

1 **CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE'**

2 **ATA: Nº 023/2017**

3 **DATA: 26 DE OUTUBRO DE 2017**

4 **Sra. Mirtha da Rosa Zenker (Associação de Terapia Ocupacional do Rio Grande do Sul**  
5 **– ATORGS e Coordenadora do CMS/POA)** – Hoje é a pauta única. Audiência pública sobre  
6 a nova PNAB, é a Política Nacional da Atenção Básica no contexto da saúde de Porto Alegre.  
7 **Faltas Justificadas:** 1) Roger dos Santos Rosa; **Conselheiros Titulares:** 1) Adair Araujo de  
8 Oliveira, 2) Adriana da Silva, 3) Alcides Pozzobon, 4) Aloísyo Schmidt, 5) Alzira Marchetti  
9 Slodkowski, 6) Ana Paula de Lima, 7) Camila Pereira Alves, 8) Eduardo Karolczak, 9) Erno  
10 Harzaheim, 10) Gilmar Campos, 11) Jair Gilberto dos Santos Machado, 12) Jairo Francisco  
11 Tessari, 13) Jandira Roehrs Santana, 14) Janice Lopes Schiar, 15) João Alne Schamann  
12 Farias, 16) Marcia Maria Teixeira Ferreira, 17) Maria Angélica Mello Machado, 18) Maria Eronita  
13 Sirota Barbosa Paixão, 19) Maria Leticia de Oliveira Garcia, 20) Maria Lucia Shaffer, 21) Mirtha  
14 Rosa Zenker, 22) Nelson Lopes Khalil, 23) Oscar Rissieri Paniz, 24) Ricardo Freitas  
15 Piovesan, 25) Rodrigo Bolico, 26) Rosa Helena Cavalheiro Mendes, 27) Rosemari Souza  
16 Rodrigues, 28) Salete Camerini, 29) Thiago Frank. **Conselheiros Suplentes:** 1) Andre Wander  
17 Bonamigo, 2) Gilson Nei da Silva Rodrigues, 3) Guilherme Borges Vilar, 4) Jorge Luiz  
18 Mendes, 5) José Helio Castalunga, 6) Julio Cesar Jesien, 7) Rosângela Lima, 8) Valdemar de  
19 Jesus da Silva, 9) Vera Regina Puerari. Então nós agradecemos então a presença de todos,  
20 vou apresentar então a mesa, que já compôs. Hêider Aurélio Pinto, médico sanitário, mestre  
21 em saúde coletiva e doutorando em políticas públicas, atuou na gestão da atenção básica nas  
22 três esferas de governo. E recentemente coordenou nacionalmente o programa Mais  
23 Médicos. Atualmente é membro do Conselho Nacional de Saúde. Ele vai fazer então a  
24 palestra sobre a Política Nacional da Atenção Básica. Márcia Rosana Cabral Bento,  
25 Promotora de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos da Saúde de Porto Alegre. Romano  
26 Scapin, Auditor Público Externo de Porto Alegre, Tribunal de Contas do Estado. Sueli Góe  
27 Barros do Conselho Nacional de Saúde. Cláudio Augustin, Conselho Estadual de Saúde.  
28 Quem está representando o Secretário Erno é o Thiago Frank, que é o Coordenador da  
29 Atenção Básica da Secretaria Municipal de Porto Alegre. **Sr. Thiago Frank (Secretaria**  
30 **Municipal de Saúde – SMS)** – Mas o Erno vai chegar em seguida. **Sra. Mirtha da Rosa**  
31 **Zenker (Associação de Terapia Ocupacional do Rio Grande do Sul – ATORGS e**  
32 **Coordenadora do CMS/POA)** – O Erno vai chegar, vai compor a mesa, ele está vindo de  
33 Brasília e o voo dele ocorreu um atraso. Então a metodologia que nós vamos utilizar então  
34 hoje vai ter 20 minutos da apresentação da Política Nacional da Atenção Básica, de até 10  
35 minutos então a fala dos demais componentes da mesa. E o Secretário Erno se chegar a  
36 tempo, então vai fazer a fala então do fechamento de 20 minutos. Na fala do Secretário Erno  
37 ou do Thiago, vai ser recolhido então 13 inscrições. Seis inscrições dos conselheiros  
38 municipais, a mesa vai responder, e depois sete para os demais membros desta plenária  
39 audiência pública. Então aí vai ter dois blocos então de respostas. E a partir daí nós vamos  
40 abrir para encaminhamentos desta audiência pública. Então essa audiência pública foi  
41 encaminhada no plenário do Conselho Nacional de Saúde pelo fato de ter várias pautas que  
42 estão acontecendo na cidade de Porto Alegre. Então foi encaminhada esta proposta de  
43 audiência pública. Então de imediato eu passo a palavra para o Hêider Pinto, então que terá  
44 20 minutos então para sua fala. **Sr. Hêider Aurélio Pinto (Conselho Nacional de Saúde)** –  
45 Boa tarde a todas e a todos. Queria em primeiro lugar agradecer, cumprimentar todos os  
46 membros da mesa. Agradecer o convite do Conselho Nacional de Saúde e vou acelerar aqui  
47 para poder fazer no tempo dos 20 minutos. Tem uma apresentação que está ali olha. Mirtha  
48 segura o tempo aí. Não tem um aparelhinho para passar né? Senão eu passava. Gente, olha  
49 só, eu fiz uma apresentação que ela vai trazer um pouco do contexto da Política Nacional da  
50 Atenção Básica, essa política que está em vigor agora. Fala um pouco das mudanças dessa  
51 política analisando algumas das suas consequências e tem uma conclusão. Isso tudo foi  
52 montado para o nosso tempo né? Tá bom. Pode passar Thiago. Aqui é só a gente lembrar o  
53 que esses dois modelos estão em disputa nesse contexto, eu acho que a Sueli vai falar um  
54 pouco mais disso né Sueli? Antes do Sistema Único de Saúde a gente tinha uma situação

55 onde o adoecimento ele era entendido como uma necessidade ou um problema individual,  
56 esse elemento é muito importante para a gente poder analisar. Então para acessar o serviço  
57 de saúde, era necessário pagar por esse serviço. Ou se pagava diretamente, ou se pagava  
58 antecipadamente por meio de um plano de saúde, ou você contribuía fazendo uma lógica de  
59 co-pagamento com o empregador e com o estado na lógica do antigo INAMPS, uma lógica  
60 contributiva, ou você contaria se não tivesse jeito de pagar nessas formas, você contaria para  
61 a caridade da santa casa, hospitais filantrópicos e etc. A constituição de 88, então uma  
62 conquista fruto da luta do povo brasileiro, a saúde como direito e dever do estado garantiu  
63 alguns princípios fundamentais. Universalidade, gratuidade e acesso ao sistema para toda  
64 população brasileira. Integralidade, integrando o que eram as ações de saúde pública onde o  
65 problema era entendido como um problema da sociedade, em especial as epidemias, os  
66 riscos de contaminação feitos pelo Ministério da Saúde mais das ações assistenciais do  
67 INAMPS, integralidade no sentido de perceber o sujeito integralmente, via psicossocial,  
68 cultural, familiar, etc., e integralidade no sentido de juntar ações de promoção da saúde e  
69 prevenção das doenças, recuperação e reabilitação. Além disso, a cada um conforme sua  
70 necessidade, o princípio da equidade, e a descentralização e participação popular e controle  
71 social como princípio do sistema de saúde cravados na nossa legislação. Uma sociedade, a  
72 ideia do SUS está dentro de uma ideia de uma sociedade minimamente generosa e mais  
73 justa. Então ela parte do princípio de você não ter só a visão dos direitos individuais, mas  
74 pensar quais necessidades vão ser assumidas como política pública, então os direitos  
75 sociais, parte da ideia de que alguns problemas do indivíduo são assumidos como  
76 necessidade de questões sociais, parte da ideia de você somar aos direitos civis, os direitos  
77 políticos, os direitos sociais. Neste caso algumas sociedades elas propuseram que alguns  
78 elementos que colocam a vida do sujeito em risco ou trazem imprevisibilidade para a vida  
79 desse sujeito, ou que diferenciam os sujeitos ao longo da vida por terem nascido rico ou  
80 terem nascido pobre, elas precisam de ação do estado. Exemplos delas: saúde e algumas  
81 condições limitantes que dificultam a pessoa no trabalho, educação e proteção ao  
82 desenvolvimento para que o que mais determine a vida e a renda da pessoa não seja a  
83 família que ela nasceu. A aposentadoria e proteção ao envelhecimento, porque a pessoa  
84 trabalhou a vida inteira, ela precisa ter condições de seguir a vida dela depois da  
85 aposentadoria de maneira digna, trabalho e apoio ao desemprego, que não pode uma  
86 situação de desemprego resultar na falência ou empobrecimento de uma pessoa da família.  
87 Não estou falando aqui de países socialistas, nem de países sociais democratas, estou  
88 falando aqui da Inglaterra no pós-guerra, um país que sempre foi liberal, mas assumiu os  
89 direitos sociais mínimos para garantir uma sociedade como eu estou dizendo ali,  
90 minimamente generosa. Um golpe na democracia e na saúde do país acontecido em 2016,  
91 traça uma agenda que é um projeto neoliberal que começa a ser implementado no Brasil  
92 mesmo tendo sido rejeitado nas eleições. Ele é contra a constituição de 1988, que elementos  
93 da constituição? Fundamentação o ataque a seguridade social, previdência, a proposta da  
94 previdência ta pautada pelo congresso, saúde a gente tá vendo, e eu vou falar mais disso. A  
95 assistência social com redução de várias ações da assistência social, e garantia dos direitos  
96 dos trabalhadores. A saúde então volta do ponto de vista da concepção a ser tratada  
97 fundamentalmente como mercadoria que precisaria ser comprada, como regra. E para quem  
98 não pode comprar, a focalização do sistema de saúde. A destruição dos direitos de  
99 conquistas da constituição de 88 elas são várias, o projeto de lei que virou a emenda  
100 constitucional, acabei de esquecer o nome dela agora, 89, que é a emenda constitucional do  
101 teto de gastos por 20 anos, nenhum país do mundo fez isso, o Brasil é pioneiro negativo  
102 nesse aspecto. Sairemos de 1,5% do PIB gasto em saúde no governo federal para número de  
103 1% do PIB que nos coloca em igual medida, apenas quatro países do mundo, três deles no  
104 Oriente Médio. Aqui algumas matérias de jornal: deputados congelam verba de saúde e  
105 educação por 20 anos, Associação de Juízes vê retrocesso de 200 anos com a reforma  
106 trabalhista; Maia defende fim da estabilidade dos servidores públicos, para a gente ter um  
107 pouco a ideia desse ataque aos direitos dos trabalhadores, a seguridade social. Ao mesmo  
108 tempo a saúde de Temer nessas perspectivas neoliberais, vou chamar um pouco a atenção

109 disso, é o serviço público para quem não pode pagar, a ideia é: serviço público para quem  
110 não pode pagar, realizado por prestadores privados. Então esse cidadão que não pode pagar,  
111 ele não teria que despende o dinheiro diretamente, o serviço seria gratuito garantido pelo  
112 estado, mas prestado pelo setor privado. O desmonte do SUS empurrando os usuários e  
113 trabalhadores para o mercado privado. A ideia é de um máximo de qualidade e um tempo de  
114 espera que convença ou motive todo mundo que tem alguma reserva a comprar o serviço em  
115 vez de usar o serviço público. A solução para isso então, planos precários de saúde,  
116 chamados de planos acessíveis, foram regulamentados, as clínicas populares, um dos  
117 negócios que mais cresce no Brasil, por exemplo, uma grande empresa que se chama Dr.  
118 Consulta que está explorando fortemente o mercado em São Paulo e no Rio de Janeiro via  
119 desmonte da administração do serviço de saúde público, e a precarização das relações de  
120 trabalho com terceirização e a reforma trabalhista. Aqui algumas falas, eu não preciso falar  
121 pelo ministro, ele fala muito nos meios de comunicação, então para o ministro a  
122 universalidade com integralidade é impossível, o tamanho do SUS precisa ser revisto, diz o  
123 novo ministro da saúde. Ministro da saúde defende plano privado de saúde popular para  
124 aliviar o SUS. Ministro diz que governo não aumentará recurso para a saúde. A ANS autoriza  
125 reajuste de 13,75% nos planos. O novo ministro da saúde disse segunda que em algum  
126 momento o país não conseguirá mais sustentar os direitos que a constituição garante. O  
127 desmonte em curso se traduz em algumas medidas de operacionalização desse desmonte.  
128 Se vocês quiserem ver um pouco o desenho que se projeta do Brasil, eu recomendo três  
129 documentos: dois documentos da instituição do PMDB que é o Instituto Ulysses Guimarães  
130 que tem lá a ponte para o futuro e travessia social, que faz um pouco o desenho das políticas  
131 sociais nessa modelagem. E um outro recentemente agora que é o relatório de um grupo  
132 chamado coalizão saúde, que é um grupo que se reúne em São Paulo, e ele tem grande  
133 parte do PIB e do mercado privado em saúde fazendo formulações com as políticas públicas.  
134 É isso que o ministro tem seguido. O congelamento então do investimento em saúde até 2036  
135 desregulamentação e desmonte da Política de Atenção Básica e de Saúde Mental, nós  
136 vamos aprofundar hoje na atenção básica, desregulamentação do financiamento onde a  
137 principal ação da desregulamentação do financiamento chamada de unificação dos blocos de  
138 custeio e bloco de capital, que é o modo como o ministério repassa o recurso, a ideia é que  
139 seja mais ou menos o seguinte: eu nada lhe dou, mas também nada lhe caberei, corte,  
140 portanto onde você quiser. Então é essa a linha da mudança do financiamento do ministério  
141 se eu tivesse que traduzir em uma frase só. O caso então da Política Nacional da Atenção  
142 Básica. O motivo maior da PNAB, vocês vão achar vários, motivos técnicos, de política  
143 pública, o que é que ela agrega do ponto de vista incremental. Mas se você deixar o texto da  
144 PNAB, se você concentrar no que ela muda de norma, portanto que tem impacto na  
145 regulação no financiamento e na indução das políticas públicas de saúde, você vai identificar  
146 que as mudanças elas são presididas por essa lógica: foco onde o gasto pode ser reduzido.  
147 Com o gasto podendo com aprovação da unificação dos blocos, um dinheiro que deixe de ser  
148 usado na atenção básica, ele passa, portanto a poder ser usado, por exemplo, na urgência,  
149 na atenção hospitalar, na contratação de cooperativas, de empresas em qualquer nível de  
150 atenção. Ataca diretamente os agentes de saúde, e aí tem um foco claro que várias vezes o  
151 Ministro e o CONASEMS disse que era inegociável que era justamente o desregramento da  
152 obrigatoriedade de agentes comunitários de saúde na PNAB. Também a unificação dos  
153 agentes de combates a endemias com os agentes comunitários de saúde, mas os efeitos são  
154 também para a saúde bucal, os efeitos são para todos os demais trabalhadores. A atenção  
155 básica então que é um conjunto de princípios essenciais, acesso com qualidade, acolhimento,  
156 vínculo, longe finalidade do cuidado, responsabilização, resolutividade, etc., ela não adianta  
157 só escrever na portaria os princípios, ela precisa de financiamento e diretrizes organizativas  
158 que consigam fazer com que esses subsídios sejam implementados em cada um dos lugares.  
159 Para isso ela precisa de ter equipe multiprofissional, ação do território, possibilitar a ação do  
160 território para que não seja só o lugar, ao exemplo do que eram os postos de saúde na  
161 década de 80, ou organização enquanto equipe, precisa ter tempo para fazer reunião de  
162 equipe, tempo de dedicação desses profissionais para gerar vínculo com a equipe e vínculo

163 com esses usuários, formação adequada, o enfermeiro, o médico de família em comunidade,  
164 entre outras questões. O Conselho Nacional de Saúde no caso da Política Nacional da  
165 Atenção Básica em 2011, a PNAB que estava vigente, tem uma resolução no conselho que é  
166 a Resolução 439 de abril de 2011 que ela foi a norteadora da Política de Atenção Básica a  
167 partir de 2011. Foi essa resolução, por exemplo, que indicou elementos que exemplo:  
168 mudanças do financiamento no próprio ano de 2011, depois da resolução, portanto depois de  
169 abril, a criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso à Qualidade que já permite  
170 financiar equipes que não são equipes de saúde da família, contanto que elas mostrem que  
171 elas conseguem atingir resultados e ter princípios, conforme a estratégia de saúde da família.  
172 E o Mais Médicos que foi lançado em 2013, embora o PROVAB era na mesma linha da  
173 resolução do conselho e foi lançado no final de 2011. Além disso, o que acontece nesse  
174 momento é o oposto, o controle social, o Ministério da Saúde negou acesso ao Conselho  
175 Nacional de Saúde, eu faço parte do grupo de trabalho da atenção básica no Conselho  
176 Nacional de Saúde, o grupo de trabalho só recebeu informalmente a portaria no dia que a  
177 portaria foi apresentada na CIT. Também só recebeu um dia antes dela ser publicada a  
178 versão pós-consulta pública. O resultado da consulta pública foi anunciado antes da consulta  
179 pública terminar, ela terminou na sexta e a entrevista coletiva foi na quinta-feira. E, além  
180 disso, além de não ter respeitado as resoluções vigentes e as recomendações atuais do  
181 conselho, ela contraria a Lei 141, ela redefine critério de financiamento de rateio sem ouvir o  
182 controle social. E a gente por isso tem visto uma grande mobilização do controle social no  
183 país inteiro, a exemplo aqui agora do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, mas em  
184 todo país debatendo isso e questionando a atual Política de Atenção Básica, conteúdo e  
185 forma. A PNAB então reduz radicalmente a necessidade de agente de saúde. Por quê?  
186 Primeiro que ela aponta para a única ação do território, tentando fazer com que não se  
187 unifique só o território, com unifique o trabalho e também o trabalhador, para que o agente de  
188 combate as endemias possa fazer a mesma atividade do agente comunitário de saúde. Não  
189 vai dar tempo de discutir aqui, mas a gente poderia analisar com experiências exitosas e  
190 catastróficas dessa tentativa de integração dos dois trabalhadores. Trabalhar junto é uma  
191 coisa, unificar o trabalho do trabalhador é outra coisa. O que mantém o número de agentes  
192 no Brasil hoje, hoje nós temos em torno de 248 mil agentes comunitários de saúde, e  
193 aproximadamente 60 mil agentes de combates as endemias, o que mantém o número de  
194 agentes comunitários de saúde hoje é justamente a obrigatoriedade na equipe de saúde na  
195 família de ter no mínimo quatro agentes comunitários de saúde. E também a obrigatoriedade  
196 de cobrir 100% da população do território. Isso faz com que a gente tenha uma média de seis  
197 agentes comunitários de saúde em cada equipe de saúde da família. Pois bem, a PNAB  
198 acabou com essas obrigações, o efeito esperado então é obviamente uma redução drástica  
199 no número de agentes e as consequências é ter que esperar na estratégia de saúde da  
200 família e na saúde da população. A PNAB também encerra 20 anos de priorização da  
201 estratégia de saúde da família, que começou lá no primeiro governo de Fernando Henrique  
202 Cardoso com o Ministro Adib Jatene, a partir de experiências que aconteceram em  
203 municípios, em especial municípios do nordeste. Um financiamento em estímulo ao não  
204 modelo, porque não está se propondo financiar um outro modelo, aliás, um modelo  
205 específico, está se propondo a financiar o que não é equipe de saúde da família, mas não há  
206 uma definição de que modelagem é essa, é simplesmente o que não é equipe de saúde da  
207 família. É a exigência mínima, e não tem contornos, é uma exigência de três profissionais  
208 para cada profissão, eu posso ter, por exemplo, numa equipe para atender uma população de  
209 3 mil pessoas, eu posso ter três médicos, não precisa dar a formação deles, eu posso botar,  
210 por exemplo, três ginecologistas, lógico que não vai ser inteligente da minha parte, mas se eu  
211 quiser eu posso botar três ginecologistas para poder cuidar de uma população de 3 mil  
212 pessoas. Posso colocar três enfermeiros e posso colocar três técnicos de enfermagem.  
213 Contanto que o que faz a carga horária menor, faça no mínimo 10 horas, e que a soma dos  
214 três chega em 40 horas, essa equipe ela é validada pelo Ministério da Saúde e ela passa a  
215 ser, passaria a ser financiada. Então a ideia é quando você compara estratégia de saúde da  
216 família e este não modelo, há uma vantagem comparativa nesse modelo, simples, porque

