravidez indesejada.*

Seguindo estritamente o Regulamento: alguém se apresenta para defender o texto original? Ninguém se apresentou para defender o texto original.

José Roberto, existe necessidade de defender o texto?

Em votação, quem vota na manutenção do texto original, por favor levante o crachá; quem vota pela alteração apresentada pelo José Roberto? Aprovada a alteração.

Próximo destaque. Item 4 apresentado pela Vilalva, que já vai fazer a apresentação e defesa.

SRA. VILALVA: Quando tem *promover a coleta de lixo sistemático, diário, com horário pré-estabelecido em todos os núcleos urbanos e rurais* eu proponho que se troque *"núcleos urbanos e rurais"*, por *"onde haja concentração familiar populacional que compense a coleta"*, porque de repente tem uma localidade com três famílias morando não compensa botar um container ou fazer uma coleta diária.

SR. MOACIR: A Mesa entende e vai encaminhar. A Dra. Vilalva apresentou que seja modificado o texto original com a seguinte redação: *promover a coleta de lixo sistemático, diário, com horário pré-estabelecido em conglomerados populacionais onde se justifique a coleta.*

SRA. MARIA ANDRADE LEITE : Ela propõe que o texto fique assim: *promover a coleta de lixo sistemático, diário, com horário pré-estabelecido em todos os locais onde haja concentração populacional acima de 50 famílias, em Zona Urbana e Rural do município* e continua com o resto do texto.

SR. MOACIR: Houve um destaque que não chegou na hora. Então está prejudicado. Nós vamos seguir estritamente o regulamento: ao pedir destaque tem que ser encaminhado por escrito à Mesa.

Vou colocar em votação como está no regulamento: alguém defende a manutenção do texto original como está?

Companheiros, entendam o que eu estou dizendo: a Vilalva apresentou destaque; nós vamos abrir para alguém que defenda a manutenção do texto como está em contraposição ao texto da Vilalba. Alguém se inscreve para fazer essa defesa?

SR. REGINALDO: Eu defendo a manutenção do texto por que uma das lutas que se tem no interior do Estado e até na capital é que a coleta seletiva do lixo e até a coleta normal do lixo seja estendida a todo canto. Se as comunidades ainda não têm quantidade populacional que justifique isso, que fique no texto a luta e a vontade que a Plenária aqui do Ceará tem de ter coleta em todo canto, em qualquer rincão da cidade. É dever do Estado.

SR. MOACIR: Em votação. Aqueles que votam na manutenção do texto na forma como foi defendida pelo companheiro Reginaldo, por favor, levante o crachá; aqueles que votam pela alteração do texto da forma como foi defendida pela Dra. Vilalva, por favor levantem o crachá. Mantido o texto.

Próximo destaque o item 5.

SRA. VERA COELHO: Deixem-me só colocar aqui qual é a minha proposta. É que ele tem *Garantir projetos e fonte de financiamento para estruturação do Sistema de Saneamento*. Eu estou colocando: *Garantir recursos públicos, excluídos os oriundos da Emenda Constitucional nº 29/2000 para estruturação do Sistema de Saneamento Básico...* o resto é tudo igual.

A Justificativa: porque da forma que está aí você dá o espaço para que o recurso da Emenda Constitucional nº 29 possa ser dirigido para área de Saneamento.

SR. MOACIR: Apresentado o destaque. Alguém se inscreve para defender o texto original? Ninguém se inscreve. Em votação: quem é pela manutenção do texto original na forma como está, por favor levante o crachá; quem é pela alteração do texto da forma como é apresentado. Texto alterado.

Próximo destaque. Item 6 – Natália ...

Próximo destaque: item 11 – José Roberto.

SRA. NATÁLIA: O item 11 é apenas uma proposta de alterar palavra, em vez de *incentivar* logo no início da frase colocar a palavra *realizar.*

SR. MOACIR: Item 11 – *Incentivar a integração Saúde, Educação, Assistência Social nas ações de Saúde no âmbito das políticas públicas através de uma Agenda Pública comum.*

A proposição de alteração do texto do José Roberto é: *Realizar a integração Saúde, Educação, Assistência Social nas ações de Saúde no âmbito das políticas públicas através de uma Agenda Pública comum.*

Alguém defende a manutenção do texto? Então, em votação: quem vota pela manutenção do texto como está expresso na projeção, por favor, levante o crachá; quem vota pela alteração do texto da proposta.

Para não cometermos injustiças ... O item 6 diz: *Que todas as Secretarias Municipais definam metas de atuação para o enfrentamento de problemas sociais.*

SRA. MARIA ANDRADE LEITE: O Texto: *Que todas as Secretarias Municipais e Estaduais definam metas através de fóruns intersetoriais com a elaboração de relatório anual na atuação ao enfrentamento de problemas sociais.*

Está claro? Alguém defende a manutenção do texto original? Em votação: quem vota pela manutenção do texto como está expresso na projeção, por favor, levante o crachá; quem vota pela alteração do texto da proposta.

Estou acatando uma questão de ordem do Padre Elói.

Só um esclarecimento. A Mesa entende e o Regulamento é claro: a questão de ordem é para por ordem à Mesa, quando a Mesa não está seguindo a ordem e encaminhamento é para encaminhar os procedimentos dessa

Plenária. Afora isso, a Mesa não acata a questão de ordem a não ser o que é regulamentar.

SR. PADRE ELÓI: Meu caro, boa-tarde a todos. Uma questão de ordem nesse texto aqui do item 6. Eu gostaria que a Mesa interpretasse ou entendesse que teremos alterar um pouquinho: nós temos um problema muito sério nas cidades do interior, eu que ando e vejo, aqui em Fortaleza mesmo: a questão social no que tange ao problema de aparelho sanitário. Não tem nas cidades e eu queria alterasse nesse item 6.

SR. MOACIR: Nós entendemos demais a sua boa vontade e o seu intuito de colaborar com o Sistema Único de Saúde. Mas, na verdade, o que o companheiro pediu não é uma questão de ordem. Então, a Mesa não vai colocar em apreciação, já que não é uma questão de ordem. No momento oportuno o senhor destaca uma proposta e emenda com essa sua proposta que será muito bem aceita.

Próximo item? Item 12 – Vera Coelho.

SRA. VERA COELHO: Bom, o item 12 é semelhante ao item 6 que nós já trabalhamos anteriormente, que é: *Garantir recursos públicos*, ali tem: *garantir financiamento público para instalação e operação.* Eu estou colocando: *Garantir recursos públicos, excluídos os oriundos da Emenda Constitucional nº 29, para instalação e operação do Sistema de Coleta, Tratamento de Esgoto, promovendo ações de Educação Sanitária e Ambiental junto à população.* É mais uma vez a questão de não estar abrindo espaço para

entrar os recursos do Sistema Único de Saúde como sendo a única fonte de financiamento.

SR. MOACIR: Muito obrigado, Vera Coelho. Está feita a redação. Alguém se inscreve para defender a manutenção do texto como está. Em votação. Quem vota pela manutenção do texto original? Quem vota pela alteração do texto conforme apresentado pela Dra. Vera Coelho? Texto alterado.

Item 13, destacado por duas pessoas: o senhor Sávio e Vera Coelho.

SR. SÁVIO: Eu queria que fosse alterado, porque é muito preso o texto apenas à sede do município, que seja incluído, claro, que os distritos também sejam incluídos nesse Sistema de Aterro Sanitário, já que a poluição chegou à Zona Rural, não é como antigamente. Então, se não for destacado o distrito poderá ficar exclusivamente na sede e os distritos não serem beneficiados.

SR. MOACIR: Então, senhor Sávio, a redação é: *garantir financiamento para construção, operação e manutenção de aterro sanitário nos municípios e distritos ou outro sistema de tratamento de resíduos sólidos.*

Está clara a Plenária. Alguém defende a manutenção do texto original? Em votação. Quem vota pela manutenção do texto? Quem vota pela alteração do texto? Texto conforme apresentou o senhor Sávio.

Próximo: item 15, destacado por Clarice.

SRA. CLARICE: Gente, é só que foi lido o texto original a palavra "observar" e no grupo nós aprovamos "objetivando". Eu gostaria de propor que fosse *trabalhada a articulação junto às Secretarias de Educação e Ação Social objetivando ...*

SR. MOACIR: A Clarice propõe que seja alterado, ao invés de *observando* seja *objetivando a promoção e geração de emprego e renda*. A plenária está esclarecida? Alguém defende a manutenção do texto original.

SRA. PARTICIPANTE : Eu tinha apresentado isso também. Eu tinha defendido, que nós até criamos, por exemplo, trabalhos no interior sobre a agricultura aí vem só aqui para cidade, por que lá os agricultores do Sertão que fazem o 2º Grau, por que não pode ir para lá também? Vai só técnico. Estou só defendendo a agricultura.

SR. MOACIR: A Mesa não está entendendo e nós não temos que ter compreensão para poder apresentar essa Plenária. Nós queremos que as duas conversem em separado durante dois minutos, façam uma redação e apresentem à Mesa e depois nós voltamos.

SRA. PARTICIPANTE: Questão de ordem. Ali está aparecendo uma redação e aqui tem outra redação e as duas estão falando de coisas diferentes.

SRA. PARTICIPANTE : Um esclarecimento. A Companheira participou inclusive do nosso grupo. Essa redação aqui foi alterada. Então, eu gostaria que o coordenador dos trabalhos lesse completo para ela entender.

SR. MOACIR: Eu vou ler a redação conforme está no telão, que é a redação que eu tenho em mãos. *Trabalhar a articulação junto às Secretarias de Educação, Ação Social e Entidades Não-Governamentais, objetivando (observando) a promoção de emprego e renda para adolescentes da Rede Pública e Rural como mecanismo de promoção à Saúde e melhoria das condições sócio-econômicas da família, promovendo campanhas educativas através dos diversos meios de comunicação para sensibilizar os gestores e comunidades da importância em efetivar o processo intersetorial.* É esse o texto e que estamos em discussão.

SRA. PARTICIPANTE : É esse que eu defendi e quero defender sempre esse aí por causa dos agricultores lá do interior, que vivem nos matos, que trabalham com maior sacrifício.

SR. MOACIR: Então, a mesa entende que são duas proposições: manutenção do texto e modificação do texto.

Em votação. Quem vota pela manutenção do texto? Quem vota pela alteração do texto? Texto alterado.

SR. PARTICIPANTE : ... é só uma questão de encaminhamento, lembrando a Mesa de ver essa questão. Muito obrigado.

SR. MOACIR: Muito obrigado pela lembrança. Peço desculpas por estar esquecendo de solicitar as abstenções.

Destaque nº 21, para José Roberto. José Roberto retira o destaque.

Destaque de nº 23, para Najla. Por favor, apresente o destaque.

SRA. NAJLA : Eu queria que lesse primeiro o Item 23. Eu quero fazer a substituição desse Item.

SR. MOACIR : Solicito ao Alex para fazer a leitura do Item 23, ou colocá-lo na tela.

SR. ALEX MONT'ALVERNE : Promover formação interdisciplinar, no âmbito das políticas públicas, para todos os servidores, visando articular esforços para execução de ações intersetorial; estimular a participação dos demais setores nas reuniões internas da Secretaria da Saúde e dessas reuniões das outras Secretarias.

SR. MOACIR : Com a palavra a Sra. Najla.

SRA. NAJLA : Eu gostaria de substituir essa redação por outra: Implantar uma rede integrada de serviços sociais com enfoque na vigilância à saúde e na inclusão social, cujos mecanismos articuladores que podem ser: Reuniões, comitês, outros mecanismos, esses mecanismos ariticuladores estejam inseridos nas estruturas dos setores do Governo Federal, Estadual e Municipal, envolvendo as áreas da saúde, educação, ação social, trabalho e meio ambiente, uma rede integrada de serviços sociais.

SR. MOACIR : Foi entendido pela Mesa. A Dra. Najla apresenta uma proposta de redação nova ao Aritgo 23, na forma como ela acabou de ler.

Com a palavra a Sra. Maria de Castro.

SRA. MARIA DE CASTRO : Na fase Regimental, você pode apenas alterar, modificar palavra, frases e não suprir e alterar um texto inteiro. Porque esse texto foi discutido no grupo.

SRA. NAJLA : Então, a Mesa, vocês me dão oportunidade de incluir isso como uma outra proposta?

SRA. MARIA DE CASTRO : Não, nova proposta já foi votada em Plenária e não pode ser apresentada.

SR. MOACIR: Então, a Mesa entende que a Questão de Ordem da Dra. Maria de Castro é pertinente e Najla, infelizmente, a sua proposta está prejudicada. O próximo destaque.

Item 29- estão me pedindo para dar uma explicação e peço para que todos fiquem bastante atentos. O texto que está sendo discutido e debatido nesta Plenária final, é esse texto que está sendo projetado nos telões; pois ele já é a síntese da síntese de todos os relatórios das Reuniões Municipais e todos os debates que foram travados nos grupos. Então, as pessoas que estão acompanhando o texto por esse caderno, que era o caderno simples que foi recebido inicialmente, já não está mais da forma integral como está aqui no caderno, porque ele foi alterado pelos grupos. Todo mundo tenha atenção a isso. Muito obrigado.

Proposta 29- destacada por Reginaldo. É simplesmente uma alteração. Está excluir e é incluir. Mesmo assim, vamos continuar seguindo o Regimento. Alguém defende a manutenção do texto como está? Em Votação. Os que votam pela manutenção do texto, levantem o crachá(Pausa). Os que votam pela alteração do texto, levantem o crachá(Pausa). O texto foi alterado.

Proposta 47- Destaque pelo companheiro Reginaldo. Eu peço desculpa, Reginaldo. Na última votação, mais uma vez eu esqueci de perguntar quem se abstém. Reginaldo, por favor....

SR. REGINALDO : É só o critério aqui, da distribuição da fitossanitária para promoção da saúde. É um critério onde tem menor concentração populacional. Eu solicito a troca desse critério, pelos lugares, municípios que têm menores índice de desenvolvimento econômico. Porque é um índice que mede saneamento, habitação, geração de renda e as riquezas do município. É só a troca do critério que é colocado na proposta.

SR. MOACIR : Perfeitamente, a Mesa entende. A proposta original é a redação como está. Na redação proposta pelo Reginaldo, tem: Garantir o acesso à população zona rural, periferia da zona urbana, zona urbana, à rede de saneamento básico, promovendo a construção de sanitários residenciais nas comunidades, municipais de menor índice de desenvolvimento humano, articulando ações de educação da comunidade sobre seu uso adequado.

Alguém defende a manutenção do texto como está? Por favor Alex Mont` Alverne...

Item 47- O Alex está defendendo a manutenção do texto original.

SR. ALEX MONT'ALVERNE: Na realidade, eu acho que é uma confusão. Porque quando o texto se refere, não a questão de prioridade para município com menor concentração, mas a instalação de quites sanitários em municípios com menor concentração, pelo fato de ser inviável à rede de esgotos. Não se trata de critério de prioridade para esses municípios. Talvez uma redação alternativa em que priorizasse município com menor IDG, para o conjunto; seja rede sanitária, seja instalações adequadas. A proposta melhor seria uma redação alternativa, que contemplasse a prioridade, mas não tirasse o município de menor concentração.

Pelo balançar de cabeça do Reginaldo, há possibilidade de fazer uma redação conjunta. Sente ali Alex junto com o Reginaldo, apresentem uma redação conjunta.

Destaque 51- Apresentado por Eduarda. Por favor, Eduarda...

SRA. EDUARDA : É só a inclusão do Ministério Público, Fiscal da Lei. Aí não tem.

SR. MOACIR: Eduarda propõe que, a redação nova seja: trabalhar em articulação junto ao Poder Judiciário, Tribunal de Justiça e Ministério Público, objetivando o efetivo cumprimento da Legislação. E segue o texto original.

Alguém se inscreve para manutenção do texto original? Em Votação. Quem vota pela manutenção do texto original, por favor, levante o

crachá(Pausa). Quem vota pela alteração do texto original, por favor(Pausa). Quem se abstém(Pausa). Algum outro destaque?

Destaque 61- Janeeire.

SRA. JANIEIRE : Eu queria pedir ao companheiro que lesse aí, o texto 61.

SR. MOACIR : Texto 61- Melhorar a qualidade das relações humanas do atendimento à população, dando especial atenção aos portadores de deficiências físicas e mentais.

SRA. JANIEIRE : Exatamente. Veja bem que em todo o conceito que foi colocado, não existe em nenhum momento que fale da questão do acesso. Então, eu pedi para incluir exatamente nesse ponto, já que fala do portador, a questão do acesso de rampas no TSS- 24 horas, principalmente no Interior, e também nas Secretarias Municipais. Inclusive, no Interior têm Secretarias que funcionam em prédios altos com escada sem ter o aceso de rampa. Isso aí nós temos brigado muito nos municípios, para que isso possa se efetivar. Então, gostaria que se fosse possível, fosse acrescentada à redação.

SR. MOACIR : Vamos ver se contempla aqui. Melhorar a qualidade das relações humanas, no atendimento e também na acessibilidade à população, dando especial atenção aos portadores de deficiências físicas e mentais.

SRA. JANIEIRE : Com construção de rampas. Porque se você fala do acesso e não especifica, não fica claro.

SRA. PARTICIPANTE : A redação dela já está na Mesa. Melhorar a qualidade das relações humanas e o atendimento à população, dando especial atenção aos portadores de deficiências físicas e mentais, inclusive, com a construçãod e rampas nas unidades de saúde dos PFS, dos municípios do Interior, inclusive, nas Secretarias de Saúde. Quando o prédio for alugado, que o mesmo venha a funcionar na parte térrea e não no alto.

SR. MOACIR : Continuando. Alguém para defender o texto original? Em votação. Quem vota na manutenção do texto original, por favor se manifeste, levantando o crachá(Pausa). Quem vota pela alteração do texto conforme defendido(Pausa). Quem se abstém(Pausa). Muito obrigado.

Desculpe aqui, nós passamos o destaque do Ernesto. Ernesto, por favor?

SR. ERNESTO : Está desculpado. Companheiros, é só para acrescentar no final, que entre outros problemas, agrava os casos de hipertensão.

SR. MOACIR : É o destaque 56- Articular as ações de saúde do trabalhador em parceria com a Secretaria de Agricultura, promovendo o conjunto de ações e orientações seguras sobre o manejo, e uso adequado de agrotóxicos, envolvendo a representação dos trabalhadores e dos empregadores. Eu acho que o companheiro está com o texto errado, que é o texto do livro. Eu volto a repetir.

SR. ERNESTO : Não, não é isso. Confira então o nº 55? Porque eu peguei ali na outra mesa a conferência do número.

SR. MOACIR : Tudo bem, vamos lá. Articular com o Ministério do Meio Ambiente/ Secretaria do Meio, Ambiente, recursos para implantação de rede adutora de programa de dessalinização da água.

SR. ERNESTO : Que entre outros problemas, agrava os casos de hipertensão.

SR. MOACIR : É esse o seu texto. Muito obrigado. Alguém para defender o texto original? (Pausa). Em Votação. Quem vota na manutenção do texto na forma como está projetado, por favor, levante o crachá(Pausa), pode baixar. Quem vota pela alteração do texto, por favor(Pausa), pode baixar. Quem se abstém(Pausa), pode baixar. Obrigado.