217 eles estão prevendo pagar pelo menos a metade da equipe de saúde da família. O gestor que  
218 vai fazer a conta imediata do gasto, ele faz o seguinte, eu vou tirar todos os seis agentes  
219 comunitários de saúde da equipe. O que ele vai ter de compensação entre o gasto e o que  
220 recebe do ministério, já paga a equipe que não é estratégia de saúde da família. Então eu  
221 posso simplesmente falar olha, essa equipe de saúde da família aqui, agora deixa de ser  
222 equipe de saúde da família, ela vai ser uma equipe não saúde da família, equipe de atenção  
223 básica tradicional. Somada a piora do financiamento, mesmo gestores comprometidos com a  
224 atenção básica, serão pressionados pelo secretário de fazenda, pelo prefeito, na reunião da  
225 Associação dos Municípios, a fazer uma substituição que economize recursos. Aqui uma fala  
226 do Luiz Facchini, grande professor, inclusive aqui do estado do Rio Grande do Sul pela  
227 Universidade Federal de Pelotas, que é o Coordenador da Rede de Pesquisas em Atenção  
228 Primária a Saúde. Na última década multiplicaram-se os estudos que evidenciam a maior  
229 capacidade da estratégia de saúde da família em efetivar os atributos a atenção básica  
230 integral, melhorando o desempenho do serviço e produzindo impacto positivo na saúde da  
231 população, com vários indicadores, como a redução de mortalidade infantil, cardiológica,  
232 cerebrovascular e das internações por condições sensíveis de atenção primária. O próprio  
233 Ministério da Saúde dispõe de dados que mostram que não é custo efetivo financiar o modelo  
234 não estratégico de saúde da família. Porque os estudos mostram também que além dela ser  
235 menos adequada para a transição epidemiológica, envelhecimento da população, aumento  
236 dos problemas crônicos, problemas relacionados à saúde mental e etc., o mínimo do mínimo  
237 que é exigido para participar do PMAQ, então para entrar no PMAQ – Programa de Melhoria  
238 do Acesso da Qualidade, quando não é equipe de saúde da família, você precisa preencher  
239 critérios que são o mínimo do mínimo. Ter a territorialização, saber quem é aquela população,  
240 ter uma composição de profissionais suficiente para atender aquela população. Pois bem,  
241 90% das equipes não saúde da família do Brasil não conseguiram atingir o mínimo do mínimo  
242 para participar do PMAQ. Daqueles 10% que conseguiram participar, então vamos  
243 transformar agora o 10% em 100%, só 5% conseguiu atingir o melhor desempenho do  
244 PMAQ, 49% foi desclassificado do programa. Então nós estamos falando o seguinte, de  
245 100% das equipes de saúde da família do Brasil, das equipes não saúde da família do Brasil,  
246 só 10% conseguiu participar do PMAQ e só 0,5% conseguiu ser avaliado no melhor grau, e  
247 5% foi desclassificado. Consequências do retrocesso aos anos 80 né. Sem expansão com  
248 substituição da estratégia de saúde da família, o mesmo vai acontecer com a equipe de  
249 saúde bucal, que para expandir a saúde bucal você precisa ter as equipes de saúde da  
250 família. Se você começa a substituir a equipe de saúde da família por equipe tradicional, você  
251 não tem incentivo para implantar equipe de saúde bucal. Retrocesso nos princípios da  
252 atenção básica e tendência a voltar para um criticado modelo da consulta, clássico dos  
253 anos 80, modelo da queixa-conduta que você tem um monte de pronto-atendimento em  
254 vários lugares, a título de atender a pessoa o mais rápido possível como se fosse, se  
255 tivéssemos todos no Mc' Donalds. Demissão e/ou precarização dos trabalhadores, padrão de  
256 baixa qualidade em prol dos planos de clínicas populares, começa crescer clínicas populares  
257 no entorno dos serviços de saúde que passam a não conseguir atender mais a população,  
258 liberação funcional de horas de trabalho, isso é pensado do ponto de vista do mercado, um  
259 médico que vai atuar lá na periferia, agora ele pode negociar, vai passar a poder negociar a  
260 hora que chegar 7h, 8h, em vez de sair meio-dia, atender 12 fichas, sai as 10h30, aproveita,  
261 vai na clínica popular do lado e atende algumas consultas além de a gente aumentar os  
262 riscos de promiscuidade na relação do público com o privado. Exemplo olha, aqui eu não  
263 consigo, mas se você for aqui na clínica do lado, aí eu consigo solicitar isso para você, ou na  
264 clínica do lado, olha, aqui fica caro para você, se você não tem dinheiro, eu vou trazer aqui o  
265 receituário do público, aí eu te passo o exame que você faz lá também. A PNAB abre espaço  
266 para um perigoso pacote básico que complementaria o modelo de Barros. Então a legislação  
267 do SUS hoje o mínimo é: a atenção básica é a integralidade e a universalidade, tem que  
268 atender toda a população, fazendo o máximo possível para resolver os problemas, e  
269 encaminhando no caso de outro problema que não seja resolvido, a gente rebaixaria o  
270 mínimo, porque na necessidade de contemplar todo país, ela vai precisar e eu não vou ter

271 tempo de explicar isso, mas ela vai precisar ter um padrão menor do que aquele mínimo do  
272 mínimo do PMAQ, que aquele mínimo do mínimo do PMAQ ele é calculado em cima de 90%  
273 das equipes do país, e esse padrão teria que ser para 100%. Assim o prefeito e o secretário,  
274 só vai precisar fazer o mínimo, porque ele só vai ter o cálculo nacional de fazer o padrão  
275 avançado se ele julgar que sair do mínimo, ou fazer a mais que o mínimo é compensado pelo  
276 recurso a mais que o ministério vai passar, o que não é verdade. Então a tendência vai ser  
277 jogar todo mundo para o tal do padrão mínimo. Concluindo então. Um dos motivos de eu ter  
278 vindo para cá foi para a Mirtha não poder me chutar ali na canela. Concluindo. O que eu  
279 quero concluir? A PNAB é parte de um processo que é o maior ataque a saúde pública desde  
280 a criação do SUS, sem dúvida alguma, inclusive declaradamente. É a desregulamentação do  
281 financiamento, cortar gastos da atenção básica e remanejar, e ataque a universalidade e  
282 integralidade. Repasse de tudo que for possível ao mercado, na condição de prestador de  
283 serviços. É parte importante dos usuários do SUS como clientela ao mercado,  
284 desregulamenta a saúde suplementar, faz os planos precários e estabelecimento de um  
285 padrão de baixa qualidade e demora do público. Repasse de parte da capacidade do SUS ao  
286 mercado, leitos privatizados e carga horária dos trabalhadores. É também, porém como nem  
287 tudo é catástrofe, temos em vez de ficar imóveis diante essa situação, a gente tem que  
288 reforçar as nossas convicções e aprimorar a nossa luta. Sempre é possível lutar, resistir. A  
289 Federação Nacional dos Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde, por exemplo, eles  
290 entraram na justiça contra a PNAB, justamente por ter desrespeitado a 141, ter desrespeitado  
291 as resoluções e o controle social. O controle social vem fazendo debate no país inteiro, falei  
292 disso no início, então um exemplo aqui que estamos exatamente num debate. Ministérios  
293 Públicos, Ministérios Públicos dos Estados, Ministério Público Federal, Ministério Público do  
294 Trabalho, tem debatido os prejuízos da mudança e identificado o modo de ação. Tem dois  
295 decretos legislativos no congresso para derrubar a PNAB, um no Senado e outro na Câmara  
296 dos Deputados já assinado por 10 partidos, a PNAB mantém o dispositivo que o controle  
297 social local deverá usar, que é o último slide. Só pode se o Conselho Municipal aprovar. Está  
298 escrito lá, eles não mudaram isso na PNAB anterior. Para solicitação de credenciamento dos  
299 serviços e todas as equipes que atuam na atenção básica, deve-se obedecer os seguintes  
300 critérios: elaboração da proposta de projeto de credenciamento das equipes que atuam na  
301 atenção básica. Se o conselho quiser pode ser equipe a equipe. A proposta de projeto de  
302 credenciamento das equipes que atuam na atenção básica deverá está aprovada pelo  
303 respectivo conselho. Se não ser aprovado pelo conselho, o ministério não pode habilitar, não  
304 pode passar recursos. Agradecemos ao esquecimento de não ter tirado isso da PNAB né.  
305 Mais do que nunca é tempo do cenário tá forte, sem descanso pelo SUS e sociedade que  
306 queremos, com todos os valores, princípios organizativos e elementos que fazem a gente  
307 acreditar no Sistema Único de Saúde, equânime, inclusivo e generoso. Acho que é isso,  
308 pronto. Eu vou botar essa apresentação no blog, então quem quiser baixar depois, até  
309 amanhã de manhã já está lá para vocês poderem baixar. Está bom? Obrigado gente, eu  
310 quero agradecer pelo convite, obrigado. **Sra. Mirtha da Rosa Zenker (Associação de**  
311 **Terapia Ocupacional do Rio Grande do Sul – ATORGS e Coordenadora do CMS/POA) –**  
312 Agradeço Hêider pela rapidez da apresentação e com grande qualidade. Nos agraciou então  
313 por toda essa explanação. Passo a palavra então para a Dra. Márcia Cabral Bento. **Sra.**  
314 **Márcia Rosana Cabral Bento (Defesa dos Direitos Humanos da Saúde de Porto Alegre)**  
315 – Boa noite a todos. Meu nome é Márcia Bento, eu sou Promotora de Justiça de Defesa dos  
316 Direitos Humanos de Porto Alegre, do Núcleo da Saúde. Essa audiência hoje é para se  
317 discutir a nova PNAB, entretanto eu vim para ouvir, porque é uma portaria recente, mas  
318 realmente tomamos conhecimento e ainda estamos discutindo no âmbito do Ministério  
319 Público as mudanças. E aguardando com certa expectativa o que é que na prática isso  
320 representará na atenção básica de Porto Alegre. Então hoje eu não vim explicar sobre a  
321 nova PNAB, vim apenas apresentar o trabalho que é feito na Promotoria e ouvir as outras  
322 ponderações, a palestra do Dr. Hêider, muito esclarecedora. E das demais pessoas que hoje  
323 vão se manifestar, inclusive a administração municipal. Na Promotoria de Justiça de Defesa  
324 dos Direitos Humanos há três promotoras no Núcleo da Saúde. Eu particularmente trabalho

325 para uma atenção básica, e nós viemos acompanhando todas as dificuldades na transição da  
326 nova administração. E a forma de trabalho da promotoria é a seguinte, nós recebemos  
327 denúncias de irregularidade na prestação de serviços, instauramos investigações. Na atenção  
328 básica essas investigações dizem respeito na maior parte dos casos sobre questões de  
329 infraestrutura, deficiência de pessoal e má qualidade de atendimento. Com essas  
330 investigações nós normalmente realizamos vistorias nas unidades de saúde, com as equipes  
331 de saúde da família, quando elas estão instaladas. Fazemos reuniões nos conselhos  
332 municipal, distrital e local das unidades. E muitas reuniões também com a Secretaria  
333 Municipal de Saúde, principalmente, e com a Secretaria Estadual de Saúde quando políticas  
334 públicas que tem que ser revistas, ou que apresentam alguma deficiência. E atualmente  
335 existem aproximadamente 170 investigações em andamento que dizem respeito às unidades,  
336 aos pronto-atendimentos, a UPA, Zona Norte. E a nova PNAB causa uma preocupação na  
337 medida em que todas as questões que vêm sendo acompanhadas e cujos projetos estão em  
338 desenvolvimento, podem sofrer um impacto. E claro que isso é uma preocupação também do  
339 Ministério Público na medida em que o interesse do Ministério Público é que o serviço de  
340 saúde seja prestado de forma adequada. E atualmente nós estamos vivendo um momento  
341 em que muitas mudanças estão acontecendo no país. E algumas medidas como o  
342 congelamento dos recursos pelos próximos 20 anos, necessariamente vão ter um impacto na  
343 prestação dos serviços de saúde, de forma que há uma mobilização também por parte do  
344 Ministério Público para tomar as medidas que entende adequadas. Por exemplo, hoje no  
345 Supremo está sendo julgada a ação questionando esse congelamento dos gastos pelos  
346 próximos 20 anos. Então a minha fala aqui hoje é justamente apenas para apresentar o  
347 trabalho da promotoria e para ouvir os questionamentos e as preocupações de todos os  
348 profissionais de saúde, dos conselhos: nacional, estadual, municipal, distrital, local. Todos os  
349 agentes que atuam na saúde de Porto Alegre na atenção básica. Muito obrigada. **Sra. Mirtha**  
350 **da Rosa Zenker (Associação de Terapia Ocupacional do Rio Grande do Sul – ATORGS**  
351 **e Coordenadora do CMS/POA) –** Conselho Municipal de Saúde tem uma agenda quase  
352 semanal com a Dra. Márcia, aonde nós vamos acompanhando todos esses 170 inquéritos  
353 constituídos. Uma parceira de grande relevância para o controle social. Então passo a palavra  
354 para o Dr. Romano Scapin. **Sr. Romano Scapin (Tribunal de Contas do Rio Grande do**  
355 **Sul) –** Boa noite a todos e a todas. Boa noite aos colegas de mesa. Cumprimento todos em  
356 nome da Mirtha, Coordenadora do Conselho Municipal de Saúde que me fez o convite, fez o  
357 convite ao Tribunal de Contas do Estado para participar dessa audiência pública. E é motivo  
358 de muita alegria para mim, muita satisfação está aqui nessa mesa de hoje debatendo um  
359 assunto tão importante para todos, para toda sociedade brasileira que é a atenção básica à  
360 saúde. Assim como a Dra. Márcia falou, o Tribunal de Contas do Estado ainda não se  
361 apropriou da nova Política de Atenção Básica, não temos ainda um posicionamento firmado,  
362 até porque ela ainda, não há ainda uma certeza sobre sua entrada no ordenamento jurídico  
363 na medida em que há ações judiciais contestando sua validade, a validade do processo que  
364 formulou essa nova Política de Atenção Básica. Até na reunião que fizemos lá no ministério  
365 que eu comentei que o site da saúde legis onde nós podemos encontrar as normas do  
366 Ministério da Saúde, ainda consta a Portaria 2.488 como vigente. E até por que temos  
367 dúvidas ainda sobre como na prática irá funcionar a nova Política de Atenção Básica por  
368 intermédio da nossa Secretaria Municipal de Saúde, e é um dos temas que certamente serão  
369 abordados ou pelo Secretário ou pelo Thiago. E então a minha missão agora hoje nessa fala  
370 é contar para os senhores e para as senhoras um pouco do trabalho desenvolvido pela  
371 auditoria do Tribunal de Contas do Estado na saúde de Porto Alegre em especial. Eu sou  
372 auditor público externo como já disse a Mirtha, faço questão de dizer isso, pelo Tribunal de  
373 Contas nós temos três grandes funções trabalhando junto o corte de contas, a primeira delas  
374 começa os trabalhos de fiscalização do controle externo é a auditoria, o auditor de controle  
375 externo. Depois os nossos relatórios, nossas informações de auditoria passam pelo Ministério  
376 Público de Contas, é uma segunda etapa. E a terceira etapa como muitos sabem, talvez  
377 todos já saibam, é a parte do julgamento que é feita pelos conselheiros dos Tribunais de  
378 Contas, no caso do Tribunal de Contas da União que são os ministros que lá estão então

379 para julgar, dar a última palavra sobre os relatórios e as informações que são produzidas  
380 pelos auditores. Bom, o Tribunal de Contas do Estado reconhece, não poderia ser diferente, a  
381 atenção básica de saúde é o ramo da política pública em saúde mais importante,  
382 principalmente no âmbito de fiscalização que o Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande  
383 do Sul tem a competência. Nós temos a competência de auditar o estado e os 497 municípios  
384 que compõem nosso estado. E todos sabemos que primordialmente no âmbito local, âmbito  
385 municipal a atenção básica é a realidade mais presente. Então qual foi a ideia do Tribunal de  
386 Contas do Estado do Rio Grande do Sul, baseado nessa ideia também da eficiência que a  
387 atenção básica de saúde representa também, e não só na assistência propriamente dita,  
388 como na própria eficiência do gasto público. Há vários estudos que demonstram que quanto  
389 mais investirmos em atenção básica, menos precisaremos investir na média e na alta  
390 complexidade, e todos sabemos também que o custo da atenção básica é muito mais baixo  
391 que o custo da média e da alta complexidade. Portanto seja para qualidade da assistência de  
392 saúde, seja no viés de economicidade, de eficiência do gasto público, a atenção básica a  
393 saúde representa a política pública mais importante nos olhos do Tribunal de Contas do  
394 Estado. Então no serviço de auditoria de Porto Alegre que é o setor onde eu trabalho, nós  
395 resolvemos e no ano passado, a partir do ano passado, focar nossas lentes de fiscalização  
396 sobre a atenção básica do município de Porto Alegre. Começamos a auditoria, o  
397 planejamento de auditoria durante a gestão anterior, Secretário Fernando Ritter, Prefeito José  
398 Fortunati e se estendeu o trabalho até o primeiro semestre deste ano, já com a nova gestão  
399 do Prefeito Marchezan e do Secretário Erno. Tanto para esse trabalho, quanto para os quatro  
400 trabalhos anteriores que nós fizemos, o Conselho Municipal de Saúde sempre foi ouvido  
401 previamente, porque entendemos que o controle social é uma fonte importante para subsídios  
402 dos nossos trabalhos, precisamos sempre ouvi-los, afinal o conselho é o que tem o  
403 conhecimento mais próximo, mais concomitante da realidade que acontece nas unidades de  
404 saúde. Depois eu tenho que falar das outras quatro auditorias, mas falando mais da auditoria  
405 sobre atenção básica de saúde. Nós visitamos 30 unidades de saúde, seguindo critérios  
406 definidos após a conversa do Conselho Municipal de Saúde, conversa com a própria gestão,  
407 conseguimos visitar 30, sabemos que não é nem a maioria das unidades, já que temos 140,  
408 142 unidades, mas dentro da possibilidade de a equipe, conseguimos visitar as 30. Ouvimos  
409 usuários nessas 30 unidades de saúde, ouvimos os profissionais de saúde durante essa  
410 auditoria. Fizemos toda uma análise documental dos processos de liquidação das despesas,  
411 também conseguimos fazer uma auditoria bem completa, bem profunda, que resultou num  
412 relatório de 300 páginas, do qual o Conselho Municipal de Saúde já tem conhecimento, acho  
413 que semana retrasada, umas duas semanas mais ou menos né Mirtha, o Conselho Municipal  
414 de Saúde teve acesso ao nosso relatório. Já sei que estão lendo ou se apropriando do  
415 conteúdo. O Secretário Municipal de Saúde também já teve conhecimento do nosso relatório.  
416 E a nossa ideia durante essa auditoria para além e talvez principalmente o foco principal da  
417 nossa auditoria era colaborar para o aprimoramento da política pública em atenção básica.  
418 Não aquele viés de punição, aquele viés, claro que uma auditoria de regularidade foi feita,  
419 tanto é que encontramos alguns problemas na liquidação de despesas dos contratos de meio,  
420 contrato de limpeza, de segurança, a forma como era feito o desconto das pautas, algo que já  
421 foi corrigido pela secretaria, é bom dizer isso. Mas fomos também analisar as metas, as  
422 metas que eram previstas no antigo plenário, as metas que eram previstas localmente pelo  
423 Plano Municipal de Porto Alegre. Fomos analisar também a distribuição de pessoal, de  
424 recursos humanos, que estava dentro dos critérios de razoabilidade, detectamos que havia  
425 regiões em Porto Alegre com a quantidade de população atendida por médicos muito superior  
426 a outras. Fizemos isso em gráficos. Verificamos também as infraestruturas das unidades de  
427 saúde, os planos que a prefeitura faz há vários anos para que sejam reformadas ou  
428 construídas novas unidades de saúde, e que não tem sido atendido esses planos. Enfim,  
429 fizemos um trabalho bastante completo. Hoje não é um espaço adequado para expor esse  
430 trabalho, hoje o protagonismo nessa noite foi o Professor Hêider que já falou. Espero numa  
431 próxima oportunidade, seja numa audiência realizada pelo Conselho Municipal de Saúde,  
432 seja COSMAM, onde entramos algumas vezes, Dr. Thiago principalmente, Dra. Márcia

433 também. Que a gente tenha a oportunidade de debater com maior profundidade esse  
434 trabalho. Mas deixo registrado que o Conselho Municipal de Saúde já tem acesso, então os  
435 senhores sejam de forma concentrada ou de forma localizada nos seus conselhos locais,  
436 podem ter acesso e discutir o nosso trabalho. A nossa intenção principal, o nosso destinatário  
437 final do nosso trabalho é a sociedade, por óbvio, são vocês. Todas as instituições públicas,  
438 todos os órgãos públicos tem como destinatário final o povo, a sociedade, nós esperamos  
439 que esse trabalho tenha uma repercussão positiva junto a Secretaria Municipal de Saúde,  
440 possa ajudar, nós sabemos que o Conselho Municipal de Saúde tem reivindicações antigas,  
441 que por vezes um relatório de uma instituição de controle externo pode fortalecer, pode  
442 corroborar na hora da discussão com a gestão. E somos parceiros sempre que chamados  
443 para participar de conversas que envolvam a saúde, saúde pública, em especial atenção  
444 básica que hoje é tema do nosso encontro. Para falar rapidamente das quatro auditorias  
445 anteriores Mirtha e já encerro a minha fala, nós fizemos quatro auditorias durante o exercício  
446 de 2015 sobre a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre também. E com quatro  
447 objetos distintos: duas foram sobre os hospitais públicos, o HPV e o HPS, outra sobre  
448 assistência farmacêutica e uma quarta que foi mais densa, mais profunda sobre a antiga  
449 GRSS que acho que agora até mudou o nome na secretaria, a Gerência de Regulação de  
450 Serviço e Saúde em três eixos principais, seria a questão do repasse aos estabelecimentos  
451 hospitalares. A questão das consultas especializadas, as filas, as demandas reprimidas, e  
452 interesseiros sobre os laboratórios, exames laboratoriais. Foi um trabalho bem completo que  
453 ainda está em desenvolvimento processual dentro do tribunal, ainda não tem julgamento. Os  
454 três primeiros processos que eu mencionei já estão em fase mais adiantada e todos esses  
455 relatórios também estão à disposição do controle social do Conselho Municipal de Saúde.  
456 Então em nome do Tribunal de Contas do Estado eu agradeço mais uma vez o convite que foi  
457 feito pelo Conselho Municipal, deixo meu telefone, meu e-mail sempre à disposição, o  
458 Conselho Municipal de Saúde sabe que eu estou sempre disponível para ouvi-los, para  
459 receber denúncias, e na medida do possível responder, assessorar em alguma dúvida que  
460 eventualmente surja. E acreditamos que a atenção básica à saúde deve ser sim prioridade da  
461 política pública nacional e com mais certeza da política pública de saúde do município de  
462 Porto Alegre. Então agradeço a todos por virem, por se prestarem um pedaço do seu dia, nós  
463 sabemos que depois das 18h todos cansados de sua jornada de trabalho, é mais difícil a  
464 gente conseguir ter motivação para participar de outros eventos. E é com felicidade que eu  
465 vejo bastante gente aqui disposto a discutir a atenção básica em saúde. Muito obrigado. **Sra.**  
466 **Mirtha da Rosa Zenker (Associação de Terapia Ocupacional do Rio Grande do Sul –**  
467 **ATORGS e Coordenadora do CMS/POA)** – Agradeço o Dr. Romano, sempre disponível. Até  
468 nas férias me respondendo, whats, a gente combinou lá a audiência ele estando em férias, eu  
469 não sabia. Mas agradeço, a gente tem acompanhado e esse serviço relevante de instituições  
470 e controle externo para embasar os nossos encaminhamentos do controle social do Conselho  
471 Municipal de Saúde. Então neste segundo momento então nós vamos ouvir então Conselho  
472 Nacional de Saúde e o Conselho Estadual de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde. Então  
473 eu solicito então agora a palavra da Conselheira Nacional Sueli Góes Barros do Conselho  
474 Nacional de Saúde. **Sra. Sueli Góes Barros (Conselho Nacional de Saúde)** – Boa tarde,  
475 boa noite já, a todas e todos. E eu queria inicialmente agradecer a Mirtha pelo convite de a  
476 gente poder está aqui hoje fazendo essa conversa com vocês. E quero dizer que eu até fui  
477 ali, mudei um pouco a apresentação, porque falar depois do Hêider e falar da questão da  
478 PNAB fica bem difícil. Então a opção, a minha opção foi falar um pouco da agenda do  
479 conselho, o que o conselho tem feito, até para fazer um enfrentamento dessa não só da  
480 Política de Atenção Básica, mas do momento que a gente está vivendo eu quero dizer para  
481 vocês que eu sou uma trabalhadora de saúde, e eu represento no Conselho Nacional de  
482 Saúde a Rede Unida, Associação Brasileira Rede Unida no segmento dos trabalhadores, e eu  
483 sou servidora pública federal a mais de 30 anos. E é óbvio que eu sendo servidora a mais de  
484 30 anos na área de saúde, eu vivi como trabalhadora, vezes como gestora, e esse processo  
485 de construção do Sistema Único de Saúde, eu sou do tempo Hêider ainda e eu tenho ali na  
486 minha bolsa, carrego para quando a gente vai fazer fala, quer mostrar, porque muitos não

487 acreditam, e os mais jovens não viveram, que é da carteirinha amarela do indigente e daquele  
488 que tinha carteira assinada, que tinha direito do que não tem. Então eu ainda sou dessa  
489 época, mas eu jamais imaginei que eu viveria o que hoje eu estou vivendo como Conselheira  
490 de Saúde, como trabalhadora no Conselho Nacional de Saúde. Pela primeira vez eu ouvi o  
491 ministro da saúde dizer que o problema da saúde não é dinheiro, que o problema não é  
492 recurso, mas que o problema é a gestão. Eu nunca tinha ouvido isso de nenhum gestor, nem  
493 do gestor municipal, estadual, muito menos de um ministro da saúde. Nunca tinha visto o  
494 ministro da saúde ir para dentro da Câmara dos Deputados e defender congelamento de  
495 recurso para a saúde, é a primeira vez que isso acontece, porque todos nós sabemos que  
496 historicamente o SUS é subfinanciado. Ele vem neste processo na disputa, mas ele sempre  
497 foi subfinanciado, mas ele sempre teve também nos diferentes governos os ministros que  
498 disputaram recurso com a área econômica, o que não é o caso agora. Então quando a gente  
499 fala na reforma na PNAB, numa nova política, a gente está falando de mudar nesta lógica e  
500 nesta conjuntura que a gente está vivendo. Que é uma conjuntura de desmonte não só da  
501 política de saúde, é todas as políticas de proteção social. Haja vista aí a reforma trabalhista,  
502 está aí a reforma da previdência, enfim, todas essas reformas. Eu queria que tu passasse o  
503 slide, porque eu sei que eu tenho um tempo muito limitado. O Hêider já falou no início e ele  
504 está fazendo parte agora do grupo, do GT da atenção básica, de que esta discussão da nova  
505 política, esta minuta ela não foi para o conselho. O conselho foi atropelado, o Conselho  
506 Nacional e formou o GT da atenção básica porque ouviu falar, porque ficou sabendo, porque  
507 isso já estava rolando lá na Comissão Intergestora Tripartite. E foi por isso que o conselho  
508 montou esse GT. Ao montar esse GT ele também fez uma série aprovando, o pleno do  
509 conselho, uma série de recomendações para que a CIT que já estava fazendo essa  
510 discussão, parasse isso e ouvisse o Conselho Nacional de Saúde, fez essa recomendação  
511 para que não deliberassem sobre a política, antes que se fizesse esse processo que hoje os  
512 conselheiros estão fazendo país a fora, que é discutir com os Conselhos Municipais, que é  
513 discutir com os Conselhos Estaduais. Só que em agosto, e o Hêider já falou isso, foi pactuado  
514 lá na CIT, em setembro o Conselho Nacional aprovou uma recomendação para que então  
515 não publicassem a portaria, ou também junto nessa recomendação de que se fosse  
516 publicado, o conselho ia agir do ponto de vista de mecanismo legislativo e o Hêider também  
517 já colocou sobre o decreto legislativo, tanto na Câmara dos Deputados, quanto no Senado  
518 hoje para sustar essa portaria. E também hoje o Conselho Nacional de Saúde ele está  
519 avaliando e analisando como vai judicializar essa para que a PNAB não se efetive. Bom, mas  
520 enfim, nós fomos surpreendidos como os outros, um dia depois do dia do gaúcho, dia 21, com  
521 uma publicação então dessa portaria. Foi pedido também, o conselho fez uma solicitação  
522 para revogar a portaria para que a gente pudesse aí está ampliando essa discussão, não foi  
523 atendido. Aprovou então a moção para concordar e apoiar esses decretos legislativos. Bom, o  
524 Hêider já colocou a PNAB e o que tem de mais sério, mas as principais críticas que têm hoje  
525 o Conselho Nacional é com relação a financiamento, com relação à modelo de atenção,  
526 porque por mais que esteja escrito lá de que a prioridade é estratégia de saúde da família, a  
527 gente sabe que quando nós não temos uma indução pelo financiamento, quando não tem  
528 recurso, isso deixa de ser prioridade, até porque os municípios todos têm uma dificuldade  
529 hoje, uma crise econômica importante. O número de agentes comunitários de saúde a gente  
530 sabe de que isto é um problema seríssimo, e o Hêider também falou das atribuições  
531 compartilhadas. O padrão mínimo, acho que isso é uma outra questão importante que fala a  
532 portaria, que é do pacote mínimo, a gente está achando que isto está fechando muito, com a  
533 própria fala do ministro quando ele diz que precisa rever o tamanho do SUS, que a  
534 constituição não cabe no orçamento. Porque quando ele fala em pacote mínimo, mínimo de  
535 procedimentos, ele nivela para que todos os municípios tenham o mínimo. Mas os municípios  
536 têm a diversidade, alguns podem fazer mais, mas eles não vão ser obrigados a fazer mais, e  
537 podem não querer fazer mais, porque a portaria agora permite para que se faça uma cesta  
538 básica, digamos assim, uma política pobre para pobre. E a outra questão importante que é a  
539 questão do controle social. Porque hoje o que é que está posto com relação à discussão da  
540 PNAB? Ela é, e o Ministério da Saúde tem considerado as quatro ações, as instâncias de

541 pactuações como a CIT, CIB e CIT, e não as instâncias de deliberação como é por lei os  
542 conselhos de saúde. Mas uma questão importante que a gente precisa ter claro é que a  
543 PNAB não tá só, ela tá articulada com as agendas como eu falei de desmonte de políticas de  
544 proteção social. E também hoje alguém aqui falou da EC 86, está articulada com a EC 86 que  
545 estava hoje em votação no Supremo, que regride, o teto passa a ser de 13,2, além de não  
546 poder mais utilizar recursos do pré-sal como recursos adicionais da saúde. Essa emenda não  
547 foi votada hoje, ela foi transferida novamente sem uma data ainda pelo Supremo Tribunal.  
548 Uma outra agenda articulada com a PNAB é a questão do congelamento da Emenda  
549 Constitucional 95/2006 que é o congelamento por 20 anos. E a outra questão é a  
550 desregulamentação dos blocos de financiamento que o Hêider também já falou, que a gente  
551 fica com dois blocos, hoje a gente tem seis blocos, é óbvio que o Conselho Nacional de  
552 Saúde também acha que não tem que ter oitocentas e poucas caixinhas, mas acha, entende  
553 que é possível a gente experimentar, flexibilizar dentro dos seis blocos. Mas a gente  
554 precisava continuar garantindo de que a atenção básica tivesse o financiamento, de que a  
555 vigilância em saúde tivesse financiamento. Caso contrário hoje o gestor vai usar aonde ele  
556 quiser, e nós todos sabemos da pressão do mercado por serviços de média e alta  
557 complexidade, que historicamente isso não é público, sempre esteve na mão do privado.  
558 Portanto, a pressão do privado, e eu sei que na minha cidade, eu moro em Santa Maria, tem  
559 como palanque ou política lá, propaganda do candidato, a prefeita era fila zero para  
560 especialidade. E ele vai priorizar a atenção básica ou ele vai priorizar a média complexidade  
561 para cumprir a sua promessa de campanha. Quando a gente não tem essa garantia da  
562 indução, a gente corre um sério risco, porque eles estão deixando tudo isso na mão dos  
563 conselhos de saúde. Nós sabemos também o quanto nós conselheiros de saúde, conselho de  
564 saúde, tem uma fragilidade e não vai dar conta e não tem como dar conta de toda  
565 responsabilidade que vai ser colocada em cima dos conselhos de saúde. A  
566 desregulamentação da saúde suplementar é outra questão importante, isso está no bojo  
567 dessa articulação, que é a alteração então da lei dos planos de saúde. Os planos acessíveis  
568 que também já foi falado, de repassar o que for possível para o mercado, e é isso que a gente  
569 falou do SUS desfinanciado então que significa. A PNAB a gente entende, o conselho  
570 entende que é mais uma dessas reformas que estão nesse bojo. E é parte também, temos  
571 avaliado que a parte de uma agenda tem enfraquecimento do controle social. Quando o GT  
572 não recebe informações, o GT da atenção básica, quando os integrantes, porque o GT da  
573 atenção básica ele é composto também com integrantes dos gestores. Quando não tem a  
574 participação do gestor neste espaço, porque é o mecanismo de enfraquecimento desse  
575 espaço de não reconhecimento do espaço do controle social, do espaço do Conselho  
576 Nacional de Saúde. As recomendações do Conselho Nacional de Saúde muitas que não  
577 foram cumpridas e, aliás, o ministro não tem homologado as recomendações e resoluções do  
578 conselho, a portaria daí que eu já falei publicado sem o conhecimento, e a priorização então  
579 dos espaços de pactuação pela deliberação. Então diante disso a gente sabe que ou nós nos  
580 articulamos e nós nos organizamos e nós nos juntamos enquanto usuários, enquanto  
581 trabalhadores e até enquanto gestores, enquanto controle social, ou nós vamos ser engolidos  
582 por esses processos e por essas reformas. Em função disso, nós temos hoje o conselho, o  
583 que ele tem chamado de uma agenda política, e que a gente tem ido em todos os estados  
584 para fazer essa discussão. Que primeira questão: a atenção básica isso tem a ver com a vida  
585 e o cuidado de 80% ou até mais, das pessoas. Portanto ela deve ser uma pauta permanente  
586 dos conselhos. As conferências temáticas do Conselho Nacional elas têm feito essa  
587 discussão, Conferência de Mulheres, de Comunicação, agora de Vigilância final do mês,  
588 Conferências Livres sobre o tema da PNAB, mobilização, ampliação aí do debate com os  
589 conselhos que eu já falei, audiências públicas. E compõe também o conselho na frente em  
590 defesa do SUS para manter então a mobilização junto ao Supremo Tribunal Federal porque a  
591 gente tá na maior expectativa e na maior torcida para que os outros ministros votem com o  
592 relator. Ah não, que votem com o relator, e isto também abre a possibilidade para que logo a  
593 gente entra, entra também com uma ação com relação a EC 95 que é do congelamento dos  
594 20 anos. Então aí estão as duas, os dois decretos legislativos, tanto no Senado, quanto na

595 Câmara dos Deputados. A outra agenda importante do Conselho Nacional para que a gente  
596 possa se fortalecer, se juntar, se articular e fazer frente a esse desmonte todo, é um projeto o  
597 conselho presente que visa então ampliar, tem objetivo aí de ampliar e mobilizar o conjunto  
598 dos conselhos, dos conselheiros, dos movimentos sociais e de outras entidades para que a  
599 gente possa fazer essa defesa do Sistema Único de Saúde. Tem uma outra agenda  
600 importante do Conselho Nacional de Saúde que são os processos de formação para o  
601 controle social. E a gente tem agora aqui no Rio Grande do Sul, já teve em Pelotas, vai ter  
602 agora em Santa Maria, tem em Palmeira das Missões e tem aqui em Porto Alegre para a  
603 região metropolitana, que é uma formação política para a gente fazer essa discussão, fazer  
604 discussão de qual é o papel que nós temos enquanto conselheiros de saúde, qual é o papel  
605 que a gente tem enquanto movimento social, integrante de movimento social na defesa da  
606 democracia, e na defesa do Sistema Único de Saúde. Então essas oficinas estão  
607 acontecendo no país inteiro e aqui no Rio Grande do Sul agora em novembro e dezembro.  
608 Tem outras resoluções que a gente entende que são importantes, que a gente precisa  
609 também publicizar, e uma delas é a 554 que já deve ter chegado aqui ao conselho, que ela  
610 aprova então sete diretrizes para regulamentação e funcionamento dos conselhos de saúde,  
611 dentre as quais tem um que a gente, uma diretriz que a gente destaca, que é aquela que o  
612 gestor, ou secretário de saúde, ministro, ou o secretário de estado, não pode ser o presidente  
613 do conselho de saúde para não acumular então esta função e respeitar também as funções  
614 que são diferentes. E a Resolução 551 é uma outra resolução extremamente importante que  
615 é a resolução que reprovou o relatório de gestão, o relatório anual de gestão 2016 do  
616 Ministério da Saúde. Foi a primeira vez na história do Conselho Nacional de Saúde que ele  
617 não aprova as contas do Ministério da Saúde. Vocês podem olhar, lá tem toda argumentação  
618 e toda explicação do por que isso. E a outra resolução do conselho que é importante que é  
619 contra então os planos acessíveis e planos populares, porque assim como disse o Hêider, tá  
620 se proliferando as clínicas. Eu li ontem aí, tem um apresentador de televisão aí famoso que  
621 comprou 30% de um plano de saúde de uma seguradora e que está abrindo franquias e vai  
622 abrir franquias no país inteiro desse plano de saúde. Quando tu dar, quando tu oferece para a  
623 população uma cesta básica, tu vai restringindo um pacote mínimo de oferta para a  
624 população, tu automaticamente tu começa empurrar essa população para esses planos e  
625 essas clínicas, porque isso é extremamente sério, extremamente grave, e vai contra os  
626 princípios que a gente tanto defende do Sistema Único de Saúde, são os princípios da  
627 universalidade, da integralidade, enfim. Bom, e para concluir, porque eu sei que a Mirtha já tá  
628 me olhando, ela só não me cutucou porque eu não estou perto, o Conselho Nacional de  
629 Saúde eu trouxe algumas folhas, ele está então fazendo aí e pedindo para que a gente possa  
630 contribuir todos nós levarmos para as associações comunitárias, para as comunidades, enfim,  
631 para os espaços, um abaixo assinado contra a EC 95 entendendo que o SUS não pode  
632 morrer, e para que ele não morra, ele depende de todos nós, e que bom que a gente pode tá  
633 aqui hoje cumprindo com esse papel e fazendo essa discussão. Entendendo que o controle  
634 social ele tem um papel fundamental, ou nós agora desenvolvemos e nos reinventamos e  
635 construímos estratégias capazes de fazer com que a gente resista neste momento, porque eu  
636 também não pensei que algum dia eu ia dizer que bom a gente não perdeu o que a gente já  
637 conseguiu, porque nós estamos neste momento é isso, é tentando resistir para a gente não  
638 perder o que o povo, o que a população conseguiu conquistar e cravar lá na nossa  
639 constituição. Porque o que hoje o ministério, este governo tem posto é rasgar os princípios  
640 constitucionais e a saúde entregar para o setor privado. Não mais como complementar, como  
641 tem lá na lei, mas sim quase como uma prioridade. Muito obrigada e a gente conta com todos  
642 vocês nessa empreitada e podem contar com o Conselho Nacional de Saúde. Só concluindo  
643 agora, só para vocês terem uma ideia, hoje, por exemplo, nosso Presidente o Ronaldo que  
644 está em Brasília, ele tinha mais de 10 agendas hoje em Brasília, dentre as quais, em toda  
645 agenda que é isso, é para resistir, para tentar não perder. Uma das agendas foi hoje no  
646 Senado que estavam avaliando o programa Mais Médicos, certo Hêider? Com a Associação  
647 Médica, com o Conselho de Medicina lá, que a gente, eu não vou nem entrar aqui na  
648 discussão de qual foi a pauta e o que eles disseram, mas tentando resistir para a gente não