Proposta conjunta do Alex e do Reginaldo. Por favor, leia aí, Rogéria.

SRA. ROGENA : Garantir o acesso da população da zona rural, periferia da zona urbana e zonas urbanas, a rede de saneamento básico, envolvendo a construção de quites sanitários residenciais, priorizando os municípios com menor índice de desenvolvimento e DH e de menor concentração populacional.

SR ALEX MONT'ALVERNE : É só acrescentar ao que está aí. Priorizando os municípios com menor índice de desenvolvimento humano.

SR. MOACIR : Perfeito. Alguém defende ainda a manutenção do texto original? (Pausa). Em Votação. Quem vota pela manutenção do texto original, por favor, levante o crachá(Pausa). Quem vota pela alteração, por favor,

levante o crachá(Pausa), pode baixar. Quem se abstém(Pausa). Muito obrigado, o texto está alterado.

SR. MOACIR : Terceiro Item- Vencido, estamos em 30% dos 10 ítens que temos a vencer.

Item de nº 4- As 3 esferas de Governo. Vou dar 2 avisos. Reunião dos Enfermeiros às 17 horas do mesmo auditório.

As 3 esferas de Governo- Item 1- Instituir processos permanentes de avaliação do desempenho do sistema de saúde nas 3 esferas de Governo, incluindo o sistema de avaliação nos municípios pólos.

SR. REGINALDO : Destaque.

SR. MOACIR: Destaque do Reginaldo.

2- Dinamização e ampliação do processo de negociação e pactuação vigente nas comissões intergestores, propiciando o avanço na regionalização da saúde, atendendo aos requisitos de racionalidade econômica e de efetividade na atenção, respeitadas as diversidades regionais.

Item 3- Prévia avaliação externa para revisão dos mecanismos de alocação e repasse de recursos, para reorientar a gestão e os modelos de atenção vigentes.

Item 4- Regulamentação no dispositivo Constitucional, que trata da destinação de recursos para o setor, para precisar responsabilidades com o financiamento do sistema e definir as modalidades no gasto sanitário.

Item 5- Incentivo à participação cidadã e utilização dos instrumentos legais disponíveis para o controle social e efetivação de compromissos e responsabilidades entre os gestores, em sintonia com as mudanças desejadas par a construção do SUS que queremos.

SR. CARLÃO : Por uma Questão de Ordem! (Concedido).

Sr. Presidente, teve um destaque na questão anterior.

SR. MOACIR : Item 4- Algum destaque? Nenhum destaque.

Item 6- Promover a integração das 3 esferas de Governo, com os diversos segmentos da sociedade, nos assuntos relacionados a garantia do direito à saúde.

Item 7- Garantir o cumprimento da Lei de Passe Livre para os idosos nos transportes coletivos urbano e rural e intermunicipal, através de fiscalização. Olavo destacando o Item 7. Obrigado, Olavo.

Item 8- Garantir a universalidade e integralidade das políticas intersetoriais da saúde, educação e agricultura. Promover políticas de impacto às condições de vida da população.

Item 9- Que as obras de ações e saneamento básico, tais como sistema de esgoto sanitário, água encanada e tratada, aterro sanitário e instalações e estação de tratamento de água e esgotos, sejam financiados através de recursos financeiros do orçamento geral da União, com dotações exclusivas, conforme a Legislação em vigor. Não alocar recursos aos setores privatizados.

Destaque do Item 9- para Alex Mont`Alverne.

Item 10- Garantia que os municípios que forem contemplados com o Projeto "Fome Zero", recebam o dobro dos recursos que estão estipulados. Destaque do José Antônio- Natália também.

Por favor, Rogena.

SRA. ROGENA : Nós estamos pedindo a colaboração de Ana Cláudia de Araújo e Rita Vilene Vasconcelos Lima- da relatoria adjunta.

SR. MOACIR : Agradecendo as companheiras relatoras adjuntas desse grupo, mais um esclarecimento à plenária. O texto que está em discussão é o texto que está sendo projetado. Não é mais o texto que está nesse caderno, o texto desse caderno foi fruto de discussão e alteração nos grupos.

Destaque do Item 10, para a Dra. Vilauba.

Item 11- Promover políticas habitacionais de construção de casas populares, para as comunidades de baixa renda. Destaque para o Edgualson.

Item 12- Sensibilizar todos os segmentos da sociedade, para fiscalizar o Programa “Fome Zero”.

Ìtem 13- Implementar mecanismos de acompanhamento da pactuação das ações de saúde e gestores do âmbito microrregional. O resultado dessas pactuações devem ser divulgadas nos meios de comunicação.

Item 14- Intensificar as ações de auditoria nas 3 esferas de Governo, visando prevenir e averiguar atos de corrupção e improbidade administrativa, cumprindo a lei e punindo os responsáveis.

Item 15- cumprir o cronograma de repasse e recurso fundo a fundo, nas esferas correspondentes.

Item 16- tornar público as fontes de financiamentos para ações de serviços de saúde, garantindo a adequada utilização dos recursos e acompanhamento por parte dos conselhos de saúde.

Item 17- Criar novos mecanismos mais eficazes e contínuos, para fiscalizar, controlar e avaliar as redes de serviços de saúde pública, filantrópica e conveniada, excluindo aqueles que realmente não têm caráter filantrópico.

Item 18- Garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde, garantindo passe livre para portadores de deficiências e transtornos mentais e o vale transporte aos usuários de tratamento contínuo. Tuberculose hanseníase, etc.

Item 19- Garantir a inclusão de Medicina na Urca. Destaque para José Roberto.

Item 20- Revisão dos valores repassados nos municípios certificados em endemias.

Item 21- Implantação do Programa Geriátrico, com instalação de centro de referência para o idoso.

Índice 22- Ampliação das ações de vigilância sanitária.

Item 23- Intensificação das ações de combate ao tabagismo, drogas lícitas e ilícitas, no meio da comunidade.

Item 24- Intensificação das ações de prevenção DFC Aides. Destaque .

Item 25- Implantação dos serviços de saúde do trabalhador.

Item 26- Integração dos 3 níveis de atenção para reabilitação.

Item 27- aumento da oferta de medicamentos da farmácia básica e dos programas de doenças crônicas, como : Diabetes, hipertensão, tuberculose e outros, promovendo campanha de prevenção e esclarecimento da comunidade, quanto ao uso indevido dos mesmos e que haja fiscalização do repasse de medicamentos.

Item 28- Implantar uma rede de produção de dispensação de fitoterápicos mnas unidades do Sistema Único de Saúde.

Item 29- Maior planejamento e melhor distribuição de recursos destinados à saúde.

Item 30- Criação de uma lei complementar em nível Federal, que autorize aos gestores municipais a realizarem pagamentos aos prestadores de serviços na área de saúde, sem necessitar de cooperativas.

Item 31- Ampliar os programas de saúde da mulher. Destaaue para o José Roberto.

Item 32- Implantar o programa de saúde do homem. Destaque para: José Valdir.

Novas propostas: 33. Criar e implantar a Universidade Federal da Região da Ibiapaba. Destaque para Vilalva. .

34- Alocar recursos para implantação do Hospital das Clínicas na Região da Ibiapaba, onde os princípios do SUS possam ser vivenciados pelos usuários. Destaque do José Roberto.

35- Garantir que os municípios contemplados com o Programa “Fome Zero”, tenham os recursos aplicados em forma de trabalho, numa perspectiva de auto- sustentabilidade.

36- Redefinir a pactuação junto ao Ministério da Saúde, para atender a demanda existente, nos serviços ambulatoriais e hospitalares.

Reiniciando- O Reginaldo destacou o Item 1.

SR. REGINALDO : É os um acréscimo aí. Instituir processos permanentes de avaliação de desempenho do sistema de saúde na esfera do Governo, Estadual e Municipal, incluindo o sistema de avaliação dos Municípios- Pólo. Esses instrumentos já existem, até relatório de gestão, plano municipal de saúde. O problema é que eles são documentos de gabinete e só têm o viés de gestor. O que estou querendo colocar aqui, é através da participação de usuários e profissionais de saúde. Então, seria um instrumento que os usuários diriam como estão sendo tratados e os profissionais de saúde, às condições que estão trabalhando, e há instrumentos novos na participação desses 2 segmentos.

SR. MOACIR : O texto do Reginaldo está na Mesa. Por favor Rogena....

SRA. ROGENA : Adicionar através da participação do usuários e profissionais de saúde.

SR. MOACIR :Alguém para defender a manutenção do texto? Em Votação. Quem vota pela manutenção do texto, levante o crachá.(Pausa). Pode baixar. Quem é favorável a alteração do texto, levante o crachá (Pausa). Pode baixar. Quem se abstém(Pausa). Pode baixar. Alterado o texto.

Próximo destaque.

SRA. ROGENA : Item 7-

SR. RODRIGUES : Sr. Presidente, pela Ordem? (Assentimento)

Senhor Presidente, gostaria de saber se não era mais possível apresentar isso, uma comissão fiscalizadora de recursos; porque não existe nenhuma comissão para fiscalizar isso aqui, as utilizações de financiamento, em nenhum item fala.

SR. MOACIR : Entendo a boa intenção e a boa intenção do companheiro Rodrigues, um batalhador em defesa da saúde pública. Mas, isso não é questão de Ordem, companheiro, ordem é para dar ordem à Mesa. Estamos aqui em discussão.

Item 7- Olavo propôs alteração. Os que aprovam? Abstenções? Muito bem. Aprovado o texto da forma como propõe o Olavo.

Item 9. Alex Mont'Alverne.

SR. ALEX MONT'ALVERNE: Na verdade a proposta se refere a dois assuntos nesse tema. O primeiro é incluir também orçamento dos Estados, e o segundo, a garantia de que esse recurso é além do recurso da Saúde, garantido através da Emenda Constitucional 29. Inclui Estado e inclui a expressão: *além dos recursos assegurados na Emenda Constitucional 29*. A redação, enfim, é a mesma: *Que as obras e ações de saneamento básico , tais como sistema de esgoto sanitário, água encanada e tratada, aterro sanitário, instalações de*

estação de tratamento de água e esgoto sejam financiadas através de recursos financeiros do orçamento geral da União e dos Estados, com dotações adicionais aos recursos previstos para saúde, na Emenda Cosnbtitucional 29.

SR. MOACIR: Alguém defende a manutenção do texto original? Levantem o crachá. Os que votam pela alteração do texto, levantem o crachá. Abstenções obrigado. Alterado o texto.

A Mesa tem uma preocupação grave: estão esvaziando a Plenária, em reuniões paralelas, quando o foro de debates é aqui, neste momento e neste local. Apelamos que fossem destacados alguns companheiros para chamar as pessoas. A conferência não pode se resumir ao microcosmo do poder da eleição de delegados, nós temos que definir uma política de saúde para o Estado do Ceará e para o Brasil.

No item 10, existem 4 destaques: Vilalva, Natália, José Antonio e José Aírton. Tem a palavra, Bitu.

SR. BITU: Estão colocando que a coordenação deve suspender a entrega de certificados lá embaixo, que o esvaziamento é por conta da entrega dos certificados.

SR. MOACIR: Obrigado, Bitu. A Mesa acata a proposta inicial dos quatro, se existem diferenças fundamentais, para que eles costurem uma proposta comum. Não tem jeito? Vão conversar os quatro então.

Item de nº 11, destacado pelo Edvalso.

SR. EDVALSO: Na redação do item 11 diz o seguinte: *promover políticas habitacionais de construção de casas populares para as famílias das comunidades de baixa renda.* O termos já está na Mesa, gostaria que alguém lesse como seria coma alteração.

SR. MOACIR: Por favor, Rogena, leia o texto redigido pelo companheiro.

SRA. ROGENA: *Promover políticas habitacionais de construção de casas populares para as famílias de baixa renda, através do regime de mutirão pelas famílias beneficiadas.*

SR. MOACIR: Em votação. Alterado o texto. Obrigado Edvalso.

Voltamos para o item 10, José Antonio.

SR. JOSÉ ANTONIO: Companheiro, a gente entende, primeiro que a questão de financiamento tem um momento específico para tratar dele. Segundo, as questões dos recursos da saúde, a gente não pode estar vinculando a programas pontuais, Fome Zero é um programa pontual, da moda, do Governo que chegou agora, como antes já tinha bolsa-escola, bolsa-renda, etc. Então, esse termo, além de estar no local errado, está mudando um pouco a lógica, pois já existem uma série de critérios que determinam como o Município deve receber o recurso. Agora, a gente vincular o critério, dobrar, só porque tem o Fome Zero? Quer dizer, daqui a pouco vem um outro Governante, entende que aquele município lá é do amiguinho dele, bota Fome Zero, etc., e dobra recurso?

E ainda tem um outro agravante: recentemente o Governo Federal já ventilou uma proposta de desviar dinheiro da saúde por conta do Fome Zero, dizendo que uma coisa compensava a outra. Então, propomos a supressão desse texto.

SRA. NATÁLIA: Nós não entramos num consenso porque eu tenho um texto que está na Mesa, que seria: *garantir que os municípios que forem contemplados com o Fome Zero, recebam incentivo financeiro das três esferas, previamente estabelecido e regularmente fiscalizado na utilização dos recursos alocados*.

SR. MOACIR: Alguém da comissão organizadora informa que a Cláudia já foi providenciar a interrupção da entrega dos certificados.

SR. PARTICIPANTE : Questão de Ordem! (Concedido).

Tudo bem, a Mesa já tomou a providência, mas o que está nos preocupamos é que temos que entender isto aqui como uma manobra de outras conferências, e é bom que o Interior, que nunca venceu aqui para ir para Brasília, esteja atento com isso. Porque é uma manobra!

SR. MOACIR: A questão de ordem do companheiro, no meu entender, reforça o aviso que foi pregado, hoje pela manhã, pelo Secretário Estadual de Saúde, que pode estar havendo, deliberadamente por algum ou outro grupo, o retardamento da conferência, o que prejudicaria substancialmente as comissões que vêm de longe. Então, vamos ter esse cuidado.

SR. SECRETÁRIO JURANDIR FRUTUOSO: Quanto a isso, eu em pronunciei pela manhã, já denunciando esse comportamento, repeti após o almoço e reafirmo agora.

SR. MOACIR: Vamos continuar então. Há dúvida da Mesa, vamos consultar o regimento. A proposta do José Antonio está prejudicada. No Artigo 16, alínea C: *as solicitações de destaque deverão ser encaminhadas por escrito até o final da leitura da proposta do relatório pela Mesa, constituindo-se em proposta de redação alternativa em relação ao item destacado*. Companheiro, pode estar equivocado, mas nós aprovamos este Regimento, não estou manobrando. Entendemos que a supressão suprime, não altera.
(Discussões em torno da proposta).

SR. JOSÉ ANTONIO: Por uma Questão de Ordem! (Concedido).

Penso o seguinte: pela primeira vez este Plenário está meio dúbio, porque várias propostas já foram discutidas, suprimidas, alteradas, aí agora vão dizer que não pode mais suprimir? Então vamos ter que retornar todas as propostas que foram suprimidas, porque contrariou o Regimento. É um equívoco, companheiro!

SR. MOACIR: Perfeitamente. A Mesa vai então continuar fazendo como antes. O companheiro está correto. Vamos consultar a Plenária: a Plenária entende que pode haver proposta de supressão: proposta 1: que nos debates não haja possibilidade de supressão de texto na íntegra; proposta 2: que haja a possibilidade de supressão do texto. Em votação a proposta 1, quem concorda, levante o crachá. Agora a proposta 2, levante o crachá. A ampla maioria

concorda com o companheiro José Antonio. Democraticamente decidimos e democraticamente encaminharemos.

Vamos votar o item 10. Alguém defende a manutenção do texto?

SRA. PARTICIPANTE : Eu acho que quando o Município é escalado para receber esse recurso, é porque ele é realmente pobre demais e como tal, culturalmente já recebeu uma verba muito menor, então, se ele foi escolhido, eu acho que é um mecanismo para classificá-lo como merecedor de uma verba maior.

SR. MOACIR: Item 10 ainda. Foi feita a defesa da supressão e a defesa da manutenção do texto. Em votação. Quem vota pela manutenção do texto, levante o crachá. (Pausa). Quem vota pela supressão do texto, levante o crachá. Está suprimido o texto.

SRA. ROGENA: Item 19, José Roberto.

SR. JOSÉ ROBERTO: Bem, pessoal, o item 19, eu queria só colocar que é uma alteração. *Que os cursos de nível superior na área de saúde sejam criados de acordo com as necessidades de recursos humanos do SUS, conforme artigo 200 inciso terceiro da Constituição*.

SR. MOACIR: Em votação. Os que forem favoráveis, levantem o crachá. Os que forem contra, levantem o crachá. Abstenções. Alterado o texto.

Artigo 24, destaque para Orlaneudo.

SR. ORLANEUDO: Seria acrescentar *intensificação das ações de prevenção e assistência às DST's e* AIDS.

SR. MOACIR: Em votação. Os que forem favoráveis, levantem o crachá. Os que forem contra, levantem o crachá. Abstenções. Alterado o texto.

Artigos 31, destaque para José Roberto.

SR. JOSÉ ROBERTO: Eu coloquei no 31 e no 32. Na realidade, o que eu quero: *ampliar os programas de saúde da mulher*. Eu coloco: *ampliar a atenção básica, incluindo a saúde da mulher, a saúde do idoso, da criança, do homem*, e não colocar fragmentando a atenção integral à saúde como defendemos no SUS.

SR. MOACIR: Para defender a manutenção do texto do Artigo 31, alguém?

SRA. PARTICIPANTE : No item 31 é ampliar os programas de saúde da mulher; o 32 é implantar a saúde do homem, que ainda não tem. O que ele quer acrescentar já está incluído no direito à saúde, como criança, idoso, adolescente, etc., e todo mundo já votou e já sabe que votou.

SR. MOACIR: Em votação. Os que forem favoráveis à manutenção do texto como está, levantem o crachá. Os que forem contra, levantem o crachá. Abstenções. Texto mantido.

Artigo 32, José Valdir.

SR. JOSÉ VALDIR: Boa-tarde. A minha colocação seria para acrescentar na questão da implantação do programa de saúde do homem, a seguinte frase: garantindo a existência de profissionais de áreas afins nos municípios, para realização de exames de prevenção ao câncer de próstata, com a devida referência para as equipes do Programa Saúde da Família. A questão é particular, embora eu espere contar com a compreensão da assembléia, porque o câncer de próstata levou meu pai e quase tira a minha vida. E o câncer de próstata tem evoluído e matado milhares de homens e se a gente deixa apenas assim, a mim parece vago.

SR. MOACIR: Em votação. Os que forem favoráveis, levantem o crachá. Os que forem contra, levantem o crachá. Abstenções. Alterado o texto.

Artigo 33, Vilalva.

SRA. VILALVA: Esse item é contemplado com o que o José Roberto colocou, pela alteração daquele outro texto.

SR. MOACIR: A Mesa entende que esse item está prejudicado, porque há pouco aprovamos um texto com a redação dada pelo José Roberto, que os critérios de criação de curso seguissem o Artigo 200, da Constituição.

Artigo 34, José Roberto.

SR. JOSÉ ROBERTO: Esse seria o seguinte: que a construção de hospitais seja feita de acordo com as necessidades epidemiológicas e a organização dos

serviços do SUS, obedecendo as deliberações dos Conselhos e as instâncias bipartite e tripartite. E não ser desse jeito que está colocado.

SR. MOACIR: Em votação. Os que forem favoráveis, levantem o crachá. Os que forem contra, levantem o crachá. Abstenções. Alterado o texto.

Vencemos 40% dos debates da Plenária.

(Aplausos).

Vamos agora para o item 5.

SRA. ROGENA: Gostaríamos de chamar os relatores adjuntos: Sebastiana Shirley, Ercelina, Maria de Lurdes, Gardênia. O grupo da gestão participativa, para ficar a postos, aqui à Mesa. Socorro Gonçalves, Vicente de Paula Monteiro, Débora, Carmem Lúcia e Válter Loureiro.

SR. ALEX MONT'ALVERNE: **Item 5, Organização da Atenção à Saúde. 1. Atenção Primária.**

INSERIR A LISTA DE ITENS QUE PASSA A LER, QUE ESTÃO CONTIDOS NA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE ATENÇÃO PRIMÁRIA E FORAM PEDIDOS DESTAQUES PARA OS Nºs

1: Augusta, José Roberto, Narcílio, Jorge.

3: Vera Coelho, Meire.

4: Aírton.

7: Vilalva, Rosário, José Roberto, Nice, Jorge.

10: Vilalva, Narcílio, José Roberto.

11: Vilalva, Rivanilde.

12: José Roberto, Aírton, Haroldo, Vera Coelho.

16: Aldaísa.

17: Vilalva, José Roberto, Raíssa, Aldaísa, Nice.

17B: José Roberto.

18: Vilalva.

19: Aldaísa, Rivanilde, Vera Coelho, Meire.

20: Jorge, José Roberto, Reginaldo.

21: Aparecida, Edilson.

22: Vilalva.

24: Haroldo.

SEM DESTAQUES: 2, 5, 6, 8, 9, 13, 14, 15, 23 e 25.

Chegaram à Mesa alguns destaques referentes a outra Mesa e foi decidido que não haverá inclusão. Portanto, se quiserem fazer, terá que fazer destaque em algum dos itens relacionados a esse, para modificação de redação.

SR. JORGE: Por uma Questão de Ordem! (Concedido).

Gostaria de colocar para vocês que sou deficiente visual do Grupo Retina Ceará e vim participar de todo esse movimento, desde a pré conferência, e justamente porque na parte de oftalmologia estamos sendo pouco contemplados. Desde a pré conferência vimos na atenção básica colocando propostas na área de oftalmologia e ontem nós fizemos proposta de

oftalmologia para atenção básica, e não foi contemplado em nenhum desses pontos. Como é que pode?

SR. ALEX MONT'ALVERNE: É pertinente a questão de ordem do companheiro. Nós gostaríamos que a equipe de relatores que trabalhou ontem na consolidação pudesse nos dar uma resposta até o final da discussão desse item. Se, de fato, tiver acontecido...

SR. JORGE: E isso não aconteceu somente agora não! Desde o documento que foi entregue para nós, já deveriam ter sido contempladas ações da saúde ocular.

SR. ALEX MONT'ALVERNE: Estão me mostrando, está aqui, como organização dos demais serviços de atenção. Alguns podem ter sido colocados, de maneira equivocada, no quarto ponto, que é: Organização dos Demais Serviços. É possível que esteja contemplado. Sugiro que terminemos a leitura, e somente aí, caso o companheiro entenda que realmente não foi contemplado, ái sim não seria uma inclusão, mas retificação de um item que o grupo determinou a inclusão e não conta aqui.

Item 5, Organização da Atenção à Saúde.
2. Atenção Secundária

INSERIR A LISTA DE ITENS QUE PASSA A LER, QUE ESTÃO CONTIDOS NA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE ATENÇÃO SECUNDÁRIA E FORAM PEDIDOS DESTAQUES PARA OS Nºs

1: José Roberto, Edilson.

2: Vera Coelho.

5: Mirtes.

6: José Roberto, Jorge.

7: Fátima Azevêdo, Aldaísa, Vera Coelho

8: Aparecida, Vera Coelho, Vera Dantas, Milena.

9: Reginaldo, Elisaldo, José Roberto.

10: Ed.

11: Vera Dantas.

12: Jorge.

13: Aldaísa.

15: Vera Coelho.

16: Sueli, Reginaldo Oliveira, Fátima Azevêdo.

19: Sueli.

21: Gorete.

25: Fátima Azevêdo.

SEM DESTAQUES: 3, 4, 17, 18, 20, 22, 23, 24

DURANTE A LEITURA, AS SEGUINTES QUESTÕES DE ORDEM:

SR. JORGE: Por uma Questão de Ordem! (Concedido).

Gostaria de solicitar da Plenária um tempo maior para assimilação das redações, que são novas.

SR. ALEX MONT'ALVERNE: Bem, a Plenária decide, mas estou lendo pausadamente. O que diz a Plenária? (Manifestações de que contiue como está). Então, continuaremos.

(CONTINUA A LEITURA)

SR. PARTICIPANTE : Por uma Questão de Ordem! (Concedido).

Companheiros, estamos vendo o tempo, não votamos 50% das propostas. Todas essas propostas foram passadas pelos grupos. O que estamos entendendo é que não vamos conseguir votar 60% disso aqui; já são mais de 6 horas e estamos perdendo muito tempo com isso. É necessário? Por que não fizemos nos grupos essas correções, companheiros? Cadê o respeito aos grupos?
(Aplausos).

SR. ALEX MONT'ALVERNE: A Plenária já se manifestou, nós estamos lendo pausadamente para que as pessoas possam ler, cada pessoa participou apenas de um grupo. Se houve o entendimento de que possamos ir mais rápido.... mas pelo jeito, nós estamos com destaques atrasados, então não dá para acelerar, sem prejuízo da qualidade da votação.

SR. PARTICIPANTE : Por uma Questão de Ordem! (Concedido).

Eu acho que se as pessoas pedem destaque aqui é porque estão querendo levar para Brasília uma coisa mais correta, séria; se está incorreto, vamos consertar, não importa que vamos sair de madrugada.
(Aplausos).

(CONTINUA A LEITURA)

Item 5, Organização da Atenção à Saúde.
3. Atenção Terciária

INSERIR A LISTA DE ITENS QUE PASSA A LER, QUE ESTÃO CONTIDOS NA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE ATENÇÃO TERCIÁRIA E FORAM PEDIDOS DESTAQUES PARA OS Nºs

3: Fátima Azevêdo, Joselma, Jorge.

SEM DESTAQUES: 1, 2, 4.

Item 5, Organização da Atenção à Saúde.
4. Organização dos Demais Serviços da Atenção

INSERIR A LISTA DE ITENS QUE PASSA A LER, QUE ESTÃO CONTIDOS NA ORGANIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DOS DEMAIS SERVIÇOS DA ATENÇÃO TERCIÁRIA E FORAM PEDIDOS DESTAQUES PARA OS Nºs

3: Rivanilde, Fátima Azevêdo, Roberto, Eli.

4. Rivanilde.

5: Raíssa, Mauro

7: Vera Coelho.

8: José Roberto.

9: José Roberto.

10: Narcílio.

12: José Roberto, Elisaldo.

SEM DESTAQUES: 1, 2, 6, 11.

Terminamos então o item 5, Organização da Atenção à Saúde. A companheira está levantando que tem um item que faltou, que foi aprovado no grupo e que não foi lido. Se foi aprovado no grupo, gostaria que a companheira pudesse ver com a relatoria. Veja com a Maria Andrade.

Vamos passar à defesa dos destaques. Atenção primária.

Item 3, Vera Coelho.

SRA. VERA COELHO: A minha proposta em relação a atenção primária item 3, *padronizar a lista de medicamentos do PSF, onde medicamentos essenciais, para as equipe de PSF, de acordo com o perfil epidemiológico e das doenças da população assistida*. Suprimir medicamento para transtornos mentais, diabetes, hipertensão e imunobiológicos. Porque se nós já estamos dizendo que é de acordo com o perfil epidemiológico e das doenças da população assistida, não precisa, senão vai ficar faltando especificar as outras doenças que são tratadas na atenção básica.

SR. ALEX MONT'ALVERNE: Há outro destaque para o item 3.

SRA. MEIRE: Eu propus que também fosse colocado para os portadores de artrite reumatóide, porque causa o que eu sou hoje. Há 3, 4 anos, eu era uma pessoa que dançava, fazia tudo. Então, no atendimento primário não existe atendimento especializado nessa questão, e o que gerou, por falta desse atendimento, é eu estar nessa condição. O que vejo é que é também uma doença que causa problemas visuais, como cataratas e outros problemas, osteoporose, que eu também já tenho, menopausa precoce, e outras coisas.

SR. ALEX MONT'ALVERNE: A companheira propõe a inclusão de outras patologias. Há uma proposta de manutenção do texto então, ou duas propostas de modificação; uma que propõe supressão de parte do texto, justamente porque não é suficiente a citação dessas doenças, e outra que propõe a inclusão de outras doenças. Alguém quer defender a manutenção do texto tal como está? Não?

SR. PARTICIPANTE : Eu acho que poderia da rum encaminhamento diferenciado. Primeiro, ver a questão que a companheira levantou agora, de ampliação do texto, para depois voltar para o texto em si.

SR. ALEX MONT'ALVERNE: Não, companheiro, é do jeito que eu falei, sim.

SR. PARTICIPANTE : Tudo bem, então eu vou defender a manutenção do texto.

SRA. PARTICIPANTE : Por uma Questão de Ordem! (Concedido).

É que mais na frente eu tenho um destaque para incluir uma patologia e já que abriu o precedente para incluir, eu gostaria de incluir aqui.

SR. ALEX MONT'ALVERNE: Eu proponho então uma redação alternativa, porque cada um vai sugerir uma redação, a gente vai dividir as propostas. Ficaríamos com uma proposta de manutenção do texto, outra de supressão da citação de qualquer patologia, justamente porque há sempre alguém que irá querer incluir alguma patologia, e sempre vai haver alguma patologia que vai ficar de fora; ou a citação de mais algumas patologias. Sugiro que a inclusão dessa nova patologia possa ser discutida entre os propositores e voltemos então a esse item depois.

Vamos voltando ao item 1, que nós passamos. Destaques para José Roberto, Augusto, Narcílio e Jorge.

SRA. PARTICIPANTE : Eu estou falando aqui pelo PFS, porque o Curu, onde eu moro é o lugar pequeno e eu queria que tivesse uma ajuda do Estado, porque o local que o PFS se encontra é muito pouco e pequeno, não tem espaço, e o município é pequeno e não pode pagar. Eu queria que fosse o Estado que pagasse esse local onde a gente se reúne para trabalhar, porque as casinhas são pequenas e não temos um local próprio para isso.

SR. ALEX MONT'ALVERNE: Não ficou claro que alteração no texto a senhora quer.

SRA. PARTICIPANTE : Queria que o local fosse pago pelo Estado, lá do PFS de uma cidade do interior, pequenininha, que o financiamento fosse pago pelo Estado.

SR. ALEX MONT'ALVERNE: Olhe, são 4 destaques nesse item. Narcílio.

SR. NARCÍLIO: O que eu vou colocar aqui implica não só nessa proposta, mas em várias outras, porque fiquei surpreso que a maioria das propostas de atenção básica se referem exclusivamente ao PSF e eu entendo que a atenção básica não é o PSF; o PSF é um dos programas da atenção básica. Essa questão da atenção básica se restringir ao PSF é uma prescrição do Banco Mundial e do FMI desde 1994 e que foi acatada pelo Governo anterior e passou para nós progressivamente como um consenso. E a gente fica falando de atenção básica como se fosse PSF.

A minha proposta é subtrair a questão da unidade básica do programa de saúde da família para unidades básicas de saúde, ou seja, garantir estrutura

física adequada às unidades básicas de saúde, com espaço físico suficiente para implantação e desenvolvimento das ações de saúde, incluindo as do PSF, possibilitando melhor atendimento, etc. e tal.
(Aplausos).

SR. ALEX MONT'ALVERNE: Nós entendemos que há duas propostas de modificação do texto: uma que se refere a uma questão conceitual...

SR. JOSÉ ROBERTO: A minha, é acrescentando no final, o seguinte: *garantindo o atendimento de 100% da população na rede básica, maximizando e potencializando os serviços existentes, ampliando o número de equipes de saúde da família.*

SR. JOSÉ ROBERTO: Por uma Questão de Ordem! (Concedido).

Companheiros, está sendo redundante vir aqui dizer que é preciso agilizar porque o Plenário está esvaziando, etc., tem que ver a essência da proposta; argumentos outros abaixo, não vão interferir na essência, então, no encaminhamento, não façam mais redundância, para poder caminharmos e matar esse ponto, senão não saímos daqui!

SR. ALEX MONT'ALVERNE: Como tem três propostas de modificação e são aspectos diferentes, nós propomos que os três conversem e vejam se é possível fundir numa proposta única, e voltamos a essa questão depois.

SR. PARTICIPANTE : Por uma Questão de Ordem! (Concedido).

Nós temos, para complementar o que o José Roberto Falou, nós estamos com algumas pessoas que já estão com os carros lá embaixo esperando, são do Interior, de longa distância, e se formos solidários nos encaminhamentos, e não tentarmos ser bastante centrados nas nossas colocações, nos encaminhamentos, sem colocarmos muitas vírgulas, acreditamos que vamos chegar a um contexto de podermos contemplar todas as pessoas, principalmente as pessoas do Interior.

SRA. PARTICIPANTE : Por uma Questão de Ordem! (Concedido).

Eu faço á Plenária um pedido. Está havendo muita conversa paralela, por causa da inquietação e está prejudicando aqueles que querem acompanhar. Pedimos um pouco mais de atenção.

SR. MOACIR: Por uma Questão de Ordem! (Concedido).

Gostaria de acrescentar que as pessoas que pediram destaque à Mesa, antes da Mesa chamar, já fiquem na frente, para ganharmos tempo.

SR. ALEX MONT'ALVERNE: O primeiro e o terceiro item estão sendo discutidos pelas pessoas que pediram destaque. Já há uma proposta de consenso dos que fizeram destaque para o item 1: *Garantir a estrutura física adequada às unidades básicas de saúde, com espaços suficientes para implantação e desenvolvimento das ações de saúde, incluindo as ações do PSF, possibilitando cobertura universal às necessidades da população.* Alguém defende a manutenção do texto? Não. Em votação. Os que forem

favoráveis, levantem o crachá. Os que forem contra, levantem o crachá. Abstenções. Aprovada a modificação do texto.

Item 4, Aírton.

SR. AÍRTON: É só para incluir no final do texto: *o transporte para deslocamento de pacientes dos Distritos para as unidades hospitalares da sede depois do expediente da equipe médica.* Porque acontece muito nos distritos, quando termina o expediente não tem transporte para enfermos, à noite.

SR. ALEX MONT'ALVERNE: Alguém quer defender a manutenção do texto? Não. Em votação. Os que forem favoráveis, levantem o crachá. Os que forem contra, levantem o crachá. Abstenções. Aprovado o texto modificado.

Item 7, Vilalva.

SRA. VILALVA: Leia o que está no relatório, da 7. Na redação que tinha ali, tinha a inclusão de outros profissionais, e na redação que saiu tem exatamente, e que eu acho que tem que ser mantido: *assegurar, por meio do Ministério da Saúde e do Estado, incentivos financeiros que viabilizem aos municípios, implantação de equipes do PSF, com a composição mínima de um médico, um enfermeiro, um dentista, um auxiliar de enfermagem e um auxiliar de consultório dentário, 4 a 10 agentes de saúde*. Acrescentar mais auxiliar de enfermagem, isso não saiu do grupo, porque já está contemplado isso em outro item. Eu gostaria que fosse assim: *acrescentar outros profissionais de saúde, de acordo com a necessidade e o perfil epidemiológico da população em que*

atue a equipe do PSF, porque o profissional auxiliar de enfermagem que foi colocado aqui, eu acho que é redundante, ter duas auxiliares de enfermagem numa mesma equipe do PSF, porque tem outro item mais adiante que contempla isso, é no item 10: *de manter o funcionamento das unidades básicas de saúde da família, com a presença de um profissional de saúde*, e eu colocaria: *auxiliar de enfermagem, enquanto a equipe está atendendo em outras comunidades, de preferência que o auxiliar de enfermagem resida nessa área*. Então, na 10, tiraria o auxiliar de enfermagem daí, mais um auxiliar de enfermagem, e ficaria a proposta como está e acrescentaria: *outros profissionais de saúde, de acordo com a necessidade e o perfil epidemiológico da população em que atue a equipe do PSF*.

SR. ALEX MONT'ALVERNE: Tem outros destaques.

(CORTE NA GRAVAÇÃO)

SR. JOSÉ ROBERTO: ... às vezes pega uma quantidade de habitantes muito grande e eu acho que deve fechar. Então, a minha proposta é assim: *um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, cinco agentes de saúde, para no máximo 2 mil e 500 pessoas, e mais um dentista para cada 5 mil pessoas*. No caso, seriam, duas equipes.

SR. ALEX MONT'ALVERNE: Bem, é outra proposta, bem diferente da primeira. Aldaísa.

SRA. ALDAÍSA: Levando em conta as peculiaridades do atendimento à criança, eu trago a proposta da inclusão nessa equipe, de um pediatra. Essa é

uma campanha da Sociedade Brasileira de Pediatria, e que já aconteceram negociações com o Ministério da Saúde para que a criança tenha um melhor atendimento no PSF. Então, nós queremos garantir o pediatra na equipe do PSF.

Quanto aos outros profissionais, inclusive especialistas da Medicina, temos outras propostas que podem ser incluídas nessa ou em outras. A minha proposta é que outros profissionais médicos especialistas e fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, façam parte de uma equipe de apoio às equipes do PSF.

Só esclarecendo melhor, essa equipe de apoio daria cobertura a um número X, de acordo com o que a comunidade visse, se vão ser 5, 10 equipes, então, o que tivesse na área, essa equipe de apoio com especialistas e profissionais especializados de acompanhamento às patologias.

SR. ALEX MONT'ALVERNE: A Plenária está se manifestando, dizendo que já entendeu a proposta.

SRA. PARTICIPANTE : A minha proposta é que quando for implantado, aberto outro PSF, que também acompanhe o saneamento básico, porque não adianta estar implantando PSF em áreas onde tem verminoses, poços, porque as pessoas ficam sendo contaminadas e medicamentos ficam sendo usados inutilmente, porque usam o medicamento e eles se contaminam de novo.

Então, a minha proposta é acrescentar no texto, que acompanhe também o saneamento básico, onde está sendo implantado o PSF.

SR. ALEX MONT'ALVERNE: Nós vamos ter que discutir as propostas, cada uma delas tem um conteúdo diferente.

SRA. MARIA ANDRADE LEITE: O item que eu vou defender é o da auxiliar de enfermagem, que ninguém aqui concordou. Estou defendendo a manutenção do texto. Por que a gente exige duas atendentes do posto? Porque uma só está super carregada; ela tem que fazer os trabalhos burocráticos, atender ao médico, aos enfermeiros, à comunidade, aplicar soro, aplicar injeção, dar aerosol e fazer inúmeras coisas e está sobrecarregada.