649 perder isso. Uma segunda pauta que hoje também estava, o Ronaldo, é a reunião da CIT, da  
650 Comissão Intergestora Tripartite que é a Comissão de Gestão, que é essa que aprovou a  
651 PNAB sem deixar, ela aprovou não, foi pactuado na CIT, porque a CIT é espaço de  
652 pactuação, ela não é espaço de deliberação, este espaço é o espaço do conselho. Mas hoje  
653 na reunião da CIT porque foi pactuado na última reunião do Conselho Nacional com o  
654 Ministro da Saúde e com os técnicos da atenção básica de que eles iam rever esses pontos  
655 que o conselho tinha colocado como mais sério. Qual a surpresa hoje quando estive o  
656 presidente na CIT? Quando o Secretário-Executivo do ministério diz, vou dizer para vocês o  
657 que ele disse: a PNAB tá pactuada, publicada e sacramentada, não tem mais que voltar a  
658 discussão na CIT. A outra agenda hoje então foi no Supremo Tribunal, que não foi a votação,  
659 foi transferida sem data. E uma outra reunião, uma outra agenda também de resistência que  
660 é na Comissão de Ciência e Tecnologia, cuja discussão era as farmácias populares de  
661 assistência farmacêutica, que todos nós sabemos qual a política e o que foi feito com as  
662 farmácias populares públicas. Muito obrigada. **Sra. Mirtha da Rosa Zenker (Associação de**  
663 **Terapia Ocupacional do Rio Grande do Sul – ATORGS e Coordenadora do CMS/POA) –**  
664 Agradeço a Sueli, Conselheira Nacional de Saúde, já chamando então o Cláudio Augustin,  
665 Presidente do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Sr. Cláudio Augustin**  
666 **(Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul) –** Boa noite a todos e todas. Uma  
667 saudação especial a mesa e os demais palestrantes. Eu começo dizendo que eu não  
668 concordo que é uma nova Política de Atenção Básica, é uma política de desatenção básica.  
669 Essa primeira questão é para destruir a atenção básica no Brasil. Este é só mais um dos  
670 ataques que o povo brasileiro está sofrendo. Nós tivemos um golpe de estado, e a partir deste  
671 golpe de estado que o impeachment sem crime de responsabilidade, o conjunto dos direitos  
672 brasileiros estão sendo atacados. Logo em seguida a destituição da presidente, foi chamado  
673 de volta o representante do Brasil estava construindo o Banco Mundial de Desenvolvimento  
674 dos BRICS. É um banco que a moeda não é o dólar, isso fere de morte o império americano.  
675 Junto com isso houve a redefinição do pré-sal em que foi entregue a esperança do povo  
676 brasileiro as petrolíferas americanas. Somado a isso tem logo poucos meses depois a  
677 Emenda Constitucional 95, que congela o gasto primário por 20 anos. O que é que são os  
678 gastos primários? É todo o gasto da União, exceto juros e dívida. Quando foi feita a Emenda  
679 95, o estado brasileiro já destinava 45% em média para os juros e dívida. Portanto o restante  
680 do gasto público era quase, um pouquinho mais da metade da receita pública, ou seja, essa  
681 política já está enriquecendo o capital financeiro internacional. E com essa política talvez nós  
682 vamos passar dos 45 para 60% ou mais por cento. Essa emenda constitucional ela é a base  
683 e o motivo do golpe de estado. A partir dela eu tenho que fazer a contrarreforma da  
684 presidência, eu tenho que retirar o direito à aposentadoria e os benefícios de todos os  
685 brasileiros. Aumentando o tempo necessário que leva inclusive aqui boa parte dos brasileiros  
686 como repentes da possibilidade de chegar a sua aposentadoria. Assim como reduzir os  
687 benefícios dos atuais e futuros aposentados. A contrarreforma trabalhista retira todos os  
688 direitos dos trabalhadores, que somado com a terceirização, levará uma elevação do  
689 adoecimento decorrente do trabalho e do conjunto dos brasileiros. Todos nós sabemos que o  
690 setor terceirizado é o que mais mata e o que mais adocece na produção. Dessa forma nós  
691 vamos ter exército de adoentados. Para resolver esse problema o que é que se faz? Retira o  
692 dinheiro da saúde que já foi colocado de várias formas, mas a sutileza e maldade são tantas  
693 que se reivindique, uma antiga reivindicação, os recursos carimbados dos seis blocos de  
694 pensamento: atenção básica, não é de alta complexidade, assistência farmacêutica, SAMU,  
695 gestão e vigilância, e diz o seguinte, a partir de agora terá duas. Investimento e custeio, para  
696 ter investimento tem que ter garantia do custeio, e essa garantia do custeio virá de que  
697 forma? Não terá, os municípios já estão estourados, o estado do Rio Grande do Sul que  
698 deveria, por exemplo, botar 12% na saúde, nunca colocou, até o Governo Leda era 4, no  
699 Governo Tarso chegou a 9%, agora já baixou para 7% e uns quebrados. Com isso o que  
700 acontecerá, eu reduzo os gastos, mas libero para gastar onde quer, como já foi dito aqui, vai  
701 ser destinado à média e alta complexidade. Com isso acabou a prevenção e a promoção da  
702 saúde. O que é que nós vamos encontrar? O aumento do adoecimento, e os doentes não

703 terão atendimento, porque não terá atenção básica, terá esses planos populares. O que vai  
704 ter é a consulta e nada mais. Nós sabemos que os planos de saúde, não os populares, os  
705 outros, não pagam a média e alta complexidade. Isso aí tinha alguns exames, agora alta  
706 complexidade quem financia no Brasil é o SUS, dessa forma quando retira o dinheiro, haverá  
707 mortes e mortes sendo produzida por essa política de destruição do direito dos trabalhadores.  
708 O golpe de estado não é pouca coisa, é para levar o país a destruição dos direitos e do povo  
709 brasileiro. Nós estamos vivendo uma crise internacional do capitalismo muito estrutural. A  
710 última grande crise dessas foi na década de 20, que para sair dela foi necessário destruir a  
711 metade da Europa. Hoje é possível pensar numa guerra mundial? Eu acredito que não. Uma  
712 vez perguntaram para o Einstein como é que seria a terceira guerra mundial. Ele disse a  
713 terceira eu não sei, mas agora a quarta vai ser de pau e pedra. Portanto, nós temos  
714 capacidade de destruição do mundo de um milhão de vezes, podemos destruir um milhão de  
715 vezes. Que é uma grande fonte de saída para o crescimento, que é a destruição. Portanto  
716 nós estamos vivendo um período em que a desestruturação do Sistema Único de Saúde está  
717 colocada. Nós podemos aceitar ou resistir. A nossa tarefa é de resistir. E essa resistência  
718 significa fazer com que o conjunto da sociedade brasileira entenda o que está acontecendo. E  
719 para entender, nós temos o dever político de debater essas questões em todos os rincões. O  
720 Conselho Estadual de Saúde já tem resoluções contra a Política Nacional de Desatenção  
721 Básica. Já temos várias resoluções, inclusive moções das conferências contra toda essa  
722 política. Nós estamos percorrendo os estados fazendo curso de formação nas macrorregiões.  
723 Já fizemos na região sul, em Pelotas, centro-oeste em Uruguaiana, segunda e terça na  
724 Grande Porto Alegre, terça e quarta em Pelotas, eu estou saindo daqui a pouco eu estou indo  
725 a Santo Ângelo fazer amanhã e sábado. E a discussão que nós estamos fazendo é como é  
726 possível organizar a visita, todo necessário, as pessoas entenderem o que está acontecendo  
727 e ir para a luta. E nós só vamos sair dessa situação se nós tivermos organizados e unificados,  
728 para fazer esse enfrentamento. Nós estamos vivendo um momento em que a crise está  
729 desestruturando tudo, e nós vamos ter que reestruturar e reorganizar de forma melhor. Nós  
730 estamos vivendo um momento em que o que está aí está podre, o novo não nasceu. Mas o  
731 novo que vai sair desse processo ele pode ir para um lado fascista ou para uma sociedade  
732 melhor. Isso vai depender de nós, se nós tivermos organizado e lutando, nós temos chance  
733 de construir um país melhor. Agora se nós nos acomodarmos, aceitarmos o que está sendo  
734 colocado, nós vamos nascer um novo período fascista em que nossos direitos serão todos  
735 destruídos. E nós vamos levar décadas para recompor os nossos direitos. Portanto nós só  
736 temos uma saída: lutar, lutar e lutar. Obrigado. **Sra. Mirtha da Rosa Zenker (Associação de**  
737 **Terapia Ocupacional do Rio Grande do Sul – ATORGS e Coordenadora do CMS/POA) –**  
738 Agradeço ao Cláudio Augustin, Presidente do Conselho Estadual. E então anuncio então a  
739 chegada do Secretário Erno. Como nós anunciamos no início, o voo dele atrasou e ele  
740 conseguiu chegar a tempo para a fala dele, após a minha fala agora. Então neste momento  
741 eu vou falar um pouco da nossa pauta então que nós enquanto Conselho Municipal de Saúde  
742 estamos abordando e encaminhando a nível da capital do Rio Grande do Sul. Não é de agora  
743 que a pauta atenção básica nos é cara para o Conselho Municipal de Saúde. Muito nós  
744 estamos tencionando para preservação da atenção pública e de qualidade com olhar amplo,  
745 global, interdisciplinar do usuário dentro da atenção básica dentro do município de Porto  
746 Alegre. Nós temos a partir de uma discussão ampla, dentro dos conselhos distritais e locais,  
747 nós escrevemos então uma resolução que é a nossa Resolução que é a atual até o momento  
748 que é a 09/2013, onde baliza vários apontamentos de como o Conselho Municipal vê a  
749 atenção básica dentro do município. Nós também realizamos um seminário em 2014 sobre a  
750 atenção básica, no qual a gente encaminhou várias deliberações enquanto Conselho  
751 Municipal de Saúde. O ano de 2016 pelo agravo que foi realizando e o descaso que a gente  
752 tem percebido com a atenção básica na não infraestrutura que deveria fazer, a não aplicação  
753 da pactuação da planilha de obras, a realização de reformas, a ampliação de obras dentro da  
754 atenção básica, a constituição dos recursos humanos dentro da atenção básica, onde a gente  
755 percebe que cada vez existe uma não quantidade adequada de recursos humanos dentro da  
756 atenção básica, nós constituímos um grupo de trabalho da atenção básica. Foi apresentado

757 em plenária neste ano no qual nesta plenária nós deliberamos então esta audiência pública,  
758 que para a ampla divulgação do que está acontecendo a nível nacional, estadual e municipal,  
759 e uma constituição de uma comissão específica de atenção básica. No qual estamos  
760 debruçando então sobre vários aspectos e onde nós também vamos debruçar desta auditoria  
761 do Tribunal de Contas do Estado. Que foi apontado aqui a importância de uma aproximação  
762 da comunidade, dos usuários e de uma capacitação permanente, nós também estamos  
763 embasando as nossas ações do Conselho Municipal nesse tripé. Nós temos a Comissão de  
764 Educação Permanente que está realizando várias capacitações, realizamos uma no início  
765 deste mês, e sábado teremos outra, de capacitação política, de um olhar político dentro da  
766 saúde. Nós temos uma pauta permanente também nas quartas-feiras de manhã, onde nós  
767 estamos indo nas Unidades Básicas de Saúde, nós confeccionamos uma placa que tem  
768 conselho local instituído dentro dos critérios que foi criado dentro do Conselho Municipal de  
769 Saúde de Porto Alegre, no qual também este é um momento de conversa com usuários, com  
770 a comunidade, dando a real situação que está acontecendo. Com o que está acontecendo de  
771 aniquilamento da nossa constituição, com o não respeito a Lei 8.080 deixa claro é dever do  
772 estado e direito de cada cidadão brasileiro a saúde e educação. Portanto, nós também temos  
773 vitórias aqui neste Conselho Municipal de Saúde. Nós temos um acórdão que saiu há pouco  
774 tempo e já foi noticiado em plenária do Conselho Municipal de Saúde, um acórdão do TRF-4  
775 onde determina, e isso também reforça o que é nossa lei do Conselho Municipal de Saúde já  
776 está escrito, que todos os projetos devem passar dentro do Conselho Municipal de Saúde. E  
777 dentro disso, nós também recebemos através da imprensa várias ações dentro da prefeitura e  
778 dentro da Secretaria Municipal de Saúde, que nos causa estranhamento. Quanto à abertura,  
779 a assinatura de intenção de abertura do Hospital Santa Ana no qual não foi deliberado em  
780 nenhuma instância dentro do Conselho Municipal de Saúde, onde teve a notícia, então  
781 assinatura de abertura de leitos no Hospital Psiquiátrico São Pedro, no qual também não foi  
782 passado nas instâncias do Conselho Municipal de Saúde. E isto nos preocupa, porque é no  
783 mesmo tom que acontece a nível nacional, também está acontecendo a nível municipal.  
784 Portanto nós estamos sempre abrindo espaço de divulgação das ações do Conselho  
785 Municipal de Saúde, nós fizemos duas conferências municipais, a Conferência Municipal da  
786 Saúde das Mulheres onde nós tivemos 29 conferências livres que antecederam a Conferência  
787 Municipal. A Conferência da Vigilância em Saúde que teve, antecedeu 31 conferências livres,  
788 onde nós podemos está sempre divulgando e podendo está construindo as políticas. Nós  
789 temos sempre a presença do secretário nas reuniões dos núcleos de coordenação, onde é  
790 amplamente ter a possibilidade também de poder está construindo as políticas dentro do  
791 município de saúde de Porto Alegre. Então é disso que se trata, a resistência se faz por cada  
792 um, nós sempre estamos falando junto nas unidades que no qual a gente tem ido nas  
793 quartas-feiras de manhã. Cada um é uma formiguinha, uma formiguinha que quando se junta  
794 faz um formigueiro, esse formigueiro faz um barulhão. E é disso que se trata, o Conselho  
795 Municipal de Saúde vai sim ser um formigueiro, e um formigueiro que vai está reclamando,  
796 denunciando e reivindicando os direitos que é constitucional. Muito obrigada. Então passo a  
797 palavra agora ao Secretário Erno que tem 20 minutos para a fala. **Sr. Erno Harzheim**  
798 **(Secretaria Municipal de Saúde – SMS)** – Boa noite a todos que estão presentes na platéia,  
799 na plenária, boa noite para a mesa. Vou cumprimentar a mesa cumprimentando o Hêider.  
800 Agora eu sou a vidraça. Muito tempo a gente teve num papel um pouco invertido, o Hêider  
801 atuou na Direção do Departamento de Atenção Básica e eu convidado para falar em alguns  
802 eventos, legal ter uma pessoa inteligente como tu fazendo críticas que podem contribuir para  
803 a melhoria do processo, tu sabe que eu te admiro como gestor e como profissional, e acho  
804 legal poder está num outro espaço contigo de novo. Bom, eu cheguei nesse horário porque  
805 essa audiência pública foi marcada depois das datas da minha viagem para Brasília, eu faço  
806 parte da Diretoria do CONASEMS, quero me justificar com vocês, e vou toda última quarta-  
807 feira do mês à Brasília participar da reunião da diretoria. E na quinta de manhã como o Hêider  
808 sabe bem, tem a reunião da CIT, é um espaço bastante importante para eu está presente, a  
809 gente pode mexer inclusive nas portarias na tarde quarta-feira quando o ministério tem que  
810 pactuar com o CONASEMS e com o CONASS, o que vai ser publicado ou anunciado na

811 quinta-feira seguinte. **Sra. Mirtha da Rosa Zenker (Associação de Terapia Ocupacional do**  
812 **Rio Grande do Sul – ATORGS e Coordenadora do CMS/POA)** – Secretário, se tu me  
813 permite, eu me esqueci de anunciar, nesse momento como eu tinha anunciado no início então  
814 da audiência pública, a Jandira a nossa Coordenadora Adjunta do Conselho Municipal de  
815 Saúde então vai fazer as inscrições. São seis inscrições para os Conselheiros Municipais de  
816 Saúde que vai ser o primeiro bloco, e o segundo bloco sete da plateia. Então, por favor, só  
817 pedir, levantar a mão que a Jandira vai então ir anotando os nomes das pessoas. Então  
818 obrigada e desculpe Erno. **Sr. Erno Harzheim (Secretaria Municipal de Saúde – SMS)** –  
819 Tudo bem. Bom, a encomenda é falar um pouco da Política Nacional da Atenção Básica de  
820 2017. Eu vou falar um pouco da Política Nacional da Atenção Básica do Brasil. Eu não gostei  
821 muito da Política Nacional da Atenção Básica de 2017, como eu não gostei muito da de 2011  
822 também. Eu gostei mais da de 2006 porque foi a primeira, e achava que era importante  
823 naquele momento ter uma política que levasse o nome, nunca gostei desse nome, nunca  
824 gostei de atenção básica, acho que a gente devia chamar como todo mundo chama a  
825 atenção primária, a justificativa histórica para essa atenção básica no fundo é meio furada,  
826 porque esse momento passou já, tanto que cada vez mais se usa o termo que é reconhecido  
827 no mundo inteiro que é atenção primária à saúde. E a gente pode reconhecer na Política  
828 Nacional de 2006 a presença do que é a raiz da atenção primária, que são os seus quatro  
829 atributos essenciais. Acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade,  
830 coordenação. Mas eles não aparecem com essa ênfase, eles aparecem junto com outros  
831 princípios e diretrizes, o mesmo equívoco que se repete na de 2011 e na de 2017. Tanto de  
832 2011, como a de 2017 agregam outros conceitos, caros para o movimento da saúde coletiva  
833 brasileira, mas alguns deles muito pouco pragmáticos, pouco testados e com baixíssima base  
834 de evidência de que traz melhoria para a saúde da população, fazem como eu li numa  
835 entrevista do Hêider, infelizmente eu não pude ouvir ele falando da quinta, não sei se ele  
836 disse isso ou não, que essa política de 2017 tem muito texto, tem muita coisa bonita, mas às  
837 vezes não diz muita coisa. Eu acho que essa crítica que o Hêider fez a de 2017 também pode  
838 ser aplicada a versão de 2011, e a de 2006, quando o texto podia ser muito mais diretivo  
839 como uma política que consegue induzir a se realizar realmente a atenção primária no Brasil.  
840 Uma coisa muito importante que a gente tem em 2006 é talvez a consolidação da priorização  
841 da saúde da família como a estratégia para melhor implantar a atenção primária no país. Tem  
842 estudos anteriores a 2006, vários deles mostrando isso, muitos desses estudos foram  
843 produzidos inclusive pelo grupo de pesquisa do qual eu fazia e ainda faço parte, mostrando  
844 que a saúde da família quando comparado com o modelo tradicional, costumava na grande  
845 maioria desses estudos mostrar uma superioridade que aparecia até como se diz em  
846 pesquisa quantitativa, com significância e estatística. Entretanto em muitos desses estudos  
847 essa superioridade mesmo tendo algum significado estatístico, o tamanho da diferença não  
848 era assim tão amplo como poderia ser. Nos últimos estudos que foram publicados essa  
849 diferença inclusive se reduziu um pouco, e isso significa o efeito de contaminação do saúde  
850 da família em cima do modelo tradicional, que tem se guiado um pouco na direção do saúde  
851 da família, e principalmente por uma coisa muito mais pragmática. A gente cada vez mais tem  
852 unidades que são mistas, é um termo horroroso, muito mais um termo de sanduíche do que  
853 de unidade de saúde. Mas unidades em que convive saúde da família com a composição das  
854 unidades tradicionais. E isso obviamente faz com que o modelo fique mais difícil de ser  
855 identificado de maneira isolada, e um dos maiores estudos que a gente fez nesse sentido que  
856 foi no Rio de Janeiro, a gente já comentou sobre Rio de Janeiro algumas vezes, saiu de 3%  
857 de cobertura de saúde da família em 2009 para 70% em 2014. Ele mostra justamente esse  
858 papel de contaminação de saúde da família e scores, notas maiores em média nessas  
859 unidades, o que em estudos anteriores a gente recebeu encomenda também de fazer um  
860 estudo de comparação entre as equipes de saúde da família que eram compostas por  
861 médicos intercambistas cubanos ou por médicos brasileiros do Mais Médicos, e médicos  
862 brasileiros, tudo de saúde da família que não participavam do Mais Médicos. Essa pesquisa  
863 está com seus resultados principais já consolidados, o resto dos resultados ainda está em  
864 análise, são mais de 6 mil pessoas entrevistadas no país inteiro, em todos os tamanhos de