Queria só um minutinho para corrigir o companheiro José Roberto, que ele pediu 5 agentes comunitários de saúde para 2 mil e 500 famílias; o agente de saúde não tem condições de atender 500 famílias.

SRA. PARTICIPANTE : Queria propor que todos os destaques que foram relacionados aqui ao item 7, se pudéssemos nos reunir e apresentar nova proposta, seria melhor. Só que eu abri destaque para inclusão de nutricionistas na equipe básica, para detecção de carências nutricionais e não como ponto de apoio. É ir até a criança, à gestante, ao adulto, para detectar a carência, só assim podemos fazer.

SRA. PARTICIPANTE : Na equipe do PSF, além do dentista, que seja acrescentado também o técnico de higiene dental, que faz parte no Ministério da Saúde, como PSF e o auxiliar de consultório dentário também.

SR. ALEX MONT'ALVERNE: Quero propor o seguinte encaminhamento: todos os destaques têm aspectos muito diferentes, teríamos que ver a inclusão de cada um daqueles profissionais; é difícil contemplar numa única redação. Quem fez as propostas, entende que é possível algum consenso sobre uma redação alternativa? Se for possível, a gente encaminha, se não, a gente vai ter que fazer o encaminhamento da votação separada da inclusão de cada um dos profissionais. Vamos tentar uma redação alternativa. Caso não seja viável, vamos ter que votar separadamente a inclusão de cada um dos profissionais.

Já foi feita a defesa da manutenção do texto. Quando vier o texto alternativo, vamos submetê-lo à Plenária, agora vamos passar a outra questão.

Item nº 10, Vilalva e José Roberto.

SRA. VILALVA: *Garantir e manter o funcionamento das unidades básicas de saúde da família, com a presença de um profissional de saúde*, e eu colocaria: *auxiliar de enfermagem, enquanto a equipe está atendendo em outras comunidades, de preferência que o auxiliar de enfermagem resida nessa área*. Então, na 10, tiraria o auxiliar de enfermagem daí, mais um auxiliar de enfermagem, e ficaria a proposta como está e acrescentaria: *outros profissionais de saúde, de acordo com a necessidade e o perfil epidemiológico da população em que atue a equipe do PSF*.

SR. ALEX MONT'ALVERNE: Outra proposta, do Narcílio.

SR. NARCÍLIO: Coerente com a outra colocação de que as unidades básicas de saúde da família, na verdade há uma distorção da proposta original da

reforma sanitária. A gente fala tanto aqui do Sérgio Arouca, faz homenagem ao Sérgio Arouca, e na verdade amputa as propostas fundamentais que ele ajudou a construir. Então, não é *unidade básica de saúde das família*, apesar de vários municípios terem adotado essa terminologia. Nós temos que recuperar o sentido das unidades básicas de saúde como porta de entrada do sistema de saúde, e não são restritas à saúde da família. Nesse sentido, o programa de saúde da família é um dos programas da atenção básica.

Nesse sentido, a minha proposta de reformulação diz assim: *garantir que as UDS's (Unidades Básicas de Saúde) não se restrinjam ao PSF e ao ampliar seu funcionamento com todas as ações e programas necessários á realidade local, mantenham seu funcionamento durante o trabalho de campo do PSF*.

SR. ALEX MONT'ALVERNE: Alguém quer defender a manutenção do texto? Há duas propostas que são bastante diferentes em relação ao conteúdo. Em votação. Os que forem favoráveis à manutenção do texto, levantem o crachá. Quem é favorável á proposta defendida pela Dra. Vilalva, levante o crachá. Quem é favorável à proposta defendida pelo Dr. Narcílio, levante o crachá. Venceu a proposta defendida pelo Dr. Narcílio.

Item 11, Vilalva e Rivanilde.

SRA. VILALVA: *Assegurar que o Estado assuma o compromisso de acompanhar o desempenho das equipes do PSF, aplicando a metodologia do Pro Quale, para avaliação da qualidade da assistência prestada à população em todos os Municípios do Ceará*. A minha proposta era retirar esse último

item que foi colocado pela relatoria – não foi colocado pelo nosso grupo: *substituir Pro Quale por metodologia adequada para avaliação*. Porque o Estado do Ceará já está trabalhando com a metodologia do Pro Quale desde 2002.

SR. ALEX MONT'ALVERNE: Quando lemos esse texto, entendemos que, de fato, há duas propostas, uma com o *Pro Quale* e outra com *metodologia adequada para avaliação*. O próprio texto tem essas duas.

SR. PARTICIPANTE : Nós trabalhamos com esse grupo, e lá eu não sei o que houve coma redação, que nós já excluímos essa questão do Pro Quale, eu estou estranhando e gostaria que a relatoria revisse.

SRA. MARIA ANDRADE LEITE: Uma questão de esclarecimento: eram três grupos da organização da atenção, em um grupo permaneceu e o outro retirou; para vir para a Plenária, tem que vir os rês, porque não foi consenso entre os três grupos que estava na organização.

SR. ALEX MONT'ALVERNE: Então, são três propostas: uma metodologia adequada para avaliação, e uma outra de Pro Quale. Em votação. Os que forem favoráveis à manutenção do texto inicial, levantem o crachá. Os que forem a favor ao texto substituindo Pro Quale por metodologia adequada para avaliação, levantem o crachá. Abstenções. Substituído. Ganhou metodologia adequada para avaliação.

Passo a palavra e a condução da Mesa ao Dr. Moacir, que conduz muito bem.

SR. MOACIR: Boa noite. Vamos ao item 12. José Roberto, Haroldo, Aírton e Vera.

Vamos ser objetivos, usemos o bom senso para que demos a celeridade possível a esse encaminhamento, pois não podemos permitir que este Plenário se esvazie para que na madrugada fiquem só os mesmos disputando as vagas de delegados; temos que garantir a democracia plena.

José Roberto retirou o destaque. Haroldo retirou. Vera retirou.

SR. AÍRTON: No final da redação diz: ...*Pastoral da Criança, curandeiras, rezadeiras, grupos de jovens, rendeiras, pescadores*, eu queria só acrescentar uma palavra: nos grupos, *também parteiras*.

SR. MOACIR: Em votação. Os que forem favoráveis, levantem o crachá. Os que forem contra, levantem o crachá. Abstenções. Texto modificado.

Item 16, Aldaíza.

SRA. ALDAÍSA: é só um alerta, porque diz: *garantir a implantação do prontuário família*. Prontuário é uma coisa individual, cada paciente tem o seu prontuário, porque nele tem anotações que só dizem respeito à pessoa; quando faz um prontuário em família, perde a questão do sigilo, então, não é porque é da família que os familiares têm direito ao acesso.

SR. MOACIR: Alguém para defender a manutenção do texto?

SR. PARTICIPANTE : Eu só queria manter o texto do jeito que está porque essa é uma metodologia que é praticada por todos os profissionais que trabalham com equipe de saúde da família. Dentro do prontuário da família tem os prontuários individuais, não significa que as pessoas da família tenham acesso ao prontuário individual de cada um, é uma metodologia da estratégia saúde da família.

SR. MOACIR: Em votação. Os que forem favoráveis à manutenção do texto, levantem o crachá. Os que forem contra, levantem o crachá. Abstenções. Aprovada a manutenção do texto.

O grupo do item 7 chegou a um consenso.

SRA. SANDRA: Eu só quero informar que o consenso foi tido pelos quatro, exceto pelo Roberto. Vou ler o que nós quatro colocamos: *Assegurar por meio do Ministério da Saúde e do Estado, incentivos (...) para a equipe básica, um médico, um médico pediatra, um dentista, um nutricionista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, um auxiliar de consultório dentário, de 5 a 10 agentes de saúde, um técnico de higiene mental e outros profissionais de saúde, de acordo com a necessidade do município.*

SR. JOSÉ ROBERTO: Por uma Questão de Ordem! (Concedido).

Eu acho que não ficou claro a posição. Não chegamos a um consenso, essa foi a posição que algumas pessoas defenderam.

SR. MOACIR: A Mesa vai proceder ao seguinte: existe uma proposta de alteração, são várias. Votaremos em bloco, se mantemos o texto como está ou se altera; se altera, voltaremos depois para o que se altera.

SR. JOSÉ ROBERTO: É sobre a equipe mínima, a minha proposta é que mantenha a equipe mínima do jeito que sempre foi, e a inclusão dos outros profissionais seja a partir da realidade epidemiológica de cada localidade E dois auxiliares de enfermagem para cada equipe.

SR. MOACIR: Nós temos a proposta de manutenção do texto e duas outras propostas de alteração.

SRA. HELENA: Que na proposta tenha a inclusão do dentista, do técnico de higiene dental e do auxiliar de odontologia.

SRA. VILALVA: Eu pedi destaque porque já existe a equipe mínima definida e está tendo dificuldade para se manter esse equipe mínima, agora a proposta que fiz é que retirasse o segundo auxiliar de enfermagem, porque este já está garantido no item 10.

SR. MOACIR: Agora temos três propostas de alteração e eu vou colocar em votação da seguinte forma: vamos fazer a grande contraposição, se mantém o texto como está ou se altera para uma dessas propostas. Em votação. Os que forem favoráveis à manutenção do texto, levantem o crachá. Os que forem contra, levantem o crachá. Abstenções. Mantido o texto como está.

Item 17, Vilalva, José Roberto, Aldaísa. Pode ser que eu esteja enganado, mas se acabamos de aprovar a 7, que define a composição do programa da equipe de saúde da família, todas as outras propostas que vierem após isso, estarão prejudicadas. Pergunto á Plenária: propostas de alteração na equipe do PSF estão prejudicadas ou não pelo que acabou de ser aprovado no item 7? Em votação. Quem acha que está prejudicada qualquer alteração posterior pela aprovação do item 7, levante o crachá. Quem acha quer não está prejudicada, levante o crachá. Abstenções. Quaisquer propostas de alteração em relação á equipe, no entendimento da Plenária, estão prejudicadas pela aprovação do item 7.

SRA. JANIEIRE: Só uma pergunta a fazer: pelo tempo que estamos aqui e que estamos sempre vendo que as mesmas pessoas estão vindo aqui fazer interferências, até insignificantes, não querendo desclassificar os companheiros... porque sinceramente, tem pessoas que estão vindo aqui direto! E tem pessoas lá fora fazendo gracinhas com os companheiros do Interior, e eu me refiro à regional de Fortaleza, perguntando se o pessoal do Interior já está cansado, porque daqui para meia noite, uma hora da madrugada é que irá haver eleição de delegados. E o mais interessante é que não foi colocado para esta platéia que se o delegado não estiver presente, ele vai perder a vaga, pelo menos é o que está se cogitando nos corredores. Então, que os delegados comecem a se preocupar com isso, porque o que estamos entendendo é que essa enrolação de tempo é para prejudicar principalmente os usuários que votaram aqui, e que o pessoal de Fortaleza está inconformado com a decisão que foi tomada. Que todos tenham respeito pela votação que foi realizada, vamos encaminhar a coisa direito!

SR. MOACIR: A intervenção foi interessante, mas não era o momento devido.

Item 18, Vilalva.

SRA. VILALVA: Eu concordo, eu acho que mais importante do que ir para Brasília, mais importante é a qualidade do relatório que estamos mandando, e por isso é que estou aqui.

O destaque é só porque em vez de sede dos municípios saiu rede dos municípios. Porque eu estou como delegada, e o que eu quero garantir é a qualidade do relatório que o Estado do Ceará está mandando para a Plenária nacional.

SRA. ALDAÍSA: Eu quero me manifestar sobre o item 17, que eu coloquei destaque. Eu acho que você foi muito radical quando colocou a sua posição sem deixar que a gente fizesse a defesa, sobre a questão dos profissionais...

(CORTE NA GRAVAÇÃO)

... relacionado a PSF. Concordando com o que o companheiro falou, a gente está muito ligado a PSF e não é, é uma equipe de saúde, um sistema de saúde. Então, o item 17B eu queria que fosse retornado para esclarecer a Plenária; se a Plenária decidir por não alterar, ou por suprimir, aí tudo bem, eu concordo, agora, eu acho que temos que ter direito de defesa.

SR. MOACIR: A companheira deu o esclarecimento e inclusive já defendeu. Não tem nenhum problema se a companheira não se sentiu satisfeita. Vou consultar novamente a Plenária. Por favor, coloquem a proposta 17B na tela. Quero dizer que a Mês anão tem nenhuma intenção de empurrar nada de goela abaixo de ninguém, nós simplesmente fizemos uma consulta à Plenária, que entendeu, e a Mesa acatou. Se a companheira está fazendo um recurso da votação, eu novamente colocarei o 17B em exposição e a companheira vai fazer o esclarecimento dela.

SRA. ALDAÍSA: O que nós estamos aqui relacionando não é equipe de PSF, é incluir, garantir o farmacêutico para no mínimo a cada 20 mil habitantes, 40 horas na assistência farmacêutica. Essa é uma guerra nossa há muito tempo, porque nós somos profissional multiuso, eles botam um, quando botam, quando os gestores decidem por um profissional, fica apenas um para resolver tudo, Vigilância Sanitária, laboratório e assistência farmacêutica, e a gente entende que existem muitos erros de medicamentos com os profissionais, com a comunidade. É por isso que achamos que tem que inserir os profissionais, para otimizar esse processo de atenção farmacêutica, para que ele esteja ao lado do paciente.

SR. MOACIR: Muito obrigado pela defesa. A Mesa entende realmente que o item 17B não guardava relação com o PSF, pede desculpas pelo equívoco, e vai colocar em votação. Em votação. Os que forem favoráveis, levantem o crachá. Os que forem contra, levantem o crachá. Abstenções. Mantido o texto. Desculpe pelo atropelo.

O item 18 já estávamos discutindo, a proposta é que em vez de ser *da rede*, seja *da sede dos municípios*. A Plenária está esclarecida? Em votação. Os que forem favoráveis, levantem o crachá. Os que forem favoráveis à alteração do texto como propõe Dra. Vilalva, levantem o crachá. Abstenções. Alterado o texto como proposto pela Dra. Vilalva.

Item 19, Vilalva, Aldanísia. Retiraram. Vera.

SRA. VERA COELHO: Eu queria juntar esse item 19 com o item 27, que tem lá na atenção secundária, que coloca: *desenvolver a política de atenção primária à saúde mental*. Eu não tinha visto essa redação modificada, estava procurando o texto, mas, o que proponho é que acrescentemos: *a incorporação das práticas e movimentos de saúde mental comunitária.* Incorporar: *Garantir a assistência aos portadores... implementar a política de atenção primária à saúde mental*, que está no 27, trazer para cá, *capacitando e garantindo assistência aos portadores de transtornos mentais e deficientes físicos pelas equipes do PSF, incorporando as práticas e movimentos de saúde mental comunitária e da Medicina tradicional indígena para os que trabalham com esse grupo étnico*.

SR. MOACIR: Alguém para defender a manutenção do texto?

SRA. PARTICIPANTE : O PSF não tem qualificação para atender doente mental, nós votamos a item do CAPS.

SRA. BEATRIZ THÉ: Só complementando o texto da Vera, colocar, em vez de deficiência física, porque é um vício de linguagem, colocar pessoas com deficiência, porque aí vai estar contemplando todas as deficiências.

SR. MOACIR: A Mesa entende que é a segunda vez que a Beatriz Thé, do Movimento Vida, faz essa colocação. Muito obrigado, a mesa vai absorver.

SRA. VILALVA: Eu iria desistir, mas como a colega colocou que o CAPS já contempla isso, eu me coloco coma proposta da primeira colega, porque há uma necessidade de que a equipe do PSF entenda e saiba acompanhar, atender essas pessoas que têm transtorno mental, porque há o medo, a rejeição, a discriminação por alguns.

SR. ADAHIL: Companheiros, ali, deficientes físicos, eu gostaria que fosse colocado portadores de necessidades especiais, porque abrangeria outras deficiências.

SR. MOACIR: Eu vou fazer um apelo quase que emocional: absolutamente não estou desqualificando o discurso do companheiro e nem fazendo juízo de valor, mas tenha uma conversa em particular com a Beatriz Thé, veja se consegue chegar a um consenso dessa conceituação; se ela não lhe convencer, você volta ao debate, para não ficarmos com essas questões conceituais atravancando.

Existem duas propostas: uma de manutenção do texto e outra de incorporação desse novo texto na forma como foi defendida pela Vera.

Foi convencido, companheiro?

SR. PARTICIPANTE : Eu quero ao máximo contribuir na condução dos trabalhos. Estou perguntando se a Mesa entende que esse texto foi defendido. Porque eu quero defender sem me contrapor, o que está mais à frente pode ser acrescentado, modificado, mas eu defendo a manutenção desse jeito, simplesmente, sem oposição ao que está à frente. Se entende que já foi defendido, vamos para o voto. Eu entendi que não.

SR. MOACIR: Foi, aquela senhora fez a defesa da manutenção do texto como está. Em votação. Os que forem favoráveis à manutenção do texto como está, levantem o crachá. Os que forem a favor da alteração do texto da forma como foi defendida, levantem o crachá. Abstenções. Mantido o texto.

Item 20, destaque para Jorge, José Roberto e Reginaldo.

SR. JORGE: Minha proposta é de inclusão da saúde ocular na NOAS. Foi incluída a questão do idoso, saúde bucal, saúde da mulher e eu gostaria de garantir a saúde ocular.

SR. MOACIR: Obrigado pela contribuição.

SR. CÍCERO PEREIRA: O que tenho a dizer é que a palavra deficiente físico, se fosse só essa palavra, eu acho que aqui no Estatuto do Deficiente não precisaria colocar portadores de deficiências.

SR. MOACIR: Eu entendo que a contribuição do companheiro é excelente, mas entendo que foi superado o momento da discussão. Eu rogo, imploro que colabore nos trabalhos da Mesa, que não fiquemos dando marcha a ré.

Para o item 20, alguém para defender a manutenção do texto como está?

SR. REGINALDO: Eu queria que fosse mantido o texto do jeito que está e não incluir essa história da saúde ocular, não por desmerecer os profissionais que trabalham com isso ou as pessoas que necessitam disso, mas é porque a gente discute tanto – mas tanto! – a integralidade da saúde, e de repente vamos começar a colocar um oftalmologista, a saúde ocular, depois outra parte do corpo, outra, e de repente a gente estará voltando ao que era antes de repartir o ser humano integral em várias partes.

SR. MOACIR: Em votação. Os que forem favoráveis à manutenção do texto como está, levantem o crachá. Os que forem a favor da alteração proposta, levantem o crachá. Abstenções. Texto mantido.

Item 21, Reginaldo, Edilson. Reginaldo retirou a inscrição.

SR. EDILSON: A minha proposta é de inclusão nesse texto: criar programas municipais para ao atendimento de dependentes químicos e também programas específicos para atendimento da população carcerária, que é o cúmulo da exclusão. Primeiro eles entram no presídio porque são excluídos socialmente; dentro do presídio eles são excluídos por causa da privação da liberdade e depois que saem do presídio, são excluídos por causa do preconceito. Em nenhum dos itens de atenção primária contempla a questão da população carcerária.