865 municípios, em todas as regiões. Mostram escores superiores as pesquisas anteriores. Então  
866 há uma tendência de melhora da atenção primária do país, mas se a gente compara esses  
867 resultados que são coletados no ano passado e em relação as pesquisas realizadas já no  
868 início do século XXI, o tamanho dessa melhora é muito insipiente ainda, deveria ter havido  
869 em 15 anos uma melhora ainda maior da qualidade da atenção primária. Mas é bom  
870 perceber que há uma melhora com o passar do tempo. Por que é que eu não gosto muito de  
871 nenhuma das PNABs? Porque eu acho que elas não incorporam as coisas que são as mais  
872 importantes para a gente realmente ter atenção primária nesse país, que não é uma disputa  
873 corporativa e não é uma disputa ideológica, é entregar para a população serviços mais  
874 qualificados em relação aos conceitos mais caros que existem no mundo inteiro sobre a  
875 atenção primária, que são esses quatro atributos que todos nós conhecemos bastante bem.  
876 Eu acho que tanto em 2011, como agora, se perdeu a oportunidade de tentar ser mais  
877 incisivo na ampliação do acesso em relação à atenção primária no país. Essa última PNAB  
878 baixa um pouco o limiar do denominador populacional para até 2 mil pessoas, se houvesse  
879 recurso concomitante a isso, seria uma possibilidade sim de ampliar acesso, porque a de  
880 2006 que tem um denominador muito maior, não é possível ter acesso real a atenção primária  
881 se a gente tem uma equipe de saúde da família para 4 mil, 4.500 pessoas, isso não vai se  
882 traduzir em acesso verdadeiro, nem aos agentes comunitários, nem aos técnicos, nem ao  
883 enfermeiro, nem aos médicos. Então essa é uma melhoria processual entre 2006, 2011 e  
884 2017 que vem caindo esse denominador populacional com a possibilidade do financiamento  
885 federal e aqui no nosso caso, que há a composição do financiamento estadual para as  
886 equipes. Mas eu acho que o acesso, a expansão do acesso, tanto no número de pessoas por  
887 equipe que poderia ser mais dirigido para chegar perto de 2 mil, como também a extensão de  
888 horário da abertura das unidades, e outras formas de acesso não presencial que são  
889 correntes em vários outros países com os quais a gente tem total capacidade de se  
890 comparar, passam batido na PNAB agora de 2017, nem se toca nisso de maneira concreta.  
891 Além disso, são 11 anos que separam a primeira política dessa agora de 2017, e a gente não  
892 vê a inovação maior, tem pouquíssima inovação em relação à atenção primária. O  
893 smartphone foi criado em 2007, dá para gostar e dá para não gostar de tecnologia, mas não  
894 dá para dizer que o mundo não mudou depois dessa tecnologia. Mudou e mudou muito, e a  
895 gente não tem nenhuma incorporação maior de tecnologia para a atenção primária brasileira  
896 estabelecida pela sua política maior que é a política federal. Isso é uma pena, é uma perda de  
897 oportunidade. Eu tive a possibilidade de participar nesses três processos dessas três políticas  
898 daqueles movimentos que o ministério em momentos bem diferentes aí da sua existência  
899 sempre promoveu, de juntar trabalhadores, gestores, academia, CONAS, CONASEMS,  
900 convidar ou não o Conselho Nacional de Saúde para participar na formulação da política em  
901 outros momentos sim, e agora não. Várias pessoas que eu conheço sempre deram sugestões  
902 que vão um pouco nessas linhas das coisas que não me satisfazem na Política Nacional da  
903 Atenção Básica, mas elas nunca tiveram eco no texto. Acho que além da questão da  
904 inovação, é muito ruim essa determinação que a gente tem da formatação da equipe, essa  
905 formatação da equipe ela surge em 94 lá no nascimento da saúde da família. Isso faz 22, 23  
906 anos. Era outro país que a gente tinha, hoje o Brasil é completamente diferente, algumas  
907 regiões infelizmente não mudaram muito, mas elas representam um menor tamanho  
908 populacional. E uma política não tem que ser presa a um modelo único de entrega da atenção  
909 primária, ele poderia ter avançado muito mais, numa flexibilização e incorporação muito  
910 melhor de profissionais. A queixa de que a equipe tem que ser multiprofissional. Sim, então  
911 vamos fazer uma equipe verdadeiramente multiprofissional, que não seja equipe de saúde  
912 bucal, o binômio enfermeiro médico, os técnicos e os agentes, cadê as outras profissões da  
913 equipe de atenção primária. No NASF, mas o NASF não tá integrado diuturnamente dentro da  
914 equipe, não dá para ter uma equipe também que seja o próprio NASF e que atenda só 4 mil  
915 pessoas, porque a gente vai ter um grande número de horas de alguns profissionais que não  
916 vão ter muitas atividades. Mas a gente pode incorporar os profissionais a unidades que  
917 tenham um número um pouco superior de equipes e com isso conseguir entregar para a  
918 população toda a vantagem que a presença desses profissionais tem na atenção primária.

919 Um profissional que o Brasil não consegue enxergar a importância que tem na atenção  
920 primária, eu já disse isso em várias plenárias, é o do farmacêutico, está definido  
921 internacionalmente que o farmacêutico reduz mortalidade trabalhando em atenção primária. A  
922 gente tem farmacêutico aonde hoje? Ou ele está na farmácia distrital, ou ele está no NASF  
923 cuidando aí do número grande de equipes, sem condição de conseguir fazer o que ele melhor  
924 faz, que é fazer assistência farmacêutica, farmácia clínica, e com isso mudar mortalidade de  
925 quem tem doença crônica. Isso passa batido na discussão da Política Nacional da Atenção  
926 Básica de 2006 até hoje. E a gente faz uma grande discussão e uma grande revolta e no fim  
927 a gente tem mudanças bem pequenas. A principal mudança que a gente tem é talvez ter um  
928 financiamento que ainda não foi desenhado, não foi proposto pelo ministério, nem pelo  
929 CONASS, nem pelo CONASEMS, para as equipes de atenção básica. Tem rumores de como  
930 vai ser isso, mas eu pessoalmente ainda não vi o desenho desse financiamento. Elas  
931 representam um número muito pequeno de equipes no Brasil, algo que eu ouvi a respeito é  
932 um não passo atrás, é não deixar de financiar as existentes, e inclusive os municípios que  
933 baixarem a cobertura de saúde da família não receberiam financiamento de equipe de  
934 atenção básica, por não poder voltar para trás e reduzir a cobertura de saúde da família, mas  
935 isso ainda não está explícito para nós. Tem a questão dos agentes comunitários, diminuindo  
936 um pouco, pelo menos flexibilizando o número de agentes por equipes, podendo ser  
937 minimamente um, isso não tá escrito, mas é o que é facilmente interpretável na política  
938 quando eu coloco número. E diz que tem que ter agente comunitário, mas não estabelece um  
939 número mínimo, o número mínimo passa a ser um. Não sei, não sei se isso chega a ser um  
940 problema tão grande, além de uma questão corporativa. Eu já disse isso para vocês de  
941 diversas formas, eu não gosto muito dos movimentos corporativos, principalmente na minha  
942 corporação que inclusive é uma das corporações, o Conselho Federal de Medicina que na  
943 última edição do seu jornal critica a Política Nacional da Atenção Básica. Quando o CFM  
944 critica alguma coisa eu penso bastante a respeito, eu costumo está do outro lado da crítica  
945 dele, porque as críticas do CFM na maior parte das vezes representam o que tem de mais  
946 retrógrado no pensamento de organização dos sistemas de saúde. Então se o CFM diz sim,  
947 eu vou pensar o porquê que ele está dizendo sim, e é muito provável que eu diga não ao que  
948 ele diz sim. Essa mudança da presença dos agentes comunitários eu acho que vocês  
949 lembram, ela já ocorreu como uma portaria em maio do ano passado, no final do governo da  
950 Dilma. Produzida pelo Ministro da Saúde de então dentro do governo dela, em que colocava a  
951 possibilidade de ter ou não agente comunitário, não era mínimo um, era técnico de  
952 enfermagem e/ou agente comunitário, o e/ou significa que pode ser ou, isso é substituir  
953 agentes por técnicos. Então essa mudança não é uma mudança que é muito só  
954 contemporânea, ela foi testada dentro do governo da Dilma na gestão passada, tanto que  
955 isso é uma portaria que foi cancelada, anulada, quando o governo do Temer assumiu. E  
956 naquele momento é interessante voltar atrás, dar uma olhada na internet, a gente tem o  
957 COFEN e os Corens elogiando essa portaria, dizendo que vai abrir espaço para os técnicos  
958 de enfermagem, então uma corporação gosta, e tem as associações dos agentes  
959 comunitários criticando dizendo que: ah, é o fim dos agentes comunitários e tal. Eu acho que  
960 isso são disputas de corporações, e não levam em conta o interesse principal das pessoas. O  
961 que a gente tem de evidência sólida produzida no Brasil sobre o papel dos agentes  
962 comunitários é muito claro, eles têm um papel muito importante, principalmente em questões  
963 materno-infantis e em áreas de alta vulnerabilidade. Então eles têm que ser aproveitados ao  
964 máximo na sua capacidade, na sua habilidade de trabalho, para reverter os indicadores ruins  
965 que nós temos em todos os lugares ainda, principalmente aqui em Porto Alegre, materno-  
966 infantil, sífilis congênito é um deles, principalmente nas áreas de maior vulnerabilidade, como  
967 a Restinga, por exemplo, onde o número de agentes deveria ser suficiente para esses nossos  
968 colegas conseguirem fazer um trabalho muito próximo das mulheres, das crianças e grávidas  
969 para tentar reverter entre outros fenômenos de adoecimento, esse da sífilis congênita. O fato  
970 de flexibilizar eu acho que é ótimo, porque ao flexibilizar a composição da equipe tu dá mais  
971 liberdade para a gestão da qual o Conselho Municipal de Saúde é um ente integrante, poder  
972 definir qual o modelo da cidade. Não foi anulada a necessidade de fazer um plano municipal

973 de saúde, nós estamos com o nosso aí sendo discutido amplamente junto ao conselho, vai  
974 para a plenária daqui a duas semanas. Um conjunto de diretrizes, objetivos e metas  
975 formuladas. E ele que vai determinar o que vai ser feito, e com aquelas diretrizes objetivas e  
976 metas, tu vai ter que ter equipes que consigam cumprir com aquelas diretrizes, objetivos e  
977 metas, num país de mais de 200 milhões de habitantes, com as diferenças que nós temos  
978 entre regiões, dentro de regiões, entre as cidades, dentro das cidades, a gente fica preso  
979 numa composição única e pouco criativa, é brincar com a inteligência da gestão, é brincar  
980 com a inteligência dos profissionais de saúde, e é principalmente brincar com a saúde da  
981 população. E esse vício ele tem em 2006, ele tem em 2011, ele continua tendo agora em  
982 2017. A gente tem condições de tecnologias da informação no mundo hoje de conseguir  
983 facilmente e sem grandes recursos financeiros conseguir financiar composições  
984 completamente diversas de equipes que fossem baseadas em necessidades, que é onde a  
985 gente deveria sempre observar, medir e montar o planejamento para o qual a gente tem que  
986 intervir nessas necessidades. E com isso ter equipes completamente diferentes nos mais  
987 variados lugares, pagas e cofinanciadas pelo Ministério da Saúde, porque ela não paga, ele  
988 cofinancia de acordo com a composição delas. Não é muito difícil pensar várias formas de  
989 fazer isso, na verdade é bem fácil. Mas a gente fica numa receita de bolo que no final das  
990 contas vira uma variável Proxy como se diz em epidemiologia que é a saúde da família, de  
991 leve superioridade de modelo, quando a gente percebe que com a epidemia de sífilis,  
992 epidemia de HIV, com os problemas que a gente tem nas doenças crônicas, com a  
993 superlotação das emergências, principalmente que a gente tem na atenção primária, não é  
994 com essas intervenções que a gente vai realmente qualificar a atenção primária. Para a gente  
995 realmente qualificar a atenção primária a gente não tem nem que olhar muito para a PNAB de  
996 2017, nem para a de 2011 e nem para a de 2006. A gente tem que olhar para as  
997 necessidades que a população tem, a gente tem que olhar para as evidências científicas do  
998 mundo inteiro que mostram como fazer atenção primária, e inclusive as nossas, essas dos  
999 agentes comunitários, porque a gente também produz evidência. E a partir disso sim mudar a  
1000 realidade de saúde do país. É isso, muito obrigado. **Sra. Mirtha da Rosa Zenker**  
1001 **(Associação de Terapia Ocupacional do Rio Grande do Sul – ATORGS e Coordenadora**  
1002 **do CMS/POA)** – Eu vou solicitar, então vou ler os conselheiros que estão inscritos. Então eu  
1003 já vou pedindo para se dirigir aqui próximo, o primeiro é o Júlio Jesien. Pode ir, usar ali o  
1004 púlpito. Próximo é Zeelio, Vânia, Valdemar, Letícia e Ana Paula, por favor, vão passando aqui  
1005 à frente, que aí já vai podendo tá brevemente já para a fala. Por favor, Júlio, dois minutos, a  
1006 gente solicitou, organizou no núcleo para a gente poder tá então podendo ter mais  
1007 possibilidade de pessoas falando. Dois minutos. **Sr. Julio César Jesien (SindiSaúde)** – Boa  
1008 noite a todas e a todos. Boa noite a mesa. Então, eu acho que assim, na fala do Hêider, tanto  
1009 na fala do Hêider, quanto do Augustin, a gente vai está se identificando, agentes em saúde,  
1010 representante da classe trabalhadora com a questão da sobrecarga de trabalho, do  
1011 adoecimento e da precarização das relações de trabalho. E quando a gente fala de  
1012 precarização, nos remete a pensar um pouquinho a respeito do Rio de Janeiro e por  
1013 consequência a possibilidade das clínicas da família aqui em Porto Alegre. E isso na minha  
1014 lógica, na minha interpretação ela fere lá o Item 9 do Artigo 7º da Lei 8.080 que fala sobre a  
1015 descentralização. Quando diz que tem que descentralizar a clínica, na minha concepção é  
1016 uma proposta que vai novamente centralizar o atendimento. Pois bem, dito isso eu acho que  
1017 a gente também tem que se preocupar um pouquinho com a precarização que está sendo  
1018 proposta aqui em Porto Alegre e que também não existe mudança nenhuma. Me refiro  
1019 principalmente ao IMESF. E aí quando eu digo IMESF eu quero trazer alguns números que lá  
1020 no SindiSaúde avaliamos. Por exemplo, Hospital de Clínicas 6.500 trabalhadores, Grupo  
1021 Hospitalar Conceição 10 mil trabalhadores. O grupo hospitalar nos atendimentos que nós  
1022 damos de psicologia, atingiu 6%. Já o IMESF com 1.600 trabalhadores atingiu 33% dos  
1023 atendimentos no SindiSaúde. Então o que é que quer dizer isso, quando a gente compara  
1024 uma forma de atendimento ou uma forma de contratação precarizada como é o IMESF, a  
1025 consequência é óbvia, a gente vai ter mais trabalhadores adoecendo. E nós temos  
1026 acompanhado não só os trabalhadores que têm acompanhado o SindiSaúde nessa lógica de

1027 estou adoecendo, muita gente trabalhando adoecida, e usando de medicamento para tá  
1028 trabalhando. Então Hêider, Cláudio Augustin, essa preocupação de vocês com relação ao  
1029 adoecimento, a precarização das relações do trabalho, acho que ela tá muito viva agora  
1030 nessa Política Nacional da Atenção Básica. E nos preocupa muito enquanto sindicato,  
1031 enquanto defensor da classe trabalhadora. É isso. **Sra. Mirtha da Rosa Zenker (Associação  
1032 de Terapia Ocupacional do Rio Grande do Sul – ATORGS e Coordenadora do  
1033 CMS/POA) – Zeelio. Sr. Zeelio – Bom, boa noite a todos e todas. Mesa. E queria perguntar  
1034 para o nosso digníssimo Secretário de Saúde Erno como que vai ficar o HIV/AIDS agora que  
1035 está na atenção básica e migrando para essa atenção básica com o que a gente tá vendo  
1036 com essa PNAB que tu já falou alguma coisa a respeito, eu gostaria que tu me traçasse o que  
1037 é que se pretende fazer daqui para frente com o HIV/AIDS frente essa realidade, esse  
1038 desmonte que está acontecendo do Sistema Único de Saúde. E que a cada dia as pessoas  
1039 vivendo, cronificando cada mais o HIV/AIDS e precisando de tratamento, atenção e promoção  
1040 de saúde. É isso. **Sra. Mirtha da Rosa Zenker (Associação de Terapia Ocupacional do  
1041 Rio Grande do Sul – ATORGS e Coordenadora do CMS/POA) – Vânia. Dois minutos. Sra.  
1042 Vânia – Boa noite a mesa. Boa noite a todos. Eu queria aproveitando a fala que o secretário  
1043 fez em relação às equipes multidisciplinares, que precisamos discutir a equipe  
1044 multidisciplinar. E como a proposta de hoje é trazer a nova PNAB e a realidade de Porto  
1045 Alegre, então eu pediria ao secretário que pudesse discorrer um pouco acho que para o  
1046 público, sobre a nova relação dos núcleos de apoio a saúde da família aqui em Porto Alegre,  
1047 que estão saindo da atenção básica e indo como um serviço especializado. Então que a  
1048 gente pudesse discutir um pouquinho disso, talvez nas plenárias e no núcleo isso já tenha  
1049 sido feito com uma certa exaustão, mas como hoje nós estamos numa plenária maior, e com  
1050 companheiros dos Conselhos Estaduais e Nacional, eu acho que seria importante a gente  
1051 poder abordar um pouquinho todas as mudanças que vêm acontecendo, onde o Núcleo de  
1052 Apoio a Saúde da Família que é a única possibilidade de equipe multidisciplinar além da  
1053 medicina, odonto e enfermagem, como que vão tá podendo trabalhar exclusivamente nesse  
1054 trabalho mais especializado e não reconhecido dentro da atenção básica? **Sra. Mirtha da  
1055 Rosa Zenker (Associação de Terapia Ocupacional do Rio Grande do Sul – ATORGS e  
1056 Coordenadora do CMS/POA) – Obrigada. Valdemar, o próximo Leticia. Sr. Valdemar de  
1057 Jesus da Silva (Conselho Distrital Restinga) – Boa noite a todos e a todas. Cumprimentar  
1058 a mesa na pessoa da Mirtha, cumprimento a todos. Na condição de conselheiro do usuário,  
1059 do controle social, acho que nós temos muitas preocupações,. Na verdade a maior parte das  
1060 nossas preocupações já foi relatada pelas outras pessoas, mas enfim, eu acho que tem uma  
1061 preocupação muito grande com relação ao agente de saúde. Achamos que no conceito da  
1062 atenção básica pelo qual foi criada, para que as pessoas não adoecessem. Então esse  
1063 conceito nos preocupa muito, que a gente entende que caminha para perder esse conceito. E  
1064 até nós queremos ajudar, ajudar a mobilizar a comunidade e achamos que nessa mobilização  
1065 conversando no conselho local, a gente pode inclusive ajudar o secretário. Na questão de  
1066 recursos, porque o secretário fala que precisamos aumentar a qualidade, mas sabemos que  
1067 não temos ampliação de recursos. Está aí as emendas, portaria, o teto do gasto público, a  
1068 gente sabe que isso é muito grave e é um desmonte na nossa atenção básica de saúde. Mas  
1069 eu queria voltar para a questão das agentes, entendendo que as agentes de saúde cumprem  
1070 um papel fundamental dentro das comunidades. Elas evitam que as pessoas adoçam, as  
1071 agentes de saúde elas sabem o remédio que cada pessoa toma, elas sabem a orientação  
1072 que tem que dar, e sabe o que precisa fazer para que as pessoas não parem no hospital.  
1073 Nem ter preocupação com relação às agentes de saúde e a gente queria trabalhar junto para  
1074 que não fosse desmontado esse conceito, essa importância que tem as agentes de saúde  
1075 para que as pessoas não adoçam. E que a gente não perca esse conceito aí pelo qual esse  
1076 foi criado, para as pessoas não adoecerem. E ter muita preocupação também com relação à  
1077 clínica, que não seja um amontoado de serviços e se perca realmente isso que a gente lutou  
1078 muito para conquistar, essa questão para que as pessoas não adoecessem. Muito obrigado.  
1079 **Sra. Mirtha da Rosa Zenker (Associação de Terapia Ocupacional do Rio Grande do Sul  
1080 – ATORGS e Coordenadora do CMS/POA) – Leticia. Depois será Ana Paula. Sra. Maria********