SR. MOACIR: Perfeito, nós entendemos que existe o texto e a proposta de alteração. Alguém se inscreve para defender o texto original?

SRA. APARECIDA: Eu queria acrescentar: criar programas municipais para atendimento de dependentes químicos com criação de abrigos, porque nos nossos interiores não temos abrigos.

SR. MOACIR: Pode ser fundida com a proposta do Edilson, companheira? Pronto, pode ser.

Em votação. Os que forem favoráveis à manutenção do texto como está, levantem o crachá. Os que forem a favor da alteração proposta, levantem o crachá. Abstenções. Texto alterado.

Item, 22, Vilalva.

SRA. VILALVA: Está assim: *Organizar a atenção integral á saúde da mulher em todas as etapas da vida, da adolescência ao climatério*. E eu entendo que o climatério termina na mulher aos 55 anos, então o climatério vai até os 55 anos, então, uma mulher de 60 anos, como eu, não está mais no climatério, vai ficar sem assistência? Então, proponho que retirasse, *da adolescência ao climatério* e colocasse só a mulher, em todas as etapas da sua vida.

SR. MOACIR: Alguém se propõe à defesa do texto como está?

SRA. PARTICIPANTE : É só questão de esclarecimento. Eu, inclusive mostrei o artigo a algumas pessoas da Mesa, mas não foi visto. Diz que todos os delegados têm o direito de se manifestar através do voto ou por escrito, mas lá no finalzinho diz que a manifestação é para todos, evitando-se as múltiplas manifestações de uma mesma pessoa. Quero dizer para a companheira Vilalva que nada tenho contra ela, mas dê oportunidade aos outros companheiros também querida, por favor!

(Discussões paralelas).

SR. MOACIR: Julgo que a colega fez um apelo do parágrafo 1º do Artigo 7º, que diz: *os delegados têm o direito de se manifestar através do voto ou por escrito, durante o período dos debates, mediante perguntas ou observações pertinentes ao tema, garantindo-se prioritariamente a ampla oportunidade de manifestação de todos, evitando-se as múltiplas manifestações de uma mesma pessoa*. Na verdade, o regulamento é para ser cumprido; na verdade, o regulamento é uma guia do bom senso; na verdade, na verdade, o regulamento diz que as pessoas devam intervir quando tenham efetivamente a contribuir. Mas, múltiplas manifestações, não tem como mensurar quantas; apesar de estar no regulamento, não podemos impedir, não devemos impedir que as pessoas se inscrevam para falar quantas vezes queiram, seguindo o princípio democrático. Então, na verdade, o regulamento diz assim: gente, vamos usar o bom senso, vamos ter um pouquinho de *semancol* e falar realmente só quando temos a contribuir. Então, vamos tocar, no mesmo diapasão.

Vamos colocar em votação o 22. Alguém defende a manutenção do texto como está? Não. Em votação. Os que forem favoráveis à manutenção do

texto como está, levantem o crachá. Os que forem a favor da alteração proposta, levantem o crachá. Abstenções. Texto alterado.

SR. LUIZ ALDO: Por uma Questão de Ordem! (Concedido).

O problema é que estamos com uma proposta que saiu do trabalho do grupo, as meninas da saúde bucal colocaram, e por conta de problema na comissão de relatoria do centro de sistematização, não chegou aqui, então, gostaria de incluir a proposta. As duas companheiras ali garantem, elas são da saúde bucal, a Helena estava presente e têm certeza de que houve problema na comissão de relatoria e não foi a proposta.

SR. MOACIR: Eu gostaria de ouvir a posição da comissão de relatoria desta Conferência.

SRA. PARTICIPANTE : Olhe, foi colocada uma proposta que não foi contemplada, mas eu lembro muito bem da proposta. Realmente ela saiu do grupo, a relatora do grupo não está aqui – já procuramos – mas era para ela vir, para ser mais uma pessoa a dizer. Então, realmente essa proposta que ela fez saiu do grupo e ela tem como colocar a proposta para a Plenária.

SR. LUIZ ALDO: Eu posso ler a proposta?

SR. MOACIR: Com essa manifestação da relatoria, de que foi *engolida mecanicamente*, pode ser lida.

SR. LUIZ ALDO: A proposta é a seguinte: *universalizar as ações coletivas em saúde bucal no Estado do Ceará, como componente do trabalho da equipe de saúde da família, de acordo com a NOAS 2002*.

SR. MOACIR: Consulto a Plenária: existe alguma proposta em contrário? O Luiz Aldo fez a proposta da manutenção de um texto que foi engolido pela relatoria.

SR. LUIZ ALDO: Gente, eu acho que não tem nenhuma polêmica sobre essa proposta! É uma proposta que defendemos.

SR. HAROLDO: Por uma Questão de Ordem! (Concedido).

A questão não é se a proposta é ou não polêmica, é se a relatoria assume que cometeu um erro e a proposta não foi incluída; se a relatoria assume isso, nós temos que acatar, a proposta foi lida, tem destaque ou não tem destaque? Se não tem destaque, ela está aprovada.

SR. MOACIR: A relatoria se posicionou que realmente estava no grupo e a proposta foi omitida. A proposta tem algum destaque. Então, a proposta está aprovada.

A proposta do item 3 foi consensada? Duas pessoas, Vera e Janieire, têm o consenso? Não fizeram?

SRA. VERA COELHO: Como é que pode ser consensuada uma proposta se agora é que você está colocando quem são as pessoas que têm propostas de modificação?

SR. MOACIR: Tem uma anotação aqui que duas pessoas pediram destaque, Vera e Janieire. Vão discutir a proposta ainda? Então, vamos passar ao próximo item.

Uma retificação passada pela Mesa, uma coisa que passou pela relatoria – isso é normal, acontece em todas as relatorias, estão apresentando uma proposta que não veio escrita e gostaria que o rapaz que está na digitação nos ajude, digitando-a: *Criar serviço básico de oftalmologia nas unidades de referência.* Acrescentar ao final da atenção primária como item 25.

Essa proposta está em apreciação. Alguém destaca? Pode passar.

Haroldo, o seu destaque na 24.

SR. HAROLDO: Eu tinha solicitado destaque na 24, para insistir e talvez essa questão seja exemplar, porque na verdade a minha proposição é que seja suprimido esse texto. Porque o meu receio é que pode acontecer isso em outros momentos. Nós não podemos aqui confundir quem, e eu não sei quem pode estar lá fora trabalhando para que haja atraso da conferência, com as pessoas que estão aqui, tentando com todo cansaço, o que está acontecendo.

Então, a proposta é de supressão e a solicitação de não atropelar as questões.

SR. MOACIR: Alguém defende a manutenção do texto? Em votação. Os que forem favoráveis à supressão do texto como está, levantem o crachá. Abstenções. Perfeitamente, mais uma proposta engolida, seria então o item 26:

Realizar o levantamento dos moradores em hospitais psiquiátricos que estejam em estado de abandono que efetivamente perderam os laços familiares e todas as referências de moradia, para que sejam criados os serviços residenciais terapêuticos, possibilitando o fechamento dos leitos respectivos. Algum destaque? Como não há nenhum destaque, a proposta está incorporada e aprovada.

Atenção secundária. Passemos aos destaques. Item 1, José Roberto e Edilson. Vamos passar para o Alex, desejando um bom final de Plenária.

SR. JOSÉ ROBERTO: O meu destaque é só acrescentar no final: *dando prioridade aos hospitais públicos*.

SR. EDILSON: Minha proposta também é de inclusão de texto, porque normalmente os hospitais de atenção secundária, eles não têm espaço preparado para atendimento da população carcerária, que necessita de segurança, coisa que o hospital público não tem condições de dar. Então, incluo no texto a criação de um espaço específico para atendimento da população carcerária.

SR. ALEX MONT'ALVERNE: Temos duas propostas. Alguém quer defender manutenção do texto? Em votação. Os que forem favoráveis à manutenção do texto como está, levantem o crachá. Os que forem a favor da alteração proposta pelo José Roberto, levantem o crachá. Os que forem a favor da alteração proposta pelo José Roberto, levantem o crachá. Abstenções. Ganhou a proposta do José Roberto.

Item 2, destaque, Dra. Vera.

SRA. VERA COELHO: Eu fiz uma modificação, coloquei: *dotar as unidades hospitalares de condições físicas adequadas, equipamentos e recursos humanos, de acordo com o PDR, Plano Diretor de Regionalização, garantindo os recursos para cumprimento do plano diretor de investimento*.

SR. ALEX MONT'ALVERNE: Em votação. Os que forem favoráveis à manutenção do texto como está, levantem o crachá. Os que forem a favor da alteração proposta, levantem o crachá. Abstenções. Aprovada a modificação proposta.

Voltamos ao item 3, da atenção primária, chegaram a uma proposta de consenso.

SR. PARTICIPANTE : item 3: *Padronizar lista de medicamentos essenciais para as equipes de PSF, de acordo com o perfil epidemiológico e das doenças da população assistida, com prioridade para os agravos e transtornos mentais, diabéticos, hipertensos e imunobiológicos.* No caso, incluir no elenco de medicamentos especiais, o programa de assistência a pacientes com artrite reumatóide.

SR. ALEX MONT'ALVERNE: Alguém defende a manutenção do texto?

SRA. JENIEIRE: Só a título de esclarecimento, porque quando eu coloquei a questão da artrite reumatóide na primária, depois a doutora me esclareceu que ela deveria ter saído na secundária. É por isso que está havendo esse segundo

momento. Então, tem que consultar a plenária se concorda que apareçam na secundária.

SR. ALEX MONT'ALVERNE: Aqui está emendando um item da primária. Aqui são medicamentos essenciais. A proposta é a seguinte: incluir artrite entre as patologias, mas os medicamentos para a atenção secundária. Eu entendo que é de relevância, mas fica prejudicado. Na artrite, há medicamentos da atenção básica também. A proposta de consenso no item 3 da atenção primária inclui a artrite entre as patologias. Alguém defende a manutenção do texto? Em votação. Os que forem favoráveis à manutenção do texto como está, levantem o crachá. Os que forem a favor da alteração proposta, levantem o crachá. Abstenções. Aprovada a proposta de modificação.

Vamos ao item 5, da atenção secundária, Sueli.

SRA. SUELI: Eu mandei a redação do destaque, não fiquei nem com o original.

SR. ALEX MONT' ALVERNE : Questão próxima, destaque do Jorge na 6ª. (Pausa). Jorge não está aqui. Então, o destaque está prejudicado.

7ª. Fátima, Aldaísa e Dra. Vera. Questão de nº 7. Ampliar a oferta de consultas e exames especializados.

SRA. FÁTIMA : Só para acrescentar, além de consultas, atendimentos e exames especializados. Porque não faz sentido você ampliar as consultas e os exames, se não ampliar a oferta dos serviços; os atendimentos.

SR. ALEX MONT' ALVERNE : Acrescenta atendimentos. Oferta de consultas e atendimentos especializados.

ALDAÍSA : É para incluir em atendimentos especializados, a proposta da companheira, que ficou prejudicada desde o período da manhã, sobre o tratamento da obesidade. Porque ela fez uma inclusão de manhã e ficou para depois do lanche e quando voltou não era mais. Então, foi feito pela manhã e agora estamos incluindo, porque eu era relatora. Aí justamente, quando a colega coloca atendimentos especializados, entraria a questão da obesidade, que já havia sido colocado anteriormente. (Aplausos).

SR. ALEX MONT' ALVERNE : A Mesa entende que dá para ficar uma única proposta de ampliação. Ampliar a oferta de consultas, atendimentos especializados, incluindo o atendimento ao portador de obesidade e exames especializados, no segundo nível de assistência, em conformidade com a Noas. Alguém quer defender a manutenção do texto? (Pausa). Não. Em votação. Quem é favorável a manutenção do texto, levante o crachá (Pausa). Quem é favorável a proposta de modificação, levante o crachá (Pausa). Aprovado o texto modificado.

SR. PARTICIPANTE: Para uma questão de encaminhamento?(Concedido).

Gente, eu espero que não me torne repetitivo. Eu queria encaminhar à Mesa, que ela fizesse um apelo à Plenária, que nós votássemos o seguinte:

Vocês estão preocupados com a conclusão dessa conferência? O que estamos vendo são muitos destaques, pormenores estamos discutindo, perdendo tempo e não vamos votar relatórios.

SR. ALEX MONT' ALVERNE : Companheiro, essa questão já foi levantada. Estamos tentando encaminhar.

SRA. PARTICIPANTE : Eu gostaria que a Mesa encaminhasse e fosse votado. Porque como é que vamos chegar no campo da conferência, sem ter o que apresentar?

SR. ALEX MONT' ALVERNE : Muitas pessoas abriram mão do destaque; não há como fazer diferente. Se alguém considera que a questão não é importante, abre mão do destaque. Mas, não temos como fazer diferente, estamos cumprindo o Regimento. O apelo já foi feito.

SR. PARTICIPANTE : Essas questões foram passadas pelos grupos, essas emendas. Por que a Mesa não procura votar ou não votar?

SR. ALEX MONT' ALVERNE : Por favor, não tem como votar isso; estamos seguindo o Regimento.

8ª, Destaque da Aparecida, Dra. Vera Coelho, Vera Dantas. Fizeram destaque na 8ª- Da atenção secundária. A questão dos CAPs. É da Milena também.

SRA. MILENA : Na minha, eu vou fazer somente um acréscimo. É expandir a Rede de CAPs nos Municípios do Interior, em Fortaleza, com a distribuição de medicamentos.

SR. ALEX MONT' ALVERNE : Eu queria sugerir, como são 3 destaques, que as pessoas pudessem tentar uma redação uma redação de consenso. Aliás, são 4 destaques. Para nós agilizarmos, é possível?

Próxima questão que há destaque. Item 11- Aldaísa, Dr. Edir e Vera Dantas.

Item 9- Viabilizar a implantação do centro especializado em odontologia. Destaque. A redação seria a seguinte: Implantar-se centro especializado em odontologia nos Municípios sedes, das 21 microrregiões de saúde. Essa a redação proposta. Há alguma proposta de manutenção do texto (Pausa). Não. Em votação. Quem é favorável a manutenção do texto conforme ele está, levante o crachá (Pausa). Quem é favorável a modificação do texto, levante o crachá (Pausa). Aprovado o texto modificado.

Item 11. Vera Dantas.

SRA. VERA DANTAS : A minha proposta é incorporar. Está colocado acupuntura, massoterapia. A proposta é acrescentar homeopatia.

SR. ALEX MONT' ALVERNE : Alguém quer defender a manutenção do texto? Dr. Edir também tinha uma proposta. Ele também não está mais. Em votação. Quem é favorável a manutenção do texto como está, levante o crachá(Pausa). Quem é favorável a modificação com a inclusão de

homeopatia, levante o crachá(Pausa). Aprovado o texto modificado, com a inclusão de homeopatia.

Item 12ª, Destaque do Jorge. O Jorge não está mais aqui. Está prejudicado.

Item 13, Garantir na Rede dos Municípios especialistas em pediatria para cada 20 mil habitantes (Pausa) Aldaísa retirou o destaque.

15ª- Dra. Vera Coelho. Assegurar exames radiológicos em traumatologia nos hospitais. Está em discussão. (Vamos deixar esse, logo em seguida voltamos a ele).

16º- Sueli, Reginaldo, Fátima Azevedo.

SRA. SUELI: O meu é só uma questão de correção. Quando você fala em todas as unidades hospitalares, na prática, não fazemos na unidade hospitalar, só após 3 dias. Por conseguinte, suprir a expressão, unidade hospitalar e colocar pelo município.

SR. ALEX MONT' ALVERNE : Incluir pelo município, tira o hospital.

SR. REGINALDO : É só acrescentar teste do pezinho e exame de vista do bebê.

SR. ALEX MONT' ALVERNE : Acrescentar além do teste do pezinho, exame de vista do bebê. Ok.

SRA. FÁTIMA AZEVEDO: O meu acréscimo seria o teste do ouvidinho. Não sei se vocês já conhecem aqui, mas já foi implantado em 2 hospitais da capital e é um teste de extrema necessidade, para você já prevenir o problema de audição da criança.

SR. ALEX MONT' ALVERNE : Nós entendemos que dá para condensar em proposta de modificação, acrescentando o exame de vista do bebê, o exame da audição e ao invés de hospitais, substituindo pelo município, garantindo o teste do pezinho, como está e acrescentando isso. Alguém quer defender a manutenção do texto(Pausa). Em votação. Quem defende a manutenção do texto, levante o crachá(Pausa). Quem defende os acréscimos que foram colocados aqui, levante o crachá(Pausa). Aprovados os acréscimos e modificação do texto.

28º- Vilalba apresentou destaque. Aqui não consta destaque até a 25ª. Da atenção secundária.

SRA. GORETH : Eu gostaria só que na 21ª, é mais um acréscimo. Que os municípios reavaliem a programação pactuada. Então, eu gostaria só de acrescentar. Que os Municípios reavaliassem, com a participação e aprovação dos Conselhos de Saúde e continua o restante da proposta, porque essa pactuação se dá dos gestores municipais com os outros gestores e não pactuam, não discutem dentro dos Conselhos Municipais de Saúde.

SR. ALEX MONT' ALVERNE : Companheiros só uma modificação no texto. Que os Municípios reavaliem a programação pactuada integrada com os

Conselhos Municipais de Saúde. Alguém quer defender a manutenção do texto?(Pausa). Em votação. Quem é favorável a manutenção do texto, levante o crachá(Pausa). Quem é favorável a modificação do texto, levante o crachá. (Pausa). Aprovada a modificação do texto, que a pactuação inclua a aprovação pelos Conselhos Municipais de Saúde.

Atenção secundária, há destaque para mais algum ítem?

SR. PARTICIPANTE : Para uma Questão de Ordem.(Concedido)

Eu queria propor à Mesa, enquanto há quorum suficiente, que se reuna uma comissão junto com a Promotoria Pública, que está aqui presente na Mesa, para que se possa analisar e votar em bloco, antes que esvazie esta Plenária. É que temos pessoas de todo o Interior do Estado, cansados, saturados e está sendo destaque, destaque, podendo se votar em bloco(Aplausos), porque aí já foi tudo discutido nos grupos.

SRA. LÚCIA ARRUDA: Companheiros, eu tenho me preocupado desde às 5 horas, com a forma e metodologia de como temos encaminhado os trabalhos aqui na Plenária. Eu sei que todo mundo está cansado. Já têm 8 transportes dos Municípios do Interior, para pegar o pessoal de lá. Eu já verifiquei o quorum. Então, tem me dado preocupação a forma. Estamos há quase duas horas discutindo o eixo 5. E nós detemos na metade. Então, a forma como esse relatório vai ser sistematizado para Brasília, vamos ter um relatório em 5 laudas, com a introdução, com obstáculos e desafios e diretrizes de 10 eixos...

... a essência da proposta está presente e não pode ser modificada. O texto, nós temos uma comissão de mais de 20 relatores, técnicos, professores, usuários com capacidade, que ficaram nos ajudando, quer sejam de nível superior ou de nível médio, que estão na comissão de relatoria. Então, nós precisamos ter a confiança do Plenário.