1081 **Letícia de Oliveira Garcia (Conselho Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal)** – Boa noite a todos,  
1082 boa noite a mesa. Acho que primeiro saudar as participações e os elementos que foram  
1083 trazidos pelo que trouxeram aqui a contribuição ao debate, acho que todos foram muito  
1084 importantes. Mas eu queria trazer para vocês e dialogar um pouquinho, um pouco do que a  
1085 Mirtha trouxe com relação ao papel do Conselho Municipal de Saúde, especialmente no que  
1086 diz respeito à atenção básica no nosso município. Então a comunidade e o conselho, a  
1087 comunidade de Porto Alegre, a população de Porto Alegre, o conselho de saúde, tem feito um  
1088 acompanhamento, tem feito, tem contribuído na evolução da atenção básica no nosso  
1089 município. Então ao longo dos anos a gente teve um avanço com relação à atenção básica na  
1090 nossa cidade, e a gente considera isso que esse avanço ele teve o papel fundamental do  
1091 Conselho Municipal de Saúde. Eu queria até lembrar aqui que no momento lá em 2008  
1092 quando nós trouxemos, nós fizemos essa discussão no conselho quando o conselho  
1093 entendeu que precisava definir uma política de saúde, inclusive o Hêider e o Erno fizeram  
1094 parte do seminário que o conselho organizou, e que esse seminário então definiu a primeira  
1095 resolução do conselho de saúde que definiu a atenção básica como modelo de assistência no  
1096 nosso município. Então acho que isso é uma questão muito importante, e que a partir daí  
1097 acho que outros também citaram, e a Ana Paula acho que vai aprofundar um pouquinho isso,  
1098 a segunda resolução do conselho que foi um aprofundamento da primeira, com todo debate  
1099 das questões que a Mirtha trouxe também do seminário e do grupo de trabalho também  
1100 organizamos. Então hoje nós temos uma resolução que define o que é atenção básica para  
1101 nós, então nós precisamos, eu acho que esse momento é importante para isso, a partir do  
1102 que temos, avaliar e mudar e modificar o que for importante e definitivo para nós. Então acho  
1103 que agora temos a comissão da atenção básica no nosso município, e a gente tem trabalhado  
1104 essas questões, a gente espera que avance, é claro que sempre com o papel com a definição  
1105 e a deliberação no Conselho Municipal de Saúde, disso não abrimos mão. Obrigada. **Sra.**  
1106 **Ana Paula de Lima (Conselho Distrital Leste)** – Ana Paula, Conselho Distrital Leste.  
1107 Também fazendo parte da Comissão de Saúde Mental e da Comissão da Atenção Básica. Na  
1108 verdade o tempo é curto, eu queria fazer três perguntas aqui. Uma para o Hêider, que ele  
1109 pudesse comentar dentro desse cenário todo que foi colocado aqui, onde a gente vê que o  
1110 pilar central é a questão do financiamento. E no contexto em que nós estamos vendo da  
1111 questão do financiamento da saúde, como que fica, como que você vê a questão das  
1112 parcerias público-privadas nesse contexto, nesse cenário, dado que essa tem sido anunciada  
1113 como uma das principais estratégias do prefeito atual para poder dar conta e enfrentar então  
1114 esse cenário? Para o TCE, eu queria trazer uma questão que pudesse nos instrumentalizar,  
1115 está mais próximos de nós, do conselho, para que a gente pudesse fazer realmente valer em  
1116 parceria com esses atores que estão aqui. Essas, a própria função do conselho que a gente  
1117 vê todo tempo sendo desrespeitada. E queria que do Ministério Público pudesse comentar o  
1118 que é, como que a gente lida com discricionariedade do gestor? Porque cada vez que eu vou  
1119 numa reunião do Ministério Público eu ouço isso, mas existe a discricionariedade, portanto  
1120 você é um ente que tá acima de tudo, e tudo justifica e discute e aponta, mesmo constatado  
1121 irregularidades, e esse conselho tem uma trajetória extensa nesse sentido, a gente demora  
1122 muitos anos para poder ver acontecer, ver valer algum tipo de controle dessa situação com  
1123 relação ao gestor. Então gostaria que nos ajudasse a ser mais incisivos nesse cumprimento  
1124 do papel do gestor que parece que é um ente que a gente não consegue tocar. **Sra. Mirtha**  
1125 **da Rosa Zenker (Associação de Terapia Ocupacional do Rio Grande do Sul – ATORGS**  
1126 **e Coordenadora do CMS/POA)** – Então passo para a mesa então para as respostas. Eu  
1127 acho que vou passar primeiro para o Erno. E estamos ainda aceitando inscrição, inscrições  
1128 então para o segundo bloco. **Sr. Erno Harzheim (Secretaria Municipal de Saúde – SMS)** –  
1129 Fazer por ordem aqui. Começar pelo Julio. Eu não sei Julio, não conheço bem esses dados  
1130 que tu colocaste aí da busca por consulta, apoio, principalmente consulta de psicologia,  
1131 comparando Conceição com IMESF, tem que olhar, porque as pessoas podem procurar  
1132 outros lugares que não o SindiSaúde para ter o seu apoio. Então não sei se isso representa  
1133 realmente um potencial de adoecimento maior no IMESF que no Conceição, acho que essa  
1134 não é a melhor maneira de medir, a gente deveria medir de outra forma. Não sei se o Hêider

1135 que criou a fundação lá na Bahia, Fundação Estatal que fazia contratação via CLT para  
1136 conseguir ter equipe de saúde da família no interior do estado, e foi uma grande inovação  
1137 para a saúde pública brasileira. E pelo que eu me lembro meio que a fundação foi exemplo  
1138 para criação de várias outras. A gente tem a de Santa Rosa aqui que é a mais antiga, mas ela  
1139 ficou muito focada ali no norte do estado, e foi depois que a Fundação Estatal de Saúde da  
1140 Família da Bahia foi criada, várias outras fundações foram criadas. Então não sei se lá vocês  
1141 tinham uma avaliação melhor, a gente não tem, acho que é um tema super importante que a  
1142 gente tem que realmente olhar para ver se o trabalhador do IMESF adoece mais do que  
1143 outros que trabalham numa situação semelhante. O Zeelio falou do HIV/AIDS, da PNAB. Eu  
1144 acho que não tem nada a ver uma coisa com a outra Zeelio, porque a gente tem aqui o nosso  
1145 número de equipe de saúde da família, são 232 credenciadas, a gente está no ápice da  
1146 presença de médicos nela. A gente sempre teve em Porto Alegre cerca de 200, 205, 197  
1147 dessas equipes com médico. Hoje se eu não estou enganado a gente está perto de 220, 222,  
1148 não sei, Frank? É 222? Não tem nenhuma unidade sem médico nesse momento na cidade, a  
1149 gente teve a perda abrupta de 15 médicos do Mais Médicos, hoje eu conversei com o pessoal  
1150 do ministério, não houve uma comunicação prévia para nós disso. Isso vai ser mudado lá, e é  
1151 provável inclusive que a gente consiga recuperar, a gente recuperou cinco dos 15, que a  
1152 gente consiga recuperar mais ainda, e aí a gente tem todas as equipes com médico. Não vai  
1153 durar muito porque em seguida outro contrato de Mais Médicos vai findar, a substituição  
1154 demora dois, três meses, daí fica de novo com 225 médicos, faltando médico em cinco, seis,  
1155 sete, é uma coisa um pouco flutuante que só se a gente conseguir incorporar mais recursos  
1156 na saúde da cidade, que a gente vai conseguir compensar. Eu não sei se tu já viste o plano  
1157 municipal de saúde, tem várias metas relacionadas ao HIV ou a outras condições de  
1158 morbidades semelhantes, é uma grande prioridade nossa. A gente vai investir em outras  
1159 formas de acesso ao cuidado para algumas populações específicas, que tem certa dificuldade  
1160 inclusive de usar o modelo que nós temos ainda aqui em Porto Alegre com horário reduzido  
1161 de atendimento, das 8h às 17h ou das 8h às 18h, infelizmente a gente só tem três unidades  
1162 que funcionam até mais tarde, a Rubem Berta que já funcionava e as outras duas que a gente  
1163 implantou. Então tem que ter outras formas de conseguir absorver a população que não  
1164 consegue se encaixar nesse horário de atendimento, a gente está iniciando um processo de  
1165 parceria muito forte com a Coordenação de DST/HIV/AIDS e tal do Ministério da Saúde, vai  
1166 colocar recurso aqui em Porto Alegre. Nós vamos dar uma revitalizada na dermatologia  
1167 sanitária, num termo de cooperação com o estado, não é a municipalização da dermatologia  
1168 sanitária, é a gente ajudar o estado a transformar aquele equipamento que é muito caro na  
1169 história do HIV/AIDS aqui na cidade, muito importante, foi lá que nasceu todo início da  
1170 abordagem do HIV/AIDS aqui em Porto Alegre. A gente vai incorporar profissionais lá para  
1171 conseguir retomar os bons tempos da dermatologia sanitária. Então eu não tenho uma  
1172 preocupação no sentido que tu tem, eu tenho uma preocupação com o problema do HIV/AIDS  
1173 que é muito sério na cidade, é o pior cenário que a gente tem no país, e a gente tem que  
1174 buscar outras alternativas que não são as mesmas até agora buscadas, senão ele vai  
1175 continuar igual, porque se tu continua fazendo a mesma coisa e o problema só cresce, ele vai  
1176 continuar crescendo. E aí as sugestões que vocês tenham nisso são muito bem-vindas. Vânia  
1177 não entendi muito bem a tua colocação, a gente tem hoje sete equipes do NASF recebendo  
1178 recurso do governo federal, eram cinco antes, a gente teve que reequilibrar as nove que a  
1179 gente tinha, quatro das quais não recebiam recursos justamente para conseguir receber o  
1180 recurso. A gente não pode abrir mão nesse momento de nenhum recurso que venha do  
1181 governo federal ou estadual, a gente tem que tentar se ajustar um pouco às determinações  
1182 que vem desses entes para captar mais recurso, desde que isso pareça lógico, racional,  
1183 baseado em necessidades e também em evidências, e que responda aos anseios da  
1184 população. E a gente está tentando justamente fazer com que os colegas que trabalham no  
1185 NASF tenham mais entrega do seu papel dentro da sua profissão e na interação com os  
1186 outros profissionais para a população. E aí a gente está tentando fazer esse desenho de mais  
1187 consultas realizadas pelas profissionais que trabalham no NASF, e isso é num viés de  
1188 regulação, justamente porque o número de profissionais que a gente tem que não são desse

1189 trio de nível superior, médico, enfermeiro e odonto, é pequeno na cidade. Então se a gente  
1190 não regula o acesso e faz com que o contato com o psicólogo, com o nutricionista, com o  
1191 fisioterapeuta seja de quem mais precisa, a gente corre o risco de aumentar a iniquidade, a  
1192 regulação clínica tem esse papel, tentar fazer com que a pessoa que mais precise, chegue  
1193 mais rápido num recurso, principalmente se esse recurso é escasso. E justamente pela crítica  
1194 que eu fiz a esse conjunto de políticas de atenção primária que a gente tem no Brasil, a  
1195 multiprofissionalidade ela é um discurso, mas ela nunca foi financiada pelo governo federal,  
1196 nem pelo governo estadual e nem pelo governo municipal, de forma realista. Então como a  
1197 gente tem poucos profissionais das outras profissões, que não odonto, enfermeiro e médico,  
1198 não tem como ter um acesso aberto, porque não vai funcionar, vai ter uma fila para fazer uma  
1199 consulta, e quem vai consultar vai ser a pessoa que precisa. Aí tem o papel amplificador do  
1200 NASF discutindo o caso, discutindo o processo de trabalho com as equipes, mas não pode  
1201 ser só isso também, porque a gente tem muitas pessoas que consultam nas unidades de  
1202 atenção básica, de atenção primária, que precisam ter um encontro individual também ou em  
1203 grupo, mas é uma atividade individual daquele profissional para conseguir um melhor retorno  
1204 daquela profissão. Concordo com o Valdemar, tem que fortalecer o trabalho dos agentes  
1205 comunitários, acho perfeito isso, as clínicas da família nunca serão um amontoamento. Os  
1206 recursos federais não aumentam, o recurso não aumenta. Não sei se o conselho já analisou a  
1207 LOA que foi enviada para a câmara, entregue em mãos na semana passada e enviada nessa.  
1208 Como disse a Heloisa, integrante aí da SETEC, ela disse isso várias vezes, foi uma das  
1209 primeiras vezes, senão a primeira vez em que o PPA e depois a LOA saíram espelhados das  
1210 diretrizes objetivas e metas do plano. Então não tem nada no plano que não tenha um calço  
1211 financeiro, e a LOA que a gente entregou para a fazenda é a LOA que está na câmara. Não  
1212 teve um corte de R\$ 1,00 e tem R\$ 100 milhões a mais do que esse ano, que representa  
1213 tirando os recursos de folha 14% de aumento do recurso em saúde da cidade. Se no ano da  
1214 pior crise brasileira a gente aumenta 14% o recurso que não é da folha no município de Porto  
1215 Alegre, isso não é uma prioridade da saúde, eu não sei de quanto seria esse aumento. Eu até  
1216 gostaria de saber qual município aumentou em 14% o recurso livre de receita corrente líquida  
1217 para botar na saúde do país nesse momento? Nós botamos, está na LOA, inclusive defendida  
1218 pelo Secretário da Fazenda na minha frente, na última reunião, na sexta-feira da outra  
1219 semana antes de entregar na Câmara, em que a gente ficou discutindo orçamento até as 22h  
1220 lá no Passo. Porque o Secretário de Saúde participa da discussão do orçamento da  
1221 prefeitura, por isso que têm R\$ 100 milhões ano que vem a mais do que esse ano, e esse é  
1222 recurso para voltar para a população de Porto Alegre. A Letícia falou do papel do conselho e  
1223 tal, a gente tem algumas divergências na visão disso, são as nossas divergências, vocês já  
1224 expuseram elas várias vezes, e as perguntas da Ana Paula não são dirigidas para mim, para  
1225 o TCE e para o Hêider. Então desculpa se eu me alonguei. **Sra. Mirtha da Rosa Zenker**  
1226 **(Associação de Terapia Ocupacional do Rio Grande do Sul – ATORGS e Coordenadora**  
1227 **do CMS/POA)** – Passo então a palavra para o Hêider. **Sr. Hêider Aurélio Pinto (Conselho**  
1228 **Nacional de Saúde)** – Vou responder a pergunta do Erno. Vou responder a pergunta como  
1229 foi feita pela Ana Paula, e aproveitar para dialogar umas questões com o Erno. Erno assim,  
1230 quando eu estou fazendo esse debate do texto, eu fiz uma separação da seguinte maneira:  
1231 de um lado todas as PNABs de qualquer tipo de portaria de política, a gente pode analisar lá  
1232 no texto e a gente pode ver do que o texto se traduz em diretrizes organizacionais,  
1233 normativas de regulação de indução e de financiamento. A crítica que eu tenho feito, até fiz  
1234 hoje aqui a PNAB, é menos do texto comparando o texto de todas as três, que aí a gente  
1235 pode fazer uma análise hermenêutica de conceitos, etc. e tal. Mas enquanto política pública,  
1236 o que é que elas regulam, o que é que elas financiam, o que é que elas induzem. Nesse  
1237 aspecto tem uma diferença muito grande da de 2011 para a de 2017. A de 2011 ela foi  
1238 publicada em novembro de 2011 quando já havia tido uma série de mudanças normativas  
1239 que inclusive impactaram aumento do financiamento. Programa de qualificação das unidades  
1240 básicas, PROVAB, PMAQ, mudança do financiamento, aquela mudança que culminou com o  
1241 aumento de 104%. A PNAB ela veio depois só para poder colocar isso num arcabouço só.  
1242 Então as mudanças todas elas já tinham acontecido, que eram mudanças normativas, que

1243 induziam em financiamento. Essa mudança agora ela do ponto de vista do texto, eu nem  
1244 entrei tanto no debate do texto que eu não tenho feito esse debate, pelas mesmas razões que  
1245 você tem colocado, porque texto por texto é só recomendação, gestor municipal não precisa  
1246 nem fazer e nem deixar de fazer. Agora a grande questão é que quando você vai fazer uma  
1247 análise das normas, as mudanças normativas da PNAB são mudanças que apontam numa  
1248 lógica de desregulamentação para a economia de custos. Numa situação de redução dos  
1249 recursos, por exemplo, o orçamento de 2018, não se vocês estão acompanhando, na atenção  
1250 básica ele é menor em valores reais do que o orçamento de 2014. E não há aumento do  
1251 financiamento nem per capita, nem do PIB, em valores absolutos, não estou nem falando em  
1252 valores reais, desde 2014. Então tem uma redução importante que já vai chegar agora, eu  
1253 faço parte da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde, que  
1254 ela vai chegar em mais ou menos 20% de desvalorização de valor real, para financiar as  
1255 mesmas ações, e neste contexto se desregulamenta. Então aí eu vou pegar o segundo ponto  
1256 dos agentes comunitários de saúde, que eu acho que é uma questão importante. Em 2011,  
1257 eu não falei aqui, mas eu fui Diretor da atenção básica de 2011 a 2014 do Ministério da  
1258 Saúde. De 2011 até 2014 a gente estava fazendo uma expansão de equipes, aumento do  
1259 financiamento, e foi lançado o programa Melhor em Casa que era de responsabilidade do  
1260 Departamento de Atenção Básica relacionada à atenção domiciliar e internação domiciliar. O  
1261 que é que foi percebido? A atenção domiciliar não conseguia liberar os usuários, transferir o  
1262 vínculo e o cuidado para a equipe de saúde da família, porque o enfermeiro da equipe de  
1263 saúde da família não conseguia assumir as responsabilidades de cuidar a domiciliar porque  
1264 era um ou no máximo dois técnicos de enfermagem para a equipe. Naquele contexto alguns  
1265 municípios: Curitiba, Rio de Janeiro, Florianópolis e Goiânia, conversaram sobre a  
1266 possibilidade de reforçar o princípio, que era o princípio da atenção domiciliar tipo 1, que é  
1267 aquela que é realizada pela atenção básica, e para isso precisava ter mais técnicos de  
1268 enfermagem. Então nós fizemos um desenho onde algumas equipes na expansão, elas  
1269 poderiam ser equipes que combinariam a quantidade de agentes comunitários com técnicos  
1270 de enfermagem, com o cuidado de não fazer indução financeira reversa, ou seja, o cara que  
1271 fosse trocar uma equipe com agente comunitário para aumentar a quantidade de técnico de  
1272 enfermagem, ele teria que desembolsar dinheiro, não ia ser mais fácil para ele, ele teria que  
1273 fazer um investimento. Então você não induziria pela substituição de recurso, você exigiria  
1274 que ele agregasse mais recurso. Aí você faz com quem está querendo colocar mais recurso  
1275 para uma necessidade específica, e não quem está querendo economizar recurso. Então  
1276 essas diferenças elas são importantes para entender que essa mudança agora é uma  
1277 mudança que ela economiza recurso. Você trocar uma equipe de saúde da família por uma  
1278 equipe recebendo metade do financiamento que é a equipe não saúde da família, tirando a  
1279 média de seis agentes comunitários de saúde, na entrada e saída a vantagem é positiva. Por  
1280 isso que esse elemento ele é decisivo para além do texto, é uma normatização que na  
1281 verdade ela desregulamenta e ela produz uma vantagem comparativa financeira, juntando  
1282 essa parte texto, norma e financiamento. Essa mudança que aconteceu em 2015 e 16, onde  
1283 foi publicada uma portaria logo, menos de 20 dias antes ali do golpe e tal, tem que lembrar o  
1284 seguinte: ela não passou pela Presidenta Dilma, posso falar porque eu era Secretário da  
1285 SEGETH, ela já foi do ministério do PMDB, e com a pressão forte feita pela CONASEMS e  
1286 que rachou dentro do governo federal. Posso dizer por que eu era dos contrários a proposta  
1287 de fazer uma retirada do mínimo dos agentes comunitários naquele contexto, porque o  
1288 debate 2011 é um debate de expansão e de ampliação da capacidade das equipes de  
1289 atenção básica de fazer a atenção domiciliar. A proposta de 2015 ela é essa mesma proposta  
1290 de agora. A de 2016 é a mesma proposta, a de 2016 quando o ministro era o Marcelo Castro  
1291 é a mesma proposta de agora, era uma demanda de desregulamentação para que um gasto  
1292 fosse cortado na atenção básica, que fosse o gasto dos agentes comunitários de saúde. Em  
1293 relação à flexibilização, o que é que eu penso assim? Eu penso que o mínimo que a gente  
1294 pode querer para a atenção básica, no mínimo é a gente ter médico, enfermeiro, técnico de  
1295 enfermagem, o agente comunitário de saúde, que esse médico ele seja ou médico que atue  
1296 do ponto de vista generalista, ou o médico que seja e tenha formação em medicina de família