Eu tenho estado preocupada, e já conversei inclusive o Ministério Público, com a Dra. Isabel, sobre que forma entraríamos em discussão com o Plenário para que a gente pudesse sistematizar, nós já estamos às 20h30min, não elegemos os delegados; os delegados têm que ser eleitos, e quem se retirar do Plenário não vai ser votado e não pode ir a Brasília. Então, são vários problemas que temos que resolver.

Eu quero a lista completa dos delegados por segmento, e é dessa forma que a gente vai votar, pois precisamos credenciar um a um. Quem vai credenciar é a coordenação da conferência, ninguém vai chegar em Brasília sem estar credenciado no Estado; o credenciamento é aqui e as pessoas vão receber o crachá em Brasília. Então, eu preciso de todos os dados, e-mail, endereço, referência, CPF , Rg, enfim, todas as informações individuais. Eu tenho 114 relatórios desses para preencher hoje, com vocês, antes de vocês saírem daqui.

É preciso que reflitamos sobre isso e é isso que estou consultando: nós podemos votar em bloco, ler todas as propostas, ver a essência das propostas... passamos a tarde inteira fazendo N destaques sistematicamente, quase as mesmas pessoas, é super importante a nossa participação, mas chegou o

momento em que estamos nos desgastando, a Plenária está esvaziando e nós não vamos eleger os delegados.

Uma proposta concreta, já conversei com a Isabel quanto à questão da votação, porque temos que votar os relatórios, e se a gente não votar, não vamos ter o que mandar para Brasília e nem vocês vão te ro que defender em Brasília também.

SRA. ISABEL PORTO: Boa-noite gente, eu queria fazer uma colocação. Todos estão me vendo aqui, acompanhando os trabalhos, nós temos que ter seriedade e tranqüilidade nesse processo. O que me foi colocado aqui pela coordenação, eu disse que deveria ser submetido à Plenária, da seguinte forma: desde que todo mundo tenha o conhecimento do conteúdo das propostas. Então, teria, de qualquer forma, que se ler todas. E eu estou recebendo aqui da relatoria, que nós temos algumas divergências nas propostas. Então, eu acredito que a Plenária teria que decidir em cima dessas que tem as divergências, em que são apresentadas mais de uma proposta do mesmo quesito no relatório. E acho importantíssimo que a gente discuta antes de passar para essa em bloco, que tenhamos condições de discutir a questão da gestão participativa. Eu acho que a gente deveria esgotar esse quesito, dando oportunidade de todo mundo discutir quesito por quesito.

São essas as minhas considerações, mas deixando bem claro em total liberdade de apreciação da Plenária.

SR. PARTICIPANTE : A outra preocupação é a seguinte: são 20h30min, os delegados do Interior já estão nos procurando, preocupados com o horário, e a

mina preocupação é que daqui a pouco não teremos quorum; se não tem quorum, pára; se pára, não elege delegados, e o Ceará não vai ter representação em Brasília. Essa é a preocupação maior! Vamos em bloco?

SR. HAROLDO : O momento precisa de uma reflexão muito tranquila, porque o que está ocorrendo aqui é uma preocupação de todos já há muito tempo. O problema é que às vezes tentamos resolver de uma maneira que podem trazer outros prejuízos, porque desde o início se está aqui, alertando que há uma grande preocupação, ênfase na discussão de escolha de delegados, em prejuízo da discussão em Plenário. Eu não vejo como superar essa dificuldade, a não ser aquilo que a Mesa já vem fazendo e que me parece está sendo acatado, que é uma sensibilidade das pessoas com relação a determinados itens. A Mesa, inclusive, não é bem do estilo do Alex, pode ter outro, que infelizmente o Moacir já foi embora, pode até usar da sua autoridade no que se refere a algumas questões. Agora, o relatório e a discussão, tem que ser trabalhada dessa maneira, com o direito a todas as pessoas aqui presentes, de apresentarem os destaques. É claro, que tenham coerência, porque se não, nós vamos nos preocupar em encaminhar dessa maneira, de qualquer jeito e esse resultado também não é bom. Necessário é uma condução diferenciada, mas há de ter continuidade.

SRA. ISABEL PORTO: Com licença., doutor. Eu jamais iria compactuar com que se estivesse trazendo e discutindo de qualquer maneira e inclusive eu estou colocando, e foi uma exigência, que só se faria essa sistemática com a presença do Ministério Público e aprovação em bloco, se todos tivessem conhecimento do conteúdo do relatório. E a preocupação de delegados neste momento, do Ministério Público, não é pura e simplesmente de eleger

delegados, é de ter uma representação do Estado do Ceará, é essa a preocupação do Ministério Público.

SR. HAROLDO : Então estamos falando da mesma coisa! Porque não fiz oposição àquilo que a doutora colocou.

SR. ALEX MONT'ALVERNE: Nós temos duas propostas, vamos encaminhar. Uma proposta para votação em bloco, é a nº 1; e a proposta de continuar a votação individual com destaques. Vou colocar em votação a proposta nº 1.

SRA. LÚCIA ARRUDA: Estamos conversando com o Haroldo e ele está perguntando o que é votar em bloco. Nós estamos no quinto eixo temático, precisamos concluir mais 5, e tem cerca de 300 propostas; se continuarmos no mesmo ritmo, nós já fizemos os cálculos aqui, vamos até 5 horas da manhã. A proposta é que leiamos todos os eixos temáticos e depois retornemos às propostas divergentes que tem dentro do texto, tem proposta nova, a gente vê essas propostas que os grupos fizeram, que foi discutido exaustivamente ontem nos grupos. Então, temos que dar uma confiança à relatoria, nós vamos ficar 15 dias fazendo esse relatório ainda.

SR. ALEX MONT'ALVERNE: Está claro? Vamos votar a proposta nº 1.

SR. PARTICIPANTE : Por uma Questão de Ordem! (Concedido).

Eu quero saber se vocês estão suprimindo do regimento a possibilidade que cada um tem de fazer destaque às propostas.

SR. ALEX MONT'ALVERNE: O regimento diz também que a Plenária é soberana.

SRA. ISABEL PORTO: Permitam-me a interferência. Aqui a questão do Ministério Público estar aqui presente, eu não estou aqui, não estamos divulgando aqui questão de descumprimento do regimento, o que queremos aqui é que o Ceará seja representado, não é a questão pura e simplesmente de se escolher alguém para ir a Brasília, não é esse o ponto. 5 horas da manhã, 6 horas, nós vamos ter quorum para votar? Então, é essa a resposta! Nós teríamos então que montar dois dias. Já me vieram com problemas de municípios em que os carros estão precisando sair, e quem precisa desse transporte são os usuários, não são os profisisonais de saúde, têm essa necessidade. Então, nós temos que sistematizar isto aqui, encontrar uma forma de adequação dentro de uma situação absolutamente especial. É essa a manifestação do Ministério Público, em momento nenhum estamos querendo tergiversar em regulamento, e isso estaremos submetendo a Plenária, com certeza.

SR. ALEX MONT'ALVERNE: Em votação a proposta nº 1, votação em bloco conforme explicação da Lúcia. Detalhe: a Mesa não está descumprindo o regimento, porque ele diz que a Plenária é soberana. Quem vota pela votação em bloco, levante o crachá, por favor. Quem vota na proposta nº 2, levante o crachá, por favor. Abstenções. Então, venceu a proposta da votação em bloco.

Dando seqüência então, vamos para que a Plenária conheça tudo o que está escrito, proceder à leitura de todos os itens. Vamos concluir a votação desse eixo e prosseguir a leitura seguida, de todos os 5 eixos, entendendo que

a votação em bloco significa: quando há questões controversas do relatório dos grupos, elas serão postas em votação. Vamos concluir a votação do eixo da Organização da Atenção à Saúde. Eu peço, quem ainda tem destaque, celeridade e a Mesa vai inclusive examinar a pertinência que são itens relevantes.

Voltando ao item 5 da Atenção Secundária, que havia um destaque, não foi mencionado.

A Mesa entende que não há nenhuma divergência, apenas um aperfeiçoamento do texto. Portanto, quem é favorável apenas ao aperfeiçoamento do texto, que levante o crachá.

Item 19. A Mesa entende que não há nenhuma questão, controvérsia. Apenas a companheira está aperfeiçoando o texto. Portanto, entendendo que tendo aprovado em bloco, não há necessidade. Pode incluir a modificação do texto, apenas aperfeiçoa o texto, não há nenhuma divergência do texto aprovado.

O item 8, que havia sido submetido ao grupo aqui, elaborar uma proposta de consenso. O item 8, é relativo ao centro de atenção psicossocial. Tem uma dissertação. Implementar a política de atenção à saúde mental na forma de rede integral, com serviços diversificados. Na Atenção Primária, através do atendimento em saúde mental nas unidades básicas de saúde e movimentos comunitários nos municípios.

Na Atenção Secundária, através da implantação de enfermarias psiquiátricas nos hospitais gerais, CAPs tal dia e hospital noite, residências

terapêuticas, dentre outros, em todos os municípios acima de 40 mil habitantes. Isso ocorrendo, é um sistema de referência e contra referência, planejado a partir do nível local e garantindo à distribuição de medicamentos e outros insumos necessários. Alguém quer defender à manutenção do texto? (Pausa). Não. Então, quem é a favor do texto modificado, levante o crachá(Pausa). Aprovado o texto modificado.

Alguma questão ainda com relação a Atenção Secundária?(Pausa). Na Atenção Secundária só existe até o item 25. Modifica de forma importante o texto.

SRA. PARTICIPANTE : Modifica o texto de forma importante, porque o texto que está garantido aqui, ele fala: garantia do Estado e implantar um programa de humanização da Atenção do Ceará, nas unidades hospitalares, segundo a política de humanização da Atenção ao Ministério da Saúde e nós sabemos que hoje o Ministério da Saúde tem uma política de humanização da Atenção à Saúde e não somente hospitalar. Então, a minha proposta é implantar a política de humanização da Atenção à Saúde, em toda a rede de serviço da saúde do Estado, de conformidade com as diretrizes políticas do Ministério da Saúde.

SR. ALEX MONT' ALVERNE: Ok. A proposta ao invés de unidades hospitalares na realidade, em toda a rede de serviços de saúde do Estado, implantação do programa de humanização. Alguém defende à manutenção do texto?(Pausa). Em votação. Quem é favorável ao texto modificado, levante o crachá.(Pausa). Aprovado. Então, encerrado o item da Atenção Secundária.

Em relação à Atenção Terciária e a Organização dos demais serviços de Atenção, prevalece agora a votação, em bloco. A Plenária entende dessa forma?

Submetendo à Plenária, por favor. Já havia sido feito o destaque para a Atenção Terciária e Organização dos demais itens. A Plenária entende que deve respeitar esse destaque feito? Quem for favorável a defesa do destaque já apresentado, por favor levante o crachá(Pausa). Quem é contrário a que defenda o destaque já apresentado, levante o crachá(Pausa). Nós vamos ter que respeitar e manter os destaques já aprovados, que já estão levantados. Por favor, com bastante objetividade, voltamos a apelar. Se não houver modificação substancial no texto, por favor, nós consideramos, não precisa de defesa.

Vamos à Atenção Terciária Artigo 3, tem vários destaques. Nós solicitamos que vocês sentem e tentem elaborar uma proposta única para o item 3.

Item 5, da atenção terciária. Apenas correção de texto.

SRA. RAÍSSA: Nesse item quando foi definido no grupo era: garantir recursos para implantar política de fitoterapia, e que fosse incluído no modo da atenção básica, da atenção primária. Eu acho que a relatoria, na hora de condensar as propostas, se atrapalhou, mas o grupo definiu que era fitoterapia e não fisioterapia.

SR. ALEX MONT' ALVERNE: É correção do texto. Já existe outro item que relaciona a fitoterapia, inclusive com a implantação da atenção básica, da farmácia viva.

SRA. RAÍSSA: Esse item tem que ser incluído lá, na farmácia viva.

SR. ALEX MONT' ALVERNE: Certo. Alguém quer defender a manutenção do texto? Na realidade, a diferença é substancial. Em votação. Os que forem favoráveis à manutenção do texto como está, levantem o crachá. Os que forem a favor da alteração proposta, levantem o crachá. Abstenções. Aprovada a fitoterapia, remetendo isso para a atenção primária.

Item 6, é só uma mudança de termo.

SRA. ROGENA: É só a mudança do termo, em vez de gravidez indesejada, colocar gravidez não planejada. É porque o termo gravidez indesejada é pejorativo. E no item 4, é escuta.

SR. ALEX MONT' ALVERNE: Quem é a favor da manutenção do texto gravidez indesejada para não planejada, levante o crachá. Infelizmente mantido o texto tal como está, gravidez indesejada.

Item 8, Vera, suspendeu. Jorge e José Roberto, querem conversar para ver se dá uma proposta de consenso? José Roberto retirou o destaque.

SR. JORGE: Essas duas propostas foram elaboradas originalmente nos grupos de trabalho e foram colocadas na atenção secundária. Deixando nesses

outros procedimentos, pode ser utilizado só na terciária. Então, gostaríamos que retirasse o 8 e o 9 e colocado na secundária.

SR. ALEX MONT' ALVERNE: É só questão de organização, então.

Item 10, Narcílio.

SR. NARCÍLIO: Essa proposta nasceu da proposta de Fortaleza, só que agora ela apareceu de uma outra maneira, complementada com uma parte do texto que nós discordamos, e diz respeito à privatização da atenção em saúde mental dos novos serviços de saúde mental. Nós somos contra. O que acontece nessa proposta, a partir de gestão pública direta, que o convênio coma iniciativa privada somente seja efetivado com intenções...

(Corte na gravação)

SR. ALEX MONT' ALVERNE: Item 3, da atenção terciária. Tem uma Questão de Ordem da Promotoria Pública de Defesa da Saúde Pública.

SRA. ISABEL PORTO: Mais uma vez vou me pronunciar. Eu fui questionada aqui por algumas pessoas em relação ao processo. Já foi definido aqui na Plenária, mas eu quero submeter como Questão de Ordem, que podemos voltar atrás. Então, é o seguinte: Estão sustentando a problemática que é correta, não estou dizendo nada do que está sendo posto aqui para mim, que está sendo incorreta. As questões são sérias, todo mundo tem o direito de se manifestar de acordo com o regulamento. Mas, estou sendo questionada aqui como órgãos do Ministério Público que represento, tenho que colocar a

minha preocupação. Então, todos os assuntos que falamos aqui, quando falei em questão de bloco que foi sugerida, se teria a leitura de artigo por artigo. Então, qual é a forma de se garantir ou de se voltar, ou de a Plenária decidir o contrário do que foi feito aqui? Todo mundo vai ficar aqui às 3 horas, 4 horas da manhã para se garantir que o Estado do Ceará participe? Então, é essa a minha preocupação. Eu não quero que ninguém venha aqui falar, que estou tolhendo o exercício democrático de ninguém; não foi isso, só que também o regulamento diz, que os casos omissos são decididos pela Plenária. (Aplausos). Então, eu acredito que nós utilizamos aquilo que foi sugerido e que no início eu acompanhei essa votação de ontem aqui do regulamento e isso nem estava. Quer dizer, isso foi feito como proposta da Plenária. Então, eu acredito que temos que se quedar uma situação excepcional. Houve erro pela coordenação? Isso não estou discutindo, eu só quero deixar bem claro que o posicionamento do Ministério Público, é relativamente a esse problema. E acredito que até se poderia, a Mesa, em situações gritantes que poderemos ver aqui, a pessoa pedir para se manifestar e nós deliberarmos essa situação. Contanto que, a nossa preocupação aqui e tudo que foi passado para o Ministério Público, é que já não tínhamos quorum. Então, fiquei preocupada com essa situação.

SR. ALEX MOT' ALVERNE : Então, qual é a proposta?

Então, é o seguinte: Vai ser lido agora o Item 6: Controle social e gestão participativa. Vai ser lido agora todo o texto; são 64 itens. Em seguida volta-se para o início e vai se ler novamente, aquelas propostas que têm alterações.

Leitura do Item 6: Controle Social e Gestão Participativa

(INSERIR A LISTA DE 64 ITENS DO CONTROLE SOCIAL E GESTÃO PARTICIPATIVA)

"Lê"

SRA. PARTICIPANTE : Pela leitura, acho que todos os companheiros aqui presentes, observaram que a comissão que ficou responsável para condensar esse relatório da gestão, ela não teve o trabalho de organizar as propostas, porque têm várias propostas sobre o mesmo tema. Aí eu pergunto: Quem vai decidir qual a proposta que vai permanecer. Porque têm umas propostas mais amplas, têm umas propostas mais restritas e têm 3, 4 propostas sobre o mesmo tema. Quem é que vai decidir sobre as propostas que ficarão?

SR. ALEX MONT' ALVERNE : A idéia que foi aprovada inicialmente, é que aquelas que houvessem divergências no grupo, são submetidas à Plenária. Os grupos têm posições divergentes. Já estão no texto lido, há duas ou três propostas no mesmo item. Aprovar em bloco, significa aprovar, exceto aquilo que há divergência. Há questões divergentes aqui dentro. Então, não podem ser aprovadas duas propostas divergentes. Elas já estão listadas no relatório. Sempre que há 2.1, 2.2, 5.1, 5.2, é porque há divergências.

SRA. LÚCIA ARRUDA : Alex, eu acho que merece um esclarecimento à Plenária. Eu fiz o relatório e não julguei que fosse capacidade minha definir sobre uma proposta que o grupo pediu a exclusão e o outro aprovou a proposta. Então, eu acho que ao relator, não cabe fazer juízo de valor, quando há controvérsias nas propostas. Então, o que eu fiz foi trazer o relatório dos grupos, separando e colocando-os de forma que pudesse ficar bem visível para

os grupos, o que aconteceu nos 2 grupos. Então, eu não julgo que seja essa, do relator fazer alteração de propostas, ou excluir propostas de qualquer grupo.

SR. PARTICIPANTE : Alex, eu gostaria de dizer o seguinte: O que a Professora Lúcia procurou demonstrar, é que você não entendeu e não acho como é que vai se resolver isso. Existem propostas que são idênticas no geral e diferentes em especificidades e que não foram destacadas e não vão ser discutidas aqui. Elas vão para o relatório final à definição. Foi isso que ela tentou demonstrar. Não sei como é que resolve isso agora, mas foi isso que ela disse. Nem todas as questões divergentes foram destacadas no grupo como tal e vão passar.

SR. ALEX MONT' ALVERNE : Por favor, estou pedindo à Professora Lúcia que assuma a Presidência dos Trabalhos.

Em princípio, têm questões não esclarecidas ainda. A Resolução 33- que aparece com freqüência, ela foi revogada pela Resolução 319. Quer dizer, o que está em vigor hoje é a Resolução 319. Eu solicito à Mesa e à Plenária, para substituir, onde tiver Resolução 33, incluir a Resolução 319. Onde tem Resolução 33, leia-se Resolução 319, que substituiu no Conselho Nacional de Saúde, a Resolução 33.

Eu participei desse grupo aí também, e tem ponto lá que tem. Ao Plenário decidir, porque não foi consenso lá. Então, ficou o impasse e não é uma coisa que é divergente. Era exclusão do tema. Então, eu acho que vai ter de ser votado pelo Plenário, já que o grupo até indicou a decisão no Plenário, da exclusão ou não, do item. Foi colocado no relatório isso.

Nós vamos proceder inicialmente, a decisão de todos os itens que o grupo de relatoria identificou que há divergências, depois vamos submeter aqui à Mesa a decisão, do que se fazer, se forem apontadas outras divergências nesse item.

Então, Item 3 e 3.1. Item 3: Garantir o funcionamento regular dos conselhos locais de Saúde, Conselhos distritais de Saúde e conselhos Municipais em todos os Municípios do Ceará.

Item 3.1: Garantir funcionamento regular dos conselhos, mediante comprovação em Atas das reuniões dos conselhos para manutenção da condição do nível de gestão.

Há necessidade de defesa de proposta? Quem acha que não há, levante o crachá. Ok. O Plenário, majoritariamente, acha que não há. Então, a questão 3, quem é favorável ao item 3? Quem é favorável á redação do 3.1? Aprovado o 3.1 e sai o 3.

Item 5: garantir a participação dos Conselhos Municipais de Saúde na elaboração, acompanhamento e avaliação do plano municipal de saúde em todos os municípios.

Item 5.1: Garantir a participação e envolvimento dos conselheiros nas atividades de planejamento e avaliação dos programas, projetos e planos de gestão em todos os municípios e Estados.

Quem acha que não há necessidade de defesa, levante o crachá. Não há necessidade de defesa. Em votação. Os que forem favoráveis ao item 5, levantem o crachá. Os que forem a favor do item 5.1, levantem o crachá. Aprovado o item 5.1. Eliminado o item 5.

Item 8: Implementar o funcionamento das secretarias executivas dos conselhos, bem como a capacitação.

Item 8.1: Implantar e estruturar secretarias executivas, definindo suas atribuições para atender à necessidade dos conselheiros com escolha pelo Plenário, do secretário executivo que atenda à diversidade de pensamento expresso na composição.

Quem acha que não há necessidade de defesa, levante o crachá. Não há necessidade de defesa. Em votação. Os que forem favoráveis ao item 8, levantem o crachá. Os que forem a favor do item 8.1, levantem o crachá. Aprovado o item 8.1. Eliminado o item 8.

O item 9.1 passa a ser o item 10, portanto não há diferença. O 9 e o 9.1 são assuntos diferentes.

O item 10: Implantar ouvidorias na Secretaria de Saúde e nos conselhos de saúde, com atribuições definidas pelos conselhos, efetivando o seu funcionamento e contratando ouvidores com perfil adequado e capacitando-os.

Item 10.1: Implantar ouvidorias nas Secretarias de Saúde, serviços públicos conveniados e contratados para avaliar a qualidade da assistência de saúde prestada ao usuário.

Quem acha que não há necessidade de defesa, levante o crachá. Não há necessidade de defesa. Em votação. Os que forem favoráveis ao item 10, levantem o crachá. Os que forem a favor do item 10.1, levantem o crachá. Aprovado o item 10. Eliminado o item 10.1.

Item que era 10, passa a ser 11: Viabilizar sistematicamente a ajuda de custo, transporte, alimentação e hospedagem, tendo em vist ao cumprimento do plano de trabalho.

Item 11.1: Viabilizar sistematicamente a ajuda de custo dos conselheiros de saúde, tendo em vista o cumprimento do plano de trabalho dos conselhos de saúde, participação em eventos municipais, microrregionais, estaduais e nacionais, fóruns, plenárias encontros, congressos de interesse da saúde ou que tenham relação com intersetorialidade.

Quem acha que não há necessidade de defesa, levante o crachá. Não há necessidade de defesa. Em votação. Os que forem favoráveis ao item 11, levantem o crachá. Os que forem a favor do item 11.1, levantem o crachá. Aprovado o item 11.1. Eliminado o item 11.

Item 16: Realizar capacitação permanente para conselheiros de saúde, assessores dos conselheiros, lideranças não-governamentais.

Item 16.1: Articular e implantar pólos permanentes de capacitação do Ceará, com definição do Conselho Estadual de Saúde como articulador político das ações de capacitação permanente dos conselheiros de saúde em todos os municípios do Estado do Ceará com mandatos vigentes e renováveis. O conselho terá membros dos pólos em todas as regiões do Estado, através das articulações regionais, discutida e definida pelo Plenário do CESAU.

Quem acha que não há necessidade de defesa, levante o crachá. Não há necessidade de defesa. Em votação. Os que forem favoráveis ao item 16, levantem o crachá. Os que forem a favor do item 16.1, levantem o crachá. Aprovado o item 16.1. Eliminado o item 16.

Item 18: Fornecer cartilhas, folders com informações sobre atividades dos Conselhos de Saúde e do gestor.

Item 18.1: Garantir publicações sistemáticas das deliberações dos Conselhos, em veículos de informações, programas de rádio local, cartazes, cartilhas e folders para a comunidade.

Quem acha que não há necessidade de defesa, levante o crachá. Não há necessidade de defesa. Em votação. Os que forem favoráveis ao item 18, levantem o crachá. Os que forem a favor do item 18.1, levantem o crachá. Aprovado o item 18.1. Eliminado o item 18.

Item 20: Sistematizar e implementar a apresentação e discussão dos planos de aplicação e prestação de contas dos recursos de saúde para os conselhos, Câmaras de Vereadores e comunidades.

Item 20.1: Apresentação dos planos de aplicação e prestação de contas trimestralmente dos recursos da saúde nos conselhos municipais, estadual, Câmara de Vereadores, Assembléia Legislativa e comunidades.

Quem acha que não há necessidade de defesa, levante o crachá. Não há necessidade de defesa. Em votação. Os que forem favoráveis ao item 20, levantem o crachá. Os que forem a favor do item 20.1, levantem o crachá. Aprovado o item 20.1. Eliminado o item 20.

Item 23: Implantar fórum municipal e regional de conselheiros membros dos diversos conselhos setoriais existentes, garantindo a participação de todas as lideranças.

Item 23.1: Implantar o Fórum Regional Municipal e Estadual de conselheiros membros dos diversos conselhos setoriais existentes, garantindo a participação de todas as lideranças.

Quem acha que não há necessidade de defesa, levante o crachá. Não há necessidade de defesa. Em votação. Os que forem favoráveis ao item 23, levantem o crachá. Os que forem a favor do item 23.1, levantem o crachá. Aprovado o item 23.1. Eliminado o item 23.

Item 30: Envolver os conselheiros de saúde nas atividades de planejamento, acompanhamento e avaliação dos programas, projetos e planos de gestão.

Item 30.1: Garantir a participação dos conselheiros de saúde nas atividades de planejamento, acompanhamento e avaliação de programas.

Quem acha que não há necessidade de defesa, levante o crachá. Não há necessidade de defesa. Em votação. Os que forem favoráveis ao item 30, levantem o crachá. Os que forem a favor do item 30.1, levantem o crachá. Aprovado o item 30.1. Eliminado o item 30.

Item 34: Elaborar e executar o plano anual de informação e comunicação em saúde, envolvendo gestores, conselhos setoriais e ONG's.

Item 34.1: Elaborar, implantar e implementar os núcleos de mobilização social municipais e regionais, considerando o plano anual de informação e comunicação em saúde, envolvendo gestores, conselhos setoriais e ONG's.

Quem acha que não há necessidade de defesa, levante o crachá. Não há necessidade de defesa. Em votação. Os que forem favoráveis ao item 34, levantem o crachá. Os que forem a favor do item 34.1, levantem o crachá. Aprovado o item 34.1. Eliminado o item 34.

Item 42: Garantir a participação da população e entidades organizadas no município, nas atividades realizadas pelos conselhos de saúde.

Item 42.1: Divulgar sistematicamente as ações dos conselhos de saúde em mídia local, favorecendo a articulação dos conselheiros com a comunidade ou suas bases de apresentação

Item 42.2: Divulgação sistematicamente, das deliberações dos avanços e ações desenvolvidas pelo SUS entre seus membros, entre todos os setores da administração pública e da sociedade, garantindo mecanismos de articulação com as entidades organizadas do município, nas discussões, negociações de assuntos de seu interesse.

Quem está em condições de votar, levante o crachá. Quem acha que necessita esclarecimento, levante o crachá. A maioria de considera em condições de votação.

Em votação. Os que forem favoráveis ao item 42, levantem o crachá. Os que forem a favor do item 42.1, levantem o crachá. Os que forem favoráveis ao item 42.2, levante o crachá. Aprovado o item 42.2. Eliminado os itens 42 e 42.1.

Item 45: Estabelecer critério para escolha do presidente dos conselhos de saúde, excluindo a obrigatoriedade do secretário ocupar essa vaga.

Item 45.1: Garantir, de acordo com a Resolução 319, que os conselhos municipais e estaduais devem eleger o presidente e membros da mesa diretora democraticamente em Plenário, através do voto direto dos conselheiros.

Em votação. Os que forem favoráveis ao item 45, levantem o crachá. Os que forem a favor do item 45.1, levantem o crachá. Aprovado o item 45.1. Eliminado o item 45.

O companheiro levanta uma questão relevante na 44.

SR. PARTICIPANTE : É de solicitação de exclusão da 44.

SR. ALEX MONTA'ALVERNE: Está pertinente. Está escrito aqui pelo grupo: encaminhado para a Plenária; significa que houve divergência no grupo e foi encaminhada a decisão para a Plenária. A defesa, por favor.

SR. PARTICIPANTE : Eu levantei essa questão no grupo, e coloco à Plenária também. Já que estamos tentando discutir plano de cargos e carreiras, acesso por concurso, que o profissional fique estabilizado no local, aprovar que a demissão e contratação de profissionais passe no âmbito do Conselho de Saúde, você abre uma porta para o clientelismo e para a maracutaia de gestores estarem colocando ou não profissionais dentro do local, usando o Conselho Municipal de Saúde. Não é função dele gerir recursos humanos, e sim gerenciar a política de saúde do município.

SR. PARTICIPANTE : Eu defendo a proposta, porque muitas vezes existe a contratação ou demissão de profissionais, mesmo por concurso público, porque muitas vezes a demissão ou remoção dos profissionais, muitas vezes não levam em consideração se esses profissionais estão fazendo bom trabalho, e isso tem que ser avaliado pelos conselhos locais, justamente para não haver o clientelismo que o companheiro colocou, porque muitas vezes a transferência dos profissionais leva em consideração, porque tem apadrinhamento político de A, B ou C.

SR. PARTICIPANTE : Gostaria de reafirmar a palavra do companheiro, porque na realidade nós somos o conselho municipal, nós somos o conselho

estadual e o nacional. Dizer que é clientelismo, é querendo desfavorecer a nossa classe, porque nós estamos aqui é para fiscalizar mesmo.

SRA. LÚCIA ARRUDA: Em, votação o item 44: garantir discussões sobre contratação e demissão de profissionais de saúde no âmbito do Conselho de Saúde. Em votação. Os que forem favoráveis à manutenção do texto como está, levantem o crachá. (94 votos). Os que forem contra a manutenção do texto, levantem o crachá. (67 votos). Abstenções. Mantido o texto.

(Corte na gravação)

SR. ALEX MONT'ALVERNE: Então, todos os itens, daqui por diante, foram incluídos, mas não há repetição nem discordância, no entendimento da comissão de redação e sistematização. A Plenária entende que há necessidade de votação desses itens incluídos pelo grupos, ou eles estão incluídos todos eles, já que foram incluídos pelo grupo? Há necessidade de votação item a item? Ok, então a plenária entende que todos esses itens estão incluídos. Quem acha que precisa ser incluído item a item, levante o crachá. Quem acha que podem ser incluídos em bloco, levante o crachá. Aprovada a inclusão de todos os itens, e portanto concluímos a votação do sexto eixo temático.

SRA. SOCORRO GONÇALVES: A questão da composição do Conselho, não é só a questão definida pela resolução 319. Nós precisamos definir aqui quais as entidades que vão fazer parte do Conselho, o número de membros do Conselho, não pode ficar apenas assim. Estou propondo que o Plenário, que é soberano, que possamos fazer essa discussão sobre quantos membros irá ter a nova composição do conselho e quais as entidades que farão parte, porque

hoje, o Conselho de Saúde do Estado do Ceará não é paritário, não cumpre a resolução 319. A composição é 25 de prestadores de serviço e gestores, 25 de trabalhadores da saúde e 50% de usuário. Eu tenho uma proposta que para manter a paridade, o número tem que ser 12 e que o Conselho teria 48 membros.

SRA. LÚCIA ARRUDA: É o seguinte: o item 52.2, que se refere à alteração da composição do Conselho, de acordo com a Portaria 319, mantendo a paridade. O que acontece é que o Conselho Estadual de Saúde atualmente, a nova lei, ela quebrou a paridade das representações dentro do Conselho. Ela tem, por exemplo, o CEDECA, que é outra instância, está dentro do Conselho. Então, são essas estruturas que deveriam estar sendo discutidas, da inconstitucionalidade que existe na presença de um Conselho dentro de outro Conselho, bem como a quebra da representação da paridade dentro dos segmentos. Então, foi essa, me parece, a discussão do grupo, que se refere a que o Conselho possa estar corrigindo as distorções, que inclusive o próprio Ministério Público já visibilizou essa inconstitucionalidade nesses aspectos de ter instâncias de controle, CEDECA, por exemplo, que estão hoje dentro do conselho estadual, bem como proposta que foi discutida em um dos grupos, da gestão participativa, de ampliação dessa representação. Eu me preocupo, porque acho que se a gente for fazer essa discussão que não foi feita no grupo, do ponto de vista do quantitativo, não vamos conseguir avançar naquilo que nos propomos, de tentar e construir um bloco e levantando só as questões que estavam divergentes no grupo.

O Plenário já votou esse item. A Socorro fez o encaminhamento de definirmos o quantitativo e fez uma proposta, de 48 membros no Conselho

Estadual. Como também já definimos que não estaríamos trabalhando dessa forma, Socorro, creio que temos que definir o que vamos estar fazendo com essa questão, porque eu penso que vai ser todo um processo de discussão que vai ter aqui, neste Plenário, com relação a que entidades vamos ter no conselho, mas não sei se vamos ter esse tempo de estar encaminhando essa discussão aqui. Eu tenho todo interesse, acho que é importante, mas temos que refletir nesse campo.

SRA. PARTICIPANTE : Nós participamos de um dos grupos de gestão participativa e lá não foi feita essa discussão, porque foi dito que seria feita aqui, na Plenária. E um dos objetivos da conferência é exatamente essa discussão da composição do Conselho, do CESAU.

SRA. SOCORRO GONÇALVES: Querida, é verdade, mas teve dois grupos, o grupo que nós participamos, que discutiu gestão, aprovou uma proposta de alteração do Conselho, eu sinto muito, e o Plenário acatou a proposta. Agora, queria só lembrar que a lei que cria o CESAU, o parágrafo 5º de não lembro qual artigo, qualquer alteração ou modificação da composição definida, será definida em conferência estadual, convocada para esse fim. E essa conferência estava convocada, sim, para discutir composição de conselho, foi apresentado aqui no início da conferência, na abertura.

SRA. PARTICIPANTE : Eu gostaria de pedir à Mesa que tivesse um pouquinho de respeito pela Plenária! Queria parabenizar a Plenária pelo comportamento. Infelizmente ninguém pode dizer a mesma coisa da Mesa.

Eu vou colocar uma questão muito séria. Nós, que fazemos o movimento popular, a Federação Estadual das Entidades Comunitárias do Estado do Ceará infelizmente já teve assento no Conselho e foi retirada sem haver nenhuma consulta a essa federação. E hoje, nós defendemos a inclusão dela dentro do CESAU.

SR. PARTICIPANTE : Assim como a nossa companheira falou, também eu digo que através dos profissionais de saúde do nível elementar, os agentes de saúde de endemias também solicitaram, através de requerimento, um assento no CESAU. Teria que ser discutido isso aqui.

SR. PARTICIPANTE : Por uma Questão de Ordem! (Concedido). A questão 52 já foi votada? (Assentimento). Pronto, por que não vamos para a frente agora? Para o item 7? Se já foi votado o último, vamos em frente, Trabalho na Saúde. Não podemos ficar aqui até amanhã de manhã, pessoal! Muita gente tem o que fazer amanhã! Eu tenho o que fazer amanhã e várias outras pessoas também.

SRA. PARTICIPANTE : Eu gostaria, em nome do movimento popular que represento, que fosse incluído o nome da Federação de Bairros de Entidades do Estado do Ceará, Fecece, nesse conselho, que ela sempre teve assento, porque é uma federação de peso, que representa a sociedade civil, o movimento popular.

SR. PARTICIPANTE : Pessoal, eu acho que por justiça, o Sindicato dos Agentes de Saúde e Sanitaristas do Estado do Ceará, deveria ter assento no CESAU, para poder acompanhar os problemas.

SRA. PARTICIPANTE : Eu também gostaria de deixar aqui o meu protesto por não poder ter participado da votação para ir para Brasília, porque sou presidente de associação e prestadora de serviço à saúde.

SRA. PARTICIPANTE : Gente, uma Questão de Ordem! Aqui não é hora de se discutir a entidade, e sim se vai ou não haver a discussão sobre o Conselho.

SRA. LÚCIA ARRUDA: A Mesa vai fazer o encaminhamento, para tentarmos concluir: nós aprovamos essa alteração. A lei diz que qualquer modificação tem que ser em decorrência de decisões de Conferência. Eu tenho uma proposta: que reunamos um grupo...

SR. PARTICIPANTE : Olha, desde cedo que vocês dão proposta e nada é decidido, nós estamos aqui mas não vamos varar a noite para decidir. Com todo respeito á Mesa, me desculpe, mas está havendo descontrole.

SRA. TERESINHA: Por uma Questão de Ordem! (Concedido).

Gente, já vimos, pela manifestação da Plenária, a importância que tem esse tema e que todos querem se posicionar sobre ele, então, a questão de ordem é a seguinte: que ele seja abstraído do relatório, terminamos os relatórios e ele passe a ser um ponto específico, a composição do conselho, após os relatórios.

SRA. PARTICIPANTE : O meu protesto é o seguinte: eu represento a Federação da Fecramp, no Município de Caucaia, que congrega as comunidades e as federações de Fortaleza fizeram as reuniões, separaram o povo para as suas vagas e deixaram a gente de fora, está havendo exclusão social.

SR. ALEX MONT'ALVERNE: Tem uma questão de encaminhamento colocada pela Teresinha, que deve ser colocada em discussão e votação. Nós temos duas alternativas: prosseguir a leitura dos relatórios dos demais itens, e enquanto isso a Plenária tem liberdade de elaborar propostas para discussão. Quem é favorável a essa proposta, levante o crachá. Quem é favorável a que se pare a leitura e faça a discussão agora, levante o crachá. Venceu continuar leitura dos relatórios e fica ao final a discussão. É tempo que as pessoas se articulam e elaboram propostas para a composição do Conselho.

Passando ao Eixo 7, Trabalhos na Saúde.