1297 e comunidade. A flexibilização ela é bem-vinda quando ela agrega isso. Se nós tivermos uma  
1298 política que reconheça a importância do farmacêutico, na Unidade Básica de Saúde que você  
1299 tem as seis equipes, ou como tinha em Aracaju, assistente social para uma quantidade x de  
1300 profissionais, ou fisioterapeuta, etc., é uma flexibilização interessante que ela reconhece a  
1301 capacidade do território de definir necessidade, de fazer planejamento e etc. O problema  
1302 dessa política agora é que ela flexibiliza tirando o mínimo, ela flexibiliza possibilitando que  
1303 você tenha horários parciais dos profissionais fazendo uma verdadeira, um monte de  
1304 pequenos plantões na unidade básica que quebram a possibilidade de coordenação do  
1305 cuidado, trabalho em equipe, longitudinalidade do cuidado, o usuário pode ir, por exemplo, na  
1306 unidade, e/ou ele vai esperar até a vez que vai coincidir a agenda do médico com a agenda  
1307 dele, ou cada vez que ele for, e ele não escolhe quando é que ele vai, ele vai ser obrigado a  
1308 atender com médico diferente, porque o médico pode ser que não trabalha segunda-feira de  
1309 manhã e quarta de tarde, o outro trabalha em outros horários. Então eu concordo com essa  
1310 crítica que o Erno faz, é minha também essa crítica. O problema é que há flexibilização nesse  
1311 contexto na desnormatização e redução do financiamento ela é para retirar o mínimo. Não  
1312 para dar outras possibilidades onde você agrega complexidade, densidade e etc. para as  
1313 equipes. A última coisa que eu queria chamar então a atenção é que isso, a PNAB ela  
1314 sempre, a nacional, o melhor desenho de PNAB enquanto política pública nacional em  
1315 situações que a gente discutiu aqui que o SUS sempre foi subfinanciado, é um desenho que  
1316 você consegue garantir para todo o Brasil, 5.570 municípios, o que você considera que é o  
1317 basal, o básico de avanço que você precisa ter e garantir de dúzias de modelo, e uma política  
1318 que ela não cerceie, dificulte e atrapalhe a inovação local e as possibilidades de complicação  
1319 local. Esse é o desenho, mas nunca a política de atenção básica ela pode servir de parâmetro  
1320 para uma política municipal de atenção básica. Até porque de fato o município tem uma  
1321 capacidade de especificar, de singularizar e de fazer alguns tipos de investimentos, que o que  
1322 seria ótimo seria se a Política Nacional tivesse recurso inclusive para cofinanciar algumas  
1323 dessas inovações. Mais uma vez é isso que eu critico, essa política da atenção básica ela foi  
1324 calculada para ser mais barata. Por exemplo, tem uma coisa que é super importante que é a  
1325 informatização, que a PNAB coloca agora com outro texto, mas a norma já existe desde 2013  
1326 quando foi lançado o e-SUS, o parâmetro de 2000, por exemplo, ele já tem consequência  
1327 financeira desde 2014, ele foi feito no âmbito do Mais Médicos, está no texto agora 2 mil  
1328 pessoas no mínimo. Mas o efeito concreto de norma e financiamento já existe desde 2014.  
1329 Eu fico criticando dizendo o seguinte, o que ela traz de alguns avanços normativos são  
1330 normas que já existiam. Agora, por exemplo, tem uma proposta do ministério que vai  
1331 descontar do PIB variável alguns custos de informatização. Esse dinheiro antes era da  
1332 Secretaria-Executiva, era do DATASUS. Agora ele vai ser descontado metade no PAB  
1333 variável. Então você não aumenta o PAB variável desde 2014 em números absolutos, e você  
1334 permite que possa ser descontado agora. Então a crítica fundamentalmente é menos, eu nem  
1335 entrei muito nesse debate, no que é que tem dos conceitos e etc, é a crítica mais do que é  
1336 que ela se traduz enquanto norma e financiamento. Para concluir, as duas questões, a  
1337 questão do Erno. Assim, o que é que eu queria chamar a atenção de vocês? Lá na Bahia foi  
1338 em 2007, foi uma proposta fazer uma carreira para os trabalhadores da atenção básica,  
1339 equipe mínima e NASF, para que pudessem enfrentar o problema da falta de profissionais e a  
1340 falta de fixação dos profissionais. Não era possível fazer uma carreira municipal em mais de  
1341 90% dos municípios. E uma carreira para atender todo o estado, ou ela era do governo do  
1342 estado, concursado do governo do estado, e os gestores municipais eram contrários, porque  
1343 aí o trabalhador seria do governo do estado e não do município, para a atenção básica que é  
1344 execução municipal, ou ela seria uma carreira interfederativa. Pela nossa constituição você  
1345 não pode ter regime jurídico único de mais de um ente, ele é único de um ente. Quando você  
1346 tem mais entes, ele precisa ser celetista, mesmo que seja um consórcio público de direito  
1347 público. Então a modalidade em vez de ser consórcio público de direito público ou consórcio  
1348 público de direito privado, foi a de fundação estatal, que na Bahia foi aprovada tanto no  
1349 Conselho Estadual de Saúde, quanto foi aprovada na Conferência Estadual de Saúde, e que  
1350 se vocês forem perguntar na Bahia, o desenho de carreira construído foi construído junto com

1351 os trabalhadores e é a carreira mais bem avaliada, que ela é melhor avaliada do que a própria  
1352 carreira do governo do estado da Bahia. E isso a gente já conseguiu apresentar juntos na  
1353 mesa nacional de negociação e etc. Lá na Bahia, eu tenho aprofundamento aqui, lá na Bahia  
1354 eu não tenho os dados atuais, agora o índice de adoecimento dos trabalhadores da FESF era  
1355 menor do que dos estatutários do governo do estado. Por algumas razões que aí se a gente  
1356 for debater, a gente conversa. Agora lá é concurso, tem o concurso e o profissional é  
1357 empregado público, não pode ser demitido, só se a demissão for motivada. Então ele é igual  
1358 o que era, por exemplo, meu pai que era funcionário concursado do Banco do Brasil. Ele para  
1359 poder sair ou é demissão motivada ou é plano de demissão voluntária, ele não pode ser  
1360 demitido como acontece com o celetista no setor privado. No caso lá não era um caso que  
1361 tinha o que você tá dizendo, vocês estão trazendo aqui que tinha maior grau de adoecimento,  
1362 na verdade o grau é menor, mas não é bom comparar isso, porque a carreira da FESF é  
1363 nova, e a carreira do governo do estado é mais antiga, portanto tem uma idade maior na  
1364 carreira no governo do estado. Além disso, é ruim também comparar trabalhos diferentes, a  
1365 atenção básica, a UTI, por exemplo, são trabalhos mais desgastantes do que alguns outros  
1366 lugares do serviço de saúde. A última coisa em relação às parcerias público-privadas que a  
1367 Ana Paula me perguntou, o que é que eu posso trazer assim? A primeira coisa é o seguinte, o  
1368 que é que a gente tem visto no momento de redução de financiamento? Os lugares que  
1369 fizeram investimento da expansão da rede via administração direta ou administração indireta,  
1370 eles têm tido mais capacidade de resistir aos problemas do financiamento, com razões  
1371 óbvias. O que aconteceu no Rio de Janeiro com o Crivella que começou a quase de assalto,  
1372 fez uma redução brutal na quantidade de equipe de saúde da família e agora tem feito aos  
1373 poucos, é justamente porque na verdade ele pode simplesmente suspender um contrato, ele  
1374 pode simplesmente não renovar um contrato com a OS, e aquela OS vai ter que enxugar.  
1375 Agora, por exemplo, as OS do Rio de Janeiro receberam metas de redução de 20% no custo.  
1376 Então elas já estão transformando todas as equipes esperando a nova PNAB para reduzir a  
1377 quantidade de agente comunitário de saúde. Quando você tem isso na administração direta e  
1378 indireta, você tem mais capacidade de resistência e regularidade do estado, porque não é tão  
1379 simples assim você fazer, a lei de unidade fiscal permite até que você possa fazer  
1380 exoneração de servidor público por questões orçamentárias, mas isso precisa ser provado,  
1381 tem muito mais ação dos órgãos de controle, é um outro tipo de perspectiva. A tendência que  
1382 tem acontecido gente é a tendência da terceirização. Como é que a terceirização ela  
1383 consegue ter ganhos em especial, menos na atenção básica, em especial, mas também  
1384 agora com a Lei de Terceirização pode acontecer, e a reforma trabalhista, mas isso acontece  
1385 fortemente nos hospitais. Pejotização, ela pega o trabalhador e transforma o trabalhador PJ,  
1386 nisso ela reduz os custos trabalhistas, e ela consegue ter uma lógica que ela ganha em cima  
1387 do turnover, então é a clássica maxi exploração do trabalhador. Se você tem uma terceirizada  
1388 que ela adota a lógica da pejotização, o custo dela é mais barato que a filantrópica. Então aí  
1389 tem um elemento fundamental no debate das políticas públicas que é entender o seguinte,  
1390 até que ponto um conjunto de elementos de investimento no trabalhador são decisivos para a  
1391 inteligência institucional, para a capacidade, para a qualidade e para o investimento no médio  
1392 e longo prazo. Por exemplo, você não tem que trocar todo tempo o profissional, perder a  
1393 capacidade que a equipe começou a trabalhar junto, são raciocínios que são raciocínios até  
1394 de gestão, eles são de mais longo prazo do que aquela ideia do custo que você tem imediato.  
1395 A outra coisa para concluir isso, que tem havido de parcerias público-privadas, normalmente  
1396 elas têm trabalhado com um binômio muito complicado, que tem alguns estudos inclusive no  
1397 estado de São Paulo que analisam isso. Um eu já falei que é reduzir o custo da força de  
1398 trabalho através da pejotização. O segundo é o clássico modelo da seletividade dos  
1399 pacientes, você tem algoritmos hoje que você consegue usar numa porta de entrada de  
1400 serviço de saúde para poder saber se aquele usuário provavelmente ele vai gerar um custo  
1401 de internação que é maior ou menor do que a IH que ele vai receber, de maneira que eu  
1402 posso receber aquele que provavelmente o custo dele vai ser abaixo da IH, e pegar aquele  
1403 que vai ficar acima, e eu encaminho ele para o hospital público mais próximo para ser  
1404 absorvido no sistema público. Os planos de saúde fazem muito isso quando tentam fazer

1405 seleção de clientela, favorecidos agora pela nova legislação mais frouxa dos planos de  
1406 saúde. E obviamente a capacidade de uma parceria público-privada de conseguir construir  
1407 mecanismos que driblem a capacidade do estado de regular, normalmente tem sido mais  
1408 rápida e mais efetiva do que o desenvolvimento da capacidade regular. É só ver os estudos  
1409 com o município de São Paulo. O município de São Paulo e o estado de São Paulo, vamos  
1410 pegar o estado de São Paulo que falava não, a gestão pública em São Paulo se especializou  
1411 na regulação dos contratos e tal, é só vocês perceberem que se tem alguém que desconta  
1412 rapidamente na regulação dos contratos na administração pública, as OS e as PPPs  
1413 contratam esse cara a peso de ouro, e esse é justamente o cara que tem inovado nos  
1414 modelos de prestação de contas que acaba sempre colocando. Para concluir isso, faz com  
1415 que um grande idealizador das OS e PPPs nos anos 90, Bresser Pereira, tenha reafirmado a  
1416 posição dele para OS no caso de desenvolvimento tecnológico, inovação, ciência e tecnologia  
1417 e etc., e ele tem afirmado que ele faz autocrítica entendendo que as contradições entre a  
1418 produção do lucro e o cuidado das pessoas na saúde é de tal grau, e a capacidade de  
1419 inovação e de driblar a regulação na parceria público-privada é tão grande pelo lado do  
1420 privado, que ele não recomenda mais esse tipo de modelo para a área da saúde, vocês  
1421 podem dar um google aí que vocês vão ver o Bresser Pereira falando disso na área da  
1422 saúde. Então eu vejo com ressalvas as possibilidades de participação do privado pelo que eu  
1423 mostrei para vocês, pelo que está no relatório do coalizão saúde, e para concluir pela fala que  
1424 o ministro fez aqui na região metropolitana. Ministro fez uma fala na região metropolitana  
1425 dizendo o seguinte: olha, vocês sabem que o recurso nós estamos num momento de crise,  
1426 então para que é que você vai sustentar 100% dos seus leitos hospitalares. Você pode fazer  
1427 o seguinte, você pode terceirizar, passa o seu hospital para uma PPP ou para uma OS,  
1428 coloca no contrato que ele tem que garantir 70% daqueles leitos para o SUS, e aí baixa o  
1429 custo em 30%, e aí você autoriza ele a ele poder vender esses 30% dos leitos para o privado.  
1430 Aí olhe que maravilha, em vez de você captar recurso do governo federal, você vai captar  
1431 recurso do privado. Então o plano privado ele vai precisar vender aquilo, ele vai pagar para a  
1432 organização social ou para a PPP que você não pode receber, e você consegue a  
1433 transferência desse recurso através de uma compensação, onde eu pagava R\$ 100 mil, e  
1434 agora eu vou pagar R\$ 70 mil, fazendo uma economia disso. Quer dizer, o ministro não  
1435 explicou com essa riqueza de detalhes, mas ele fez essa fala, isso até foi para a imprensa na  
1436 época, onde aponta um pouco o que é o salve-se quem puder numa lógica de redução do  
1437 financiamento do SUS e congelamento nos próximos 20 anos, que todo mundo sabe que é  
1438 uma situação insustentável para o sistema de saúde. Então por isso que eu vejo com muitas  
1439 ressalvas esses movimentos, em especial no momento de restrição orçamentária onde a  
1440 lógica imposta é a lógica da redução de gastos, ainda que várias dessas reduções de gastos  
1441 podem culminar com o aumento do custo, porque uma pessoa cuidada perto de casa antes  
1442 dela ter diversos problemas relacionados a sequelas ou piora do quadro crônico ou  
1443 comorbidades, é muito mais barato para o sistema, para a produtividade da economia e para  
1444 as famílias dessas pessoas, porque uma pessoa com AVC, uma pessoa com insuficiência  
1445 renal, uma pessoa com pré-diabético, uma pessoa com amputação. **Sra. Mirtha da Rosa**  
1446 **Zenker (Associação de Terapia Ocupacional do Rio Grande do Sul – ATORGS e**  
1447 **Coordenadora do CMS/POA)** – Já vou abrir inscrições para encaminhamentos durante a fala  
1448 do TCE, do Dr. Romano e da Dra. Márcia. **Sr. Romano Scapin (Tribunal de Contas do Rio**  
1449 **Grande do Sul)** – Bom, vou responder rapidamente então o questionamento da Ana Paula  
1450 dirigido ao Tribunal de Contas, sobre como o Tribunal de Contas pode ajudar a colaborar com  
1451 o Conselho Municipal de Saúde. Posso dividir até a resposta em duas etapas, vamos dizer  
1452 assim. O Tribunal de Contas enquanto instituição, o Tribunal de Contas detém competência  
1453 constitucional para determinar ao gestor o exato cumprimento da lei. O que quer dizer isso?  
1454 Se o gestor, secretário municipal de saúde ou o ministro da saúde, vamos pegar o exemplo  
1455 agora da nova PNAB que pelo que foi relatado, o Conselho Nacional de Saúde não foi ouvido  
1456 como determina a legislação. Poderia sim haver uma denúncia junto ao Tribunal de Contas  
1457 da União, criticando, denunciando o ato ilegal do ministro da saúde em não cumprir a  
1458 legislação que protege os conselhos de saúde, protege o poder deliberativo dos conselhos de

1459 saúde e determinar então ao gestor que cumpra a legislação em seus exatos termos. E  
1460 suspendendo de forma emergencial, de forma cautelar como se chama no direito esse ato  
1461 que não cumpriu a legislação. Da mesma forma o Tribunal de Contas do Estado, o Conselho  
1462 Municipal de Saúde vem sendo desrespeitado no seu poder deliberativo, pode sim procurar o  
1463 Tribunal de Contas do Estado para fazer uma denúncia, uma reclamação determinando,  
1464 sugerindo a determinação que o gestor cumpra com exatidão os termos da lei. É a famosa  
1465 medida cautelar que o STF reconhece aos tribunais de contas, com o novo Código de  
1466 Processo Civil agora em 2015, nós falamos em tutela provisória, tutela de urgência, enfim, a  
1467 terminologia ela é o que menos importante nessas horas, o controle social fazendo essa  
1468 denúncia, chegando no Tribunal de Contas a gente analisa a matéria e dá o seu devido  
1469 encaminhamento. E a segunda parte da minha resposta Ana Paula como o tribunal pode  
1470 colaborar, eu respondi já na minha primeira fala, minha primeira intervenção, no sentido de  
1471 que nós auditores estamos dispostos e disponíveis a sempre ouvir e a sempre esclarecer os  
1472 nossos relatórios. Esse relatório agora que eu mencionei que fizemos sobre a atenção básica  
1473 da saúde, qualquer dúvida que por ventura surgir, estamos dispostos a esclarecer, podemos  
1474 combinar Mirtha alguma apresentação mais formal junto ao Conselho Municipal. E como a  
1475 Mirtha disse, o meu WhatsApp está sempre disponível, mesmo durante o período de férias,  
1476 não me furto a responder sempre que possível, estando em Porto Alegre, eu consigo recebê-  
1477 los ou até me dirigir ao Conselho Municipal como já fiz algumas vezes. Que nosso principal  
1478 interesse é atender as demandas da sociedade e como eu disse, o controle social  
1479 representado pelos conselhos municipais é que conseguem ser os melhores olhos, os  
1480 melhores fiscais do gasto do dinheiro público. Então nós sempre apostamos muito nessa  
1481 parceria do controle externo com o controle social. Então essa é minha resposta. Sra. **Márcia**  
1482 **Rosana Cabral Bento (Defesa dos Direitos Humanos da Saúde de Porto Alegre)** – A  
1483 minha resposta também é para a Ana Paula. Ana Paula, a frustração quanto à questão da  
1484 discricionariedade não é exclusiva tua, muitos doutrinadores falam sobre que  
1485 discricionariedade é essa, quais são os limites dessa discricionariedade. O que é que eu  
1486 posso te dizer, assim como o Tribunal de Contas, o Ministério Público é fiscal da lei, ou seja,  
1487 o que ele tem que verificar é se o administrador está cumprindo a lei. Só que a forma de  
1488 cumprir a lei é diversa, e os limites do que ele pode fazer e do que ele não pode fazer quando  
1489 não esbarra na vedação legal, é que não são tão claros. Essa dificuldade de entender a  
1490 discricionariedade existe também para o Ministério Público em alguns casos. Tanto é que nós  
1491 recorremos ao judiciário em muitas oportunidades e esbarramos em decisões dizendo  
1492 justamente isso. O Ministério Público não pode exigir isto que está pedindo do administrador,  
1493 porque isto é discricionariedade dele. E tanto isso é verdade que tem um recurso  
1494 extraordinário no Supremo Tribunal Federal onde foi reconhecida a repercussão geral que  
1495 justamente discute o que é que o judiciário pode impor ao executivo em matéria de política  
1496 pública de saúde. Essa repercussão geral reconhecida faz com que haja uma suspensão de  
1497 todos os processos que discutam a imposição de obrigações na área da saúde, por exemplo,  
1498 em questões de infraestrutura e contratação de pessoal, por exemplo. E isso tem repercutido  
1499 na ação do Ministério Público, porque a partir do entendimento do que é essa  
1500 discricionariedade, até onde ela vai, há muitas portas que nós não podemos mais entrar.  
1501 Então essa frustração também é compartilhada por nós. Há ações que a Promotoria de  
1502 Justiça de Defesa dos Direitos Humanos ingressou em que ela obteve improcedência  
1503 justamente com esse argumento, o da discricionariedade. E isso é uma coisa que nós ainda  
1504 contestamos e esperamos inclusive que o Supremo esclareça quais são esses limites, até  
1505 onde vai o princípio da separação dos poderes, até onde vai a liberdade do administrador. E  
1506 nesse aspecto eu compartilho da tua frustração, porque essa é uma frustração também do  
1507 Ministério Público. De esclarecer que a liberdade existe, nós não vamos discutir a abertura de  
1508 um posto de saúde em determinada região da cidade ou não, nós vamos discutir a política  
1509 pública de saúde, como ela está sendo prestada e para isso essa liberdade não pode ser  
1510 ampla. Não tenho uma resposta que possa te agradar nesse momento, porque essa  
1511 discussão ainda está sendo feita no Supremo. É isso. Sra. **Mirtha da Rosa Zenker**  
1512 **(Associação de Terapia Ocupacional do Rio Grande do Sul – ATORGS e Coordenadora**