(INSERIR A LISTA DE ITENS DO EIXO 7, TRABALHOS NA SAÚDE)

"LÊ"

Tem algumas questões que foram excluídas por um grupo e mantidas por outros, então, essas teriam que vir para decisão da assembléia. Vamos submeter à Plenária. Alternativa 1: submeter à votação tudo aquilo que pelo menos um grupo manteve; alternativa 2: tudo o que dois grupos eliminaram, eles teriam maioria e não teria votação. Quem vota na alternativa 1, levante o crachá. A maioria decidiu excluir todos os itens que apenas um grupo manteve e dois grupos excluíram.

(Opiniões paralelas da Plenária)

SRA. PARTICIPANTE : Apelo à coordenação que não atenda, que pare o atendimento para evitar esse amontoado aí na mesa à direita.

SRA. PARTICIPANTE : Tem que ser definido se este momento é de estar discutindo as propostas ou é de eleição de delegados, porque a coordenação, além de não ter conduzido direito esse processos, numa hora dessas fica fazendo eleição de delegados, que é para ser a última coisa. Eu protesto e peço o apoio da Plenária.

SR. PARTICIPANTE : Já foi feito apelo aos companheiros da coordenação para pararem com essa relação aí, agora, se os companheiros insistem, convidamos que vão para o lado de fora, façam o que têm que fazer, que a gente fica aqui e encaminha tudo, tranquilo.

SR. ALEX MONT'ALVERNE: Algumas questões foram mantidas pelos três grupos. Entendemos que na votação em bloco do relatório, elas serão mantidas ou eliminadas. Há algumas questões que foram mantidas por uns grupos e outros não, e no relatório está apontado. Há entendimento de algumas pessoas que se dois grupos eliminaram a questão, já há maioria e portanto essa questão estaria eliminada, como em bloco todas aquelas que foram mantidas por apenas um grupo. A Plenária então está sendo instada a se manifestar sobre isso. Há companheiros que entendem que isso deve ser colocado para decisão do Plenário item a item. Gostaria de submeter à votação do grupo. Quem entende que todos os itens que forma mantidos pelo menos por um grupo têm que ser colocados em votação, levantem o crachá. Os que acham que todos os itens que foram eliminados por 2 grupos já têm uma decisão de eliminação,

levante o crachá. Portanto, todas as questões que foram mantidas apenas por um grupo, foram agora eliminadas em bloco pela Plenária.

SR. PARTICIPANTE : Acabou, com esse encaminhamento errado que você deu, não tem relatório. Não tem relatório do Trabalho na Saúde, porque todos os itens foram eliminados, com seu brilhante encaminhamento.

SR. ALEX MONT'ALVERNE: No eixo 7, vamos para o Item 8. Ciência e tecnologia não tem divergência, vou fazer apenas a leitura.

(INSERIR OS ITENS DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA)

"LÊ."

(Corte na gravação)

SRA. ROGENA : Eixo 9 – Financiamento.

(INSERIR A LISTA DE ITENS DO EIXO FINANCIAMENTO)

"LÊ."

(Fazem uma pausa para se exercitarem)

SR. PARTICIPANTE : Eu estou muito feliz, porque pela primeira vez eu vi tanta cultura, tanta coisa bonita aqui em Fortaleza, porque isso é lindo, faz parte da nossa cultura, da nossa saúde. Eu também quero mostrar aqui uma frase da cultura, que também estou cantando: *Eu vou levar você para conhecer minha fazenda, vou lhe mostrar minha tenda, sei que você vai*

gostar; você vai ver o engenho moer para fazer rapadura, no sótão muita fartura surrão cheio e jaca. Lá tem mulher bonita e moça vestida de chita, usam os cabelos compridos, lá tem mulher natural. No pilão pisando milho para fubá e mungunzá e um pequeno bentevi desafiando o carcará. Depois vamos passear e cavalgar no meu cavalo vou montado na garupa no açude te banhar; ver teu corpo deitado na areia do riacho e as águas da cacheira de carreira para o mar. Lá tem mulher rendeira no tear fazendo renda e uma rede de varanda para você se balançar. Nós vamos nos deitar, dormir ao som do chocalho, acordar com a passarada num carro de boi andar, tomar leite de manhazinha na porteira do curral, queijo, coalhada e farinha e ver um vaqueiro a boiar.

Muito obrigado.

(Aplausos).

(Seguem algumas dinâmicas).

SR. ALEX MONT'ALVERNE: Eixo 9, Financiamento, o primeiro item fala em garantir a ampliação do valor do incentivo e o outro fala em ampliação do valor do incentivo para uma política de medicamentos nos três níveis, com um per capita de 2 reais para cada um. A primeira não fixa valor, a segunda fixa em 2 reais. E tem um terceiro, que fala garantir a ampliação do valor do incentivo da assistência farmacêutica, garantindo maior aporte de recursos. O primeiro e o terceiro são iguais. Na verdade é somente para assistência básica e não para os três níveis.

Em votação o item 1, que não estabelece valor. Quem defende, levante o crachá. Quem for a favor da segunda, com estabelecimento de valor, levante o crachá. Ganhou a segunda proposta.

Há um equívoco na proposta, que os 2 reais é apenas para a atenção básica, tira os três níveis de complexidade e coloca três esferas de Governo.

Item 2: Aumentar o financiamento dos recursos federal e estadual para a ação de saúde do município, incluindo a Vigilância Sanitária.

Item 2.1: Aumentar o financiamento dos recursos federais e definir recursos estaduais para as ações de saúde do município.

Em votação. Os que forem favoráveis ao item 2, levantem o crachá. Os que forem a favor do item 2.1, levantem o crachá. Aprovado o item 2.1. Eliminado o item 2.

(Corte na gravação)

... para atenção básica, com investimento em divulgação e prevenção, para que toda a comunidade carente das periferias tenham atendimento de qualidade.

A segunda versão diz: Direcionar mais recursos para a atenção básica, com mais investimento em redes de promoção e prevenção de doenças.

Em votação. Os que forem favoráveis à primeira redação, levantem o crachá. Os que forem a favor da segunda redação, levantem o crachá. Permanece a segunda redação e suprime a primeira.

Item 40: Garantir o financiamento para leitos psiquiátricos em hospitais gerais públicos.

A segunda versão não menciona públicos, portanto, em hospitais gerais, independente da natureza.

Em votação. Os que forem favoráveis à primeira redação, levantem o crachá. Os que forem a favor da segunda redação, levantem o crachá. Permanece a primeira redação e suprime a segunda.

Item 45: Garantir recursos para incluir.....

(LONGO TRECHO DA FITA EM BRANCO, SEM GRAVAÇÃO)

SR. ALEX MONT'ALVERNE: ... com quorum mínimo. A votação de moções é só aprovar ou rejeitar. Todas as moções já estão com o número de assinaturas conferidas.

Primeira moção, de apoio aos afro descendentes. Quem é contrário, levante o crachá. Moção aprovada.

Segunda: revisão do Projeto Mulher Nota 1000. A Associação das Prostitutas do Ceará solicita apoio ao Projeto Mulher Nota 1000, de prevenção

das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, apresentado ao comitê seletivo da SESA. Quem aprova a moção, levante o crachá. Quem é contrário, levante o crachá. Aprovada.

Terceira moção, de repúdio à Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza, pelo seu descaso referente à organização da atenção básica, expressa na inexistência de sequer uma equipe de saúde bucal implantada no município. Quem aprova a moção, levante o crachá. Quem é contrário, levante o crachá. Aprovada a moção.

Quarta moção, de repúdio à Secretaria de Saúde do Município do Crato, por não viabilizar a participação dos delegados. Quem aprova a moção, levante o crachá. Quem é contrário, levante o crachá.

Quinta moção, de solidariedade e cumprimento do compromisso firmado através do convênio Estado e Município para com os hospitais pólos de Baturité e Aracoiaba, defendendo solidariedade e o cumprimento do compromisso firmado no convênio. Quem aprova a moção, levante o crachá. Quem é contrário, levante o crachá. Aprovada a moção.

Sexta moção, de repúdio aos gestores, pela inadimplência dos repasses das contrapartidas municipais para aquisição de medicamentos da atenção básica. Quem aprova a moção, levante o crachá. Quem é contrário, levante o crachá. Moção aprovada.

Sétima moção, de repúdio aos serviços de saúde do SUS, ao não atendimento aos portadores de HIV. Quem aprova a moção, levante o crachá. Quem é contrário, levante o crachá. Aprovada a moção.

Oitava, de repúdio à escolha de delegados nacionais realizada ontem. Eu vou ver se entendo melhor essa e depois colocamos em votação.

Nona, de apoio à efetivação dos agentes comunitários de saúde do Ceará em atividade. Quem aprova a moção, levante o crachá. Quem é contrário, levante o crachá. Aprovada a moção.

Décima moção, de repúdio à Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, pela falta de sensibilização e de apoio à Casa do Sol Nascente, que precisa de uma subvenção há 2 anos; ela atende em regime de moradia, aos portadores de HIV, crianças portadoras e órfãos da mesma. Quem aprova a moção, levante o crachá. Quem é contrário, levante o crachá. Aprovada.

Pela implantação imediata das normas técnicas do Ministério da Saúde para atendimento a mulheres e adolescentes vítimas de violência doméstica e sexual. Quem aprova a moção, levante o crachá. Quem é contrário, levante o crachá. Aprovada.

12. Moção de repúdio à Comissão de Relatoria, por não contemplar as inúmeras propostas discutidas, votadas e aprovadas na Plenária final da Conferência Estadual de Saúde em Fortaleza. Quem aprova a moção, levante o crachá. Quem é contrário, levante o crachá. Moção rejeitada.

13. Moção de louvor à Comissão Coordenadora da IV Conferência Estadual de Saúde. Quem aprova a moção, levante o crachá. Quem é contrário, levante o crachá. Aprovada a moção.

14. Moção de pesar pelo falecimento do Sr. Antonio Borges. Quem aprova a moção, levante o crachá. Quem é contrário, levante o crachá. Aprovada.

15. Moção de repúdio à Assembléia Legislativa do Estado do Ceará por.....

(Final da gravação).

OBS.: Vinham lendo as moções e na próxima fita já estava na eleição dos delegados, portanto, não houve encaixe.

SRA. PARTICIPANTE : ... De Governo e de prestadores de serviço. Então, se não tem a vaga, um segmento de Governo pode está ocupando a vaga e se eleger um suplente. Nós já temos Delegado Suplente de Governo Nós vamos respeitar o critério que foi adotado pelo segmento. Então, nós temos lá dentro do Governo, representações que foram indicadas como suplentes. Eu li Aqui uma lista da representação de Governo. Eu gostaria de saber a Lílian, o Alex, são suplentes? (É informada que o Alex é suplente) Então, o Alex poderia estar subindo, para assumir a vaga do segmento de Governo e prestador do serviço de saúde, para completar a delegação e o segmento, e nós passarmos

para o segmento seguinte. Ele já prestou muito serviço hoje ao controle social, então, merece.

Companheiros, nós vamos estar aqui votando a representação, homologando essa representação, dos prestadores de serviços de saúde. Então, uma salva de palmas. (Aplausos). Não foi indicado Suplente de Caucaia. Nós preenchemos com o segmento que estava eleito dentro da representação.

Nós vamos agora estar passando para o segmento de profissionais de saúde. Eu gostaria também, de adotar a mesma metodologia. Flávio Feitosa, Pessoa de Carvalho, por favor; Raíza Vidal de Barros; Flávia – fisioterapeuta. Raíza é farmacêutica; Milena; Audaísa Matos Ribeiro; Lisaudo Andrade Maia; Anice Holanda Nunes Maia; Fidelarina Teixeira do Carmo; Lúcia Conde de Oliveira; Marcos Aurélio Macêdo de Souza; Reginaldo Alves das Chagas (aqui são os suplentes). Elisaudo. Essa a relação de profissionais de nível superior.

Vamos continuar chamando. Representação de profissionais de nível médio na esfera Estadual: Ana Maria Ribeiro dos Santos; Iranir Maria Soares; Jeremias Alves Mota.

Nível médio da esfera Municipal: José Josemir Alves de Oliveira; Liduína de Souza Brasil Araújo; Hélio Nunes Leite Júnior;

Trabalhadores de nível elementar: João Soares Souza; Marcos Brito Gomes; Jorge Carlos Santos da Silva.

Agentes comunitários: Maria do Rosário Fátima Souza; Helenita Paulino Soares; José Rosaldo Vieira de Oliveira; Francisca Iracema Alves de Oliveira; Nara Cristina Marques Batista.
(Aplausos)

Esfera Federal- José Antônio; Flávia e Vilene. Esse segmento de profissionais está completo. Aqui nós pedimos uma salva de palmas, como aprovação da Plenária.
(Aplausos)

Companheiros, vamos dar continuidade à eleição de Delegados usuários:

Fortaleza: Marcos Vinícius Campos e Nuaguias de Oliveira Souza.

Caucaia: Maria Moreira da Silva e José Esaul Farias.

Maracanaú: Eli Machado Mendes; Simone Rodrigues de Oliveira.

Baturité: Maria Luciene da Silva Barbosa; Venâncio Felipe dos Reis.

Canindé: Raimunda Silva do Nascimento; José Ribamar Ribeiro Souza.

Aracati: Maurileno Araújo Ribeiro; Francisco Monteiro da Silva.

Quixadá: Luiz Carlos Ribeiro de Lima; Sheila Maria Gonçalves da Silva.

Russas: Regina Maria de Menezes Diniz; Alberto Luiz de Oliveira.

Limoeiro do Norte: Jonas José da Silva(substituindo Alberto); Raimundo Nonato e Plácido Otávio.

Sobral: Maria do Socorrro Ferreira; Expedito Vidal dos Santos.

Acaraú: José Valdemir da Costa; Carlos César Carvalho.

Tauá: Maria da Conceição Cavalcante; Luiz Miguel de Oliveira.

Crateús: Barugue Rodrigues Costa; Paulo Ricardo Ferreira.

Iguatu: Antônio Aírton Gomes de Souza; Vanusa Maria Gonçalves de Amorim.

Brejo Santo: Janaildo Alencar de Oliveira; Luiz França de Freitas.

Crato: Azevedo Quirino de Souza; Patrícia da Costa Silva.

Juazeiro do Norte: Ana Joarleine Rolim Leite; José Galvão de Oliveira.

Itapipoca: Marcelo Rodrigues dos Santos; Luciene Silva Pereira.

Icó: Antônio Jorge Andrade; Paulino Vieira da Silva (estão ausentes e não elegeram suplentes).

Vamos chamar os Suplentes que estão aqui.

Tianguá- Vicente de Paula Vieira, Antônio Evaldo de Oliveira Alves.

Faltaram nesses segmentos duas representações de Icó. Então, vamos ter que completar com os Suplentes que estão aqui presentes. São 2 segmentos. Nós vamos ler as representações das entidades, vamos continuar lendo, na volta.... vamos ter que ter critério.

Representação da Pastoral da Criança: Ricardo da Silva Camisque; Inês Girão.

Indígenas: Luiz Manuel do Nascimento.

Segmentos sociais: José Olavo Oliveira.

Gênero e Meio ambiente: Zélia Franklin de Albuquerque.

Grupos vulneráveis: Rosarina de Fátima Sampaio da Silva- APOCE

Portadores de deficiências: Ana Beatriz Silva de Praxedes.

Representante dos movimentos de mulheres: Lívia Maria de Assis Gonçalves.

Jovens: Thiago Relper dos Santos Oliveira.

Patologias: Jorge Rolim de Castro.

Representação das Federações: Nós estamos com uma complicação aqui. Tem a Fetrace; a Fetraece e a Secece. Vamos ter que entrar os 3 num consenso, porque o Apolônio está aqui. Os 3 vão entrar numa discussão, porque o Apolônio ontem, quando apresentou, ele era o titular e a Leonarda Suplente e a Fecece não estava presente à discussão. Então, nós vamos ter que resolver aqui esse problema desse segmento.

Então, companheiros o segmento das Federações, o Titular que foi apresentado ontem, depois da discussão, foi o Apolônio, que é representação da Fetraece, dos Trabalhadores da Agricultura.

Companheiros, quem não preencheu a ficha de credenciamento na 12ª conferência, depois me procurem, porque o credenciamento vai ser feito aqui. Em Brasília vocês só vão receber o crachá e o material de vocês; o credenciamento tem que ser no próprio Estado. Então, nós gostaríamos de estar decidindo aqui com rapidez essa questão.

Estou sendo comunicada que Tianguá já resolveu o problema. Então, é o Leandro.

Companheiros, isso aqui foi por microrregião. Então, completa a Fetraece, o José Apolônio Soares dos Santos- Titular da representação e a Leonarda será a Suplente do Segmento da representação das entidades- Federações dos Trabalhadores da Agricultura, do Comércio e da Secece. Nós

estamos com um segmento aberto em ainda, de usuário, da Região do Icó, que não elegeu o Suplente. Estamos com essa micro prejudicada. Não tem como resolvermos esse problema.

Vamos aplaudir aqui os companheiros que estão. (Aplausos). Nós votamos agora o segmento dos usuários, fechamos.

Vamos estar votando agora, a representação de observadores, que vão estar em Brasília. São 10 observadores que deverão estar em Brasília também, acompanhando os trabalhos da 12ª conferência. Isabel Maria Salustiano Arruda Porto; Cléber Nogueira; Vicente de Paula Batista de Souza;

Profissional de Saúde: Manuel de Moacyr Bitu; Marcílio Sampaio Santos;

Usuários- Eliseu Xavier Pinheiro Neto; Luiz Augusto Nascimento; Lúcia de Fátima Queirós de Oliveira.

Companheiros, onde estão os observadores? Está faltando o Bitu, Eliseu Xavier está aqui; Luiz augusto; Lúcia de Fátima Queirós; Francisca Lívia; Horácio Lima; Maria da Conceição Alves; Sabino;

Os Suplentes são: Rui Darlan Gonçalves;

Profissional de Saúde: José Eduardo; Denilson e Jarlene; Marcílio Sampaio dos Santos. Marcílio não está, o Bitu não está.

Então, companheiros, nós vamos ter que completar a delegação com as representações.

Profissional de Saúde: Ana Porto; José Eduardo; o usuário Denilson e Jaslene Queiroz. O Frederico.

Então, companheiros, aqui tem que ter 10: Isabel, Cléber, Vicente de Paula, Moacyr sendo substituído pela Ana e o Frederico; Aldo Marcílio; Ana Porto; o usuário, Eliseu, o Luiz Augusto Nacimento; substituído pela Maria Lívia e Lúcia de Fátima Queiroz; Maria da Conceição Alves Sabino e o Rui Darlan, do segmento de Governo que está completo, aí você fica na suplência.

Então, todos os representantes, os 10 observadores à Brasília estão aqui. Nós pedimos uma salva de palmas para os companheiros.(Aplausos).

Nós gostaríamos de estar concluindo esta conferência, pedindo uma salva de palmas para todos aqueles que resistiram, até duas horas da manhã. Então, todos nós somos heróis.

Mais uma vez comunicar que aqui não tem nenhum representante de Icó.

Parabéns a vocês. Vocês vão receber nas micros o certificado companheiros, que vão ser encaminhados para elas, porque não teve como estarmos distribuindo individualmente aqui. Quem não preencheu a ficha de credenciamento na conferência, tem que preencher, para podermos encaminhar para a 12ª conferência, credenciando vocês, automaticamente.