1513 **do CMS/POA)** – Agora vou chamar então os outros inscritos. Seu Vladislau, Nelson, Adair e  
1514 Rosemari. Está aberto para encaminhamentos. Então seu Vladislau, dois minutos seu  
1515 Vladislau. E pode ir chegando os outros que estão inscritos. Dois minutos, eu te aviso no um  
1516 minuto, tá seu Vladislau? Sr. **Vladislau** – Não começou ainda. Obrigado. Primeiro eu estou  
1517 feliz, o Erno está começando a parece que a entender a realidade da saúde. Só que eu fico  
1518 triste quando o básico e o preventivo, o básico e o prático podia ser preventivo.  
1519 Mantricamente. Eu estou cansado de ver trocaram as lentes e é o que mais fazem, trocar as  
1520 lentes. Nós precisamos olhar com um novo olhar mais probiótico e bioético. E desde os  
1521 acolhimentos preventivos, integralmente preventivos, desde a saúde bucal até higiene mental  
1522 desmanicomizada, chega de tanta tarja preta, de tanto antibiótico, isso custa no mínimo cinco  
1523 vezes mais do que a preventividade. A partir daí vai sobrar dinheiro das verbas. E quanto a  
1524 materialidade irrefutável, nós podemos pegar os comprometimentos e as patologias per  
1525 capita das capitais do Brasil, Porto Alegre é a campeã em tudo. E a única das capitais que  
1526 historicamente tem um sensor de modelo e que aonde se inchou a integralidade empática e  
1527 que a única que tem uma farmácia de homeopatia que todos os acolhimentos iniciais deviam  
1528 ser repertorizados com olhar de homeopata, porque a única clínica que ela foi criada  
1529 embasada na empatia, integral, por quê? Porque ela cuida, se nós no nosso acolhimento  
1530 básico tivermos uma repertorização de homeopata, os demais clínicos, os demais clínicos  
1531 terão facilidade em dar acolhimentos adequados e eficazes, preventivos, curativos, por um  
1532 quinto do custo. Então daí gente, terminamos, como eu falei, o custo é muito menor e os  
1533 benefícios são geometricamente a calcular, porque nós vamos ensinar a viver, porque o que  
1534 está aí meu querido Erno, não ensina nem como morrer. Engana, engana, engana,  
1535 desengana, e depois em nome do controle social bota uma tarja preta na testa para  
1536 manicomizar. Isso é gravíssimo, nós precisamos trocar por um novo olhar mais probiótico e  
1537 bioético. Obrigado. **Sra. Mirtha da Rosa Zenker (Associação de Terapia Ocupacional do**  
1538 **Rio Grande do Sul – ATORGS e Coordenadora do CMS/POA)** – Obrigada. Nelson. Sr.  
1539 **Nelson Lopes Khalil (Conselho Distrital Norte)** – Boa noite a todas e a todos. Primeiro  
1540 lugar eu queria agradecer particularmente a presença do Dr. Romano, que é um parceiro  
1541 antigo da nossa causa dos deficientes, já que a minha Presidente Liza está aqui, a Vera está  
1542 aqui, a Vitória, e nós somos muito gratos pela sua parceria Dr. Romano. Quanto às questões  
1543 da audiência eu tenho muitas coisas, mas o tempo é muito curto, então eu vou ter que ficar  
1544 apenas com duas pequenas observações. A primeira é quase que uma unanimidade que a  
1545 atenção básica é fundamental, é humanamente e financeiramente prioritário que se atenda o  
1546 atendimento primário. E está sendo trocado o modelo que não era perfeito, muito pelo  
1547 contrário, mas em vez de aperfeiçoá-lo, está se desmontando, isso é terrível. Em segundo  
1548 lugar eu não poderia deixar de comentar que eu ouvi aqui o que o, e sei disso, que nesta  
1549 época de muita dificuldade é preciso muita criatividade. E quero agradecer que em Porto  
1550 Alegre e os conselheiros do Conselho Municipal de Saúde sabem disso, em Porto Alegre nós  
1551 temos duas ou três pessoas que tem muita criatividade, porque o conselho não tem, porque a  
1552 todas as ideias criativas dessa cidade, criações de hospitais, contratos todos, são somente  
1553 duas ou três pessoas que têm essa criatividade para fazê-lo. Obrigado. **Sra. Mirtha da Rosa**  
1554 **Zenker (Associação de Terapia Ocupacional do Rio Grande do Sul – ATORGS e**  
1555 **Coordenadora do CMS/POA)** – Adair. **Sr. Adair Araújo de Oliveira (Conselho Distrital**  
1556 **Glória/Cruzeiro/Cristal)** – Boa noite a todos e a todas aqui presentes. Secretário Erno  
1557 comentou sobre o Plano Municipal de Saúde que vai ser deliberado daqui a duas semanas.  
1558 Porém tem um item nele que não foi passado infelizmente, que foi a clínica da saúde. Essa  
1559 daí deveria ser explicada detalhadamente, não só para nós conselheiros, mas sim para a  
1560 comunidade em peso, para saber o que é que está vindo para ela, o que é que elas vão  
1561 perder, qual é a deficiência de atendimento em sequencia na chegada dele, a sensibilidade  
1562 das pessoas. Tem pessoas carentes, que não tem condições de pagar uma passagem para  
1563 chegar nessa clínica. Outras não têm condições de ir até a clínica e o médico pode ir até ela,  
1564 colocando essa clínica da família, vai colocar no topo do morro, longe dessas pessoas, a  
1565 acessibilidade dela vai ser muito grande. E essa clínica da família não pode ser deliberada  
1566 agora, durante essas duas semanas porque ela não passou no seminário, ela não foi

1567 estudada no nosso seminário agora próximo que teve passado. E outra coisa, o que é que  
1568 adianta está desmontando a nossa saúde, isso daí futuramente essa clínica da família ela vai  
1569 ser simplesmente a clínica da família a preço acessível. Em vez de colocar, por que não  
1570 colocar uma clínica especializada da família, que garanta mais acessibilidade, aos  
1571 profissionais competentes no caso, exames especializados, as especialidades que estão tão  
1572 carentes hoje, que nós esperamos três ou quatro anos para consultar com especialista, fazer  
1573 um exame técnico qualificado. Muito obrigado. **Sra. Mirtha da Rosa Zenker (Associação de**  
1574 **Terapia Ocupacional do RS – ATORGS)** – Rosemari. **Sra. Rosemari Souza Rodrigues**  
1575 **(Conselho Distrital Sul/Centro-Sul)** – Boa noite a todas e todos. Rosemari, Distrital  
1576 Sul/Centro-Sul. Aos que me antecederam e ao Ministério Público, a Dra. Márcia que a gente  
1577 já teve em reunião, ao TCE, eu quero fazer uma reflexão no que diz respeito ao controle  
1578 social. O que foi demandado na 7ª Conferência e essa discussão ela é necessária com todos  
1579 os atores, e esse é o papel do controle social. Nós não podemos negar, essa construção tem  
1580 que ser feita com todos os olhares. Aqui em Porto Alegre a cidade tem como a quinta meta o  
1581 turno estendido. Mas esse turno estendido ele não pode se tornar um pronto-atendimento,  
1582 trazendo aquela prática curativa, retirando o objetivo da atenção básica, que é a promoção e  
1583 prevenção. E não ser a alternativa para a demanda reprimida que não é atendida durante o  
1584 dia. Essa proposta ela tem que ser junto com a PNAB, que é essa proposta, ela tem que ser  
1585 uma política que seja enquanto ela continuar uma política de governo e não se tornar uma  
1586 política de estado, ela fica como uma mudança que não tem sustento. E para isso o controle  
1587 social é prescindível ser ouvido. As pessoas têm que ser ouvidas, e principalmente as  
1588 pessoas que estão sendo atendidas. Se até agora a estratégia da saúde da família é um  
1589 modelo que está dando certo em questões de índice de prevenção e promoção, se a  
1590 mortalidade infantil caiu depois da estratégia da saúde da família, eu creio que mudar ela  
1591 como ela está, não seja o melhor modelo. Então eu penso assim. Vamos deixar essa reflexão  
1592 e assim que o Ministério Público escute o que o controle social tem para falar e o TCE  
1593 também. Obrigada. **Sra. Mirtha da Rosa Zenker (Associação de Terapia Ocupacional do**  
1594 **Rio Grande do Sul – ATORGS e Coordenadora do CMS/POA)** – Então vou passar a mesa.  
1595 Eu vou iniciar com a Sueli. Eu vou deixar a fala mais restrita agora, então mais sucinta para a  
1596 gente poder está então passando para o segundo momento que é encaminhamentos. **Sra.**  
1597 **Sueli Góes Barros (Conselho Nacional de Saúde)** – Eu só queria dizer que eu concordo  
1598 com o que o Hêider falou da questão de que o texto da PNAB. Agora a gente tem discutido lá  
1599 no conselho que parece que quem escreveu o texto, a teoria não está fechando com a  
1600 prática, na PNAB ela está muito a questão da equidade, no entanto as políticas da equidade  
1601 estão sendo desmontadas nesse governo. Então isso é uma questão importante. A outra  
1602 questão, eu acho que o secretário traz é a questão da contaminação do modelo, do modelo  
1603 de saúde da família, da estratégia de saúde da família pelo modelo tradicional. Eu acho que  
1604 isto, e é por isso que os gestores teriam, e a importância da indução inclusive do  
1605 financiamento, porque as conferências de saúde e a 15ª e todas as conferências da saúde,  
1606 elas têm tirado como resolução a substituição desse modelo, do modelo tradicional pelo  
1607 modelo de saúde da família. Pela estratégia de saúde da família. Porque a gente já vem no  
1608 decorrer de anos e anos e anos, o que é que a gente controle social tem feito o debate de  
1609 quê? De que esse modelo hegemônico não está melhorando a qualidade de vida, continua  
1610 com a medicalização, continua hospitalizando ou cronificando, etc. Então precisa se ter uma  
1611 outra lógica, um outro jeito de fazer a saúde. E daí a estratégia de saúde da família eu acho  
1612 que ela traz nos seus princípios o que o modelo tradicional, e esse modelo da atenção básica  
1613 das unidades tradicionais não tem, que é a questão do vínculo, que é a questão de acolher as  
1614 pessoas, de escutar as pessoas, de conhecer aquele território. Portanto eu acho que tem  
1615 problema, e a gente não acha que não tem problema, a gente acha que tem e sabe que tem.  
1616 Agora não dá para por que tem problema, nós vamos terminar com esse e vamos voltar,  
1617 porque é óbvio que vai, que o modelo tradicional ele tem uma pressão muito grande, e tem  
1618 toda a questão da formação, pressão do mercado e etc., que vai pressionar e vai terminando,  
1619 vai fragilizando cada vez mais com as estratégias de saúde da família, e vão sendo  
1620 substituídos. Nós vamos fazer o modelo, a lógica inversa, ao invés de nós substituímos o

1621 modelo tradicional pela estratégia de saúde da família, nesta é uma outra lógica, a PNAB ela  
1622 vai ajudar para essa outra lógica, para fortalecer o modelo tradicional e enfraquecer a de  
1623 saúde da família. E a outra questão acho que importante, que a gente tem avaliado na PNAB,  
1624 é do próprio modelo gerencial dessa PNAB, um modelo que traz muito a lógica do privado  
1625 para dentro do público. Porque traz muito fortemente a questão da produção e isso a gente  
1626 ouviu de gestores, e o próprio coordenador da saúde mental que alguém aqui referiu na  
1627 última reunião do Conselho Nacional de Saúde, ele disse que não dá para ter mais CAPS. O  
1628 CAPS não produz, eles fizeram um levantamento lá na coordenação de saúde mental, e que  
1629 ele não produz de acordo com o que está preconizado, que é tantas consultas por hora.  
1630 Porque eles querem produção. Então a lógica hoje que está estabelecida é esta lógica, é a  
1631 lógica do privado. Por isso que tem o gerente agora, traz a figura do gerente da atenção  
1632 básica que não pode ser o trabalhador, porque como se as questões de organização e de  
1633 estrutura de falhas que tenham na atenção básica sejam culpa do trabalhador. Então acho  
1634 que é importante a gente ter claro o controle social de que o modelo de atenção quando tu  
1635 tira também agente de saúde, que faz que é o sujeito integrante da equipe da estratégia de  
1636 saúde da família, que fortemente trabalha com a promoção de saúde, a gente está, vai  
1637 reforçar o modelo assistencial, o modelo curativista, vamos voltar ao modelo antigo aí com os  
1638 adocimentos como Hêider disse e as internações, por questões que hoje a gente podia dar  
1639 conta lá se fizesse processos de cuidado, mas de promoção e de prevenção de saúde. **Sr.**  
1640 **Erno Harzheim (Secretaria Municipal de Saúde – SMS)** – Bom, para dar espaço para as  
1641 deliberações, acho que já expus minhas principais colocações sobre essa e as outras  
1642 políticas de atenção básica. Que infelizmente esse é o nome delas. Espero que tenha servido  
1643 para reflexão em todos nós. Obrigado. **Sra. Mirtha da Rosa Zenker (Associação de Terapia**  
1644 **Ocupacional do Rio Grande do Sul – ATORGS e Coordenadora do CMS/POA)** – Hêider.  
1645 **Sr. Hêider Aurélio Pinto (Conselho Nacional de Saúde)** – Então também bem  
1646 rapidamente. Só reforçando essa questão que a Sueli trouxe. Na análise né Sueli, e a gente  
1647 produziu lá na Comissão Intersectorial de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional  
1648 de Saúde. Que é fundamental perceber o seguinte, essa mudança do desenho do  
1649 financiamento e a desnormalização, ela aponta ao que é que pode ser, como eu falei na  
1650 apresentação, economia de gasto. Estou falando de custo não, de gasto. Essa economia de  
1651 gasto passa, eu dei o exemplo de você, por exemplo, não ter os agentes comunitários de  
1652 saúde, e passa para você entender que é mais barato você negociar com um profissional  
1653 médico, por exemplo, que ele vai atender quatro turnos, e eu vou negociar com ele a  
1654 quantidade de consultas, do que eu conseguir um profissional que fique 40 horas, que tenha  
1655 formação em medicina de família de comunidade, e que ele tenha que atender criança,  
1656 adolescente, jovem, adulto, mulher, homem, que ele reúna com a equipe, que ele faça  
1657 trabalho na comunidade, visita domiciliar e etc. Então é mais barato eu contratar essa pessoa  
1658 que tal como as clínicas populares estão fazendo, ele só vai oferecer algumas consultas.  
1659 Esse modelo obviamente ele é muito pior para lidar com problemas mais complexos,  
1660 problemas que tem contexto social familiar psíquico, problemas de doenças crônicas,  
1661 problemas relacionados à saúde mental, não tem a menor condição de fazer, por exemplo,  
1662 um desmame do uso intensivo de benzodiazepínicos, eles são modelos que eles estão, eles  
1663 são melhores como é o modelo da constatação para queixa conduta que é um problema que  
1664 precisa de acompanhamento. Então esse é um dos grandes problemas desse desenho que  
1665 está colocado. Não à toa hoje no Senado teve o debate do Mais Médicos. Vocês acham que  
1666 a maior parte das mudanças propostas pela base do governo no Mais Médicos tem a ver com  
1667 os cubanos? Tem nada a ver com os cubanos. Vocês acham que tem a ver com o provimento  
1668 emergencial? Não tem nada a ver com provimento emergencial. Tem a ver é com a prioridade  
1669 para medicina de família dada no programa Mais Médicos e que já tem ações do governo  
1670 desde o ano passado. Por exemplo, o MEC congelou as expansões em residência de  
1671 medicina de família e comunidade, não só para esse ano, quanto para o outro ano. Já disse  
1672 que não vai cumprir a universalização das residências, embora isso esteja na lei, e aqui em  
1673 Porto Alegre a representante do MEC disse que ela vai descumprir a lei do Mais Médicos no  
1674 que diz respeito a regulação das residências e a expansão das vagas. Então ela não se tem

1675 mais em mente o atraso histórico que o Brasil tem em relação a ter adotado um modelo nos  
1676 anos 90, e não ter construído a formação adequada para esse modelo nos outros anos. Não  
1677 tem mais a tentativa de tentar sanar isso e apontar para isso, porque simplesmente esse  
1678 modelo agora está em mudança, não é mais esse modelo que está colocado. Por fim eu  
1679 queria chamar a atenção da iniquidade como falei no orçamento. O Erno falou isso, ele está  
1680 corretíssimo nisso que ele está dizendo. São poucas as equipes chamadas equipes não  
1681 saúde da família, elas cobrem hoje 11% da população. A grande questão é o seguinte, onde  
1682 estão essas equipes? Essas equipes estão nos cinco estados mais ricos do Brasil, em  
1683 número absoluto, em ordem é: São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e  
1684 Paraná. É a quantidade de números absolutos. Tem a ver aí com o fato desses estados eles  
1685 terem uma rede básica antes da NOB 96 e da indução da estratégia de saúde da família.  
1686 Então vieram profissionais concursados, etc., tanto é que essas equipes existem em 700  
1687 municípios dos 5.570 municípios. Aí vocês vão perguntar para mim assim: mas como é que  
1688 tem sentido fazer uma política que vai financiar equipes que atendem 11% da população, que  
1689 estão só em 700 municípios, cujos 73% dos recursos vão para os cinco estados mais ricos? É  
1690 porque o seguinte, por que é que a bancada do nordeste defende a política? Porque a ideia é  
1691 de substituição, porque senão não teria sentido a bancada do nordeste defender o  
1692 financiamento para uma política que eles não vão ser beneficiados no financiamento. É  
1693 porque o acordo produzido é o acordo da desregulamentação para substituição. Esse  
1694 elemento que o Erno traz seria um bom elemento para tentar pedir recuo, por exemplo, se  
1695 tem uma norma dizendo: não pode reduzir cobertura, não pode desfazer equipe de estratégia  
1696 de saúde da família e etc. Agora eu estou pegando para ver se essa norma é aprovada,  
1697 porque ela entra em contradição com os proponentes da norma. Eu acredito inclusive que a  
1698 equipe técnica do Departamento de Atenção Básica esteja empenhada nisso, mas eu acho  
1699 pouco provável que isso passe no núcleo central de negociação, porque isso seria  
1700 absolutamente contraditório com o que tem sido defendido e, por exemplo, com a posição de  
1701 alguns dos COSENS do nordeste. Eu estou rodando por lá também, fazendo debate com o  
1702 controle social, com os COSENS, eu tenho ouvido essa perspectiva com muita clareza e  
1703 estão muito incomodados inclusive da PNAB está sub judice, porque tem uma situação,  
1704 Romano falou isso aqui, tem uma situação de instabilidade, tem muito gestor que tá  
1705 preocupado de tomar decisões em relação a PNAB, e depois ela ser derrubada ou pela  
1706 justiça ou por um dos dois decretos legislativos, e aí ele tem uma dificuldade de ter que  
1707 organizar de novo, sendo que não vai poder contar com o financiamento e tal. E até sair a  
1708 portaria do financiamento, regulamentando especificamente o financiamento, pouco provável  
1709 algum gestor vai fazer essa mudança logo de partida. É isso, eu queria agradecer, gostei  
1710 muito, quero me colocar à disposição, estou morando aqui em Porto Alegre, foi um prazer  
1711 está com vocês, o bravo Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, com toda tradição  
1712 que Porto Alegre tem de participação popular. Quero agradecer, cumprimentar todos os  
1713 membros da mesa, mais uma vez Erno depois de uns dois ou três anos, a gente agora numa  
1714 mesa debatendo também, muito bom. Um prazer muito grande viu gente, obrigado. **Sra.**  
1715 **Mirtha da Rosa Zenker (Associação de Terapia Ocupacional do Rio Grande do Sul –**  
1716 **ATORGS e Coordenadora do CMS/POA)–** Mas não vai embora, participa dos  
1717 encaminhamentos agora. Então agora está aberta as inscrições para encaminhamentos. A  
1718 mesa vai tá propondo, então a realização do Plano Municipal da Atenção Básica em conjunto  
1719 com o Conselho Municipal de Saúde, e aí a gente pode está estipulando um prazo para a  
1720 gente poder está construindo essa Política Municipal da Atenção Básica. Outro  
1721 encaminhamento sugerido é o repúdio ao Ministro de Saúde Ricardo Barros que desrespeitou  
1722 as instâncias deliberativas do Conselho Nacional de Saúde então nas mudanças da PNAB  
1723 2017. E está aberto para novos encaminhamentos aqui para quem quer fazer no microfone.  
1724 Por favor, Letícia, seu Vladislau. Depois vamos para Ana Paula, depois vamos para a  
1725 votação. Pode falar Letícia, pode, por favor. Então eu também vou tá contabilizando dois  
1726 minutos. **Sra. Maria Letícia de Oliveira Garcia (Conselho Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal)**  
1727 – Na verdade essa questão do Plano Municipal da Atenção Básica ela já tá contida na  
1728 Resolução 9/2013. Então eu acho que a gente tem que retomar o andar da discussão da

1729 resolução, a partir dos elementos que foram apontados inclusive naquela reunião do conselho  
1730 de abril de 2017, onde estava prevista a discussão do plano, como é que era, Erno me ajuda.  
1731 Na reunião dessa do dia 06 de abril, foi proposto, essa a discussão do horário estendido, e aí  
1732 tinham os critérios para o horário estendido. Então naquele dia da reunião os critérios foram  
1733 colocados, e o que ficou de ser feito e encaminhado que o gestor então traria os critérios  
1734 ampliados para esse processo. E que depois nós faríamos a discussão do GT, bom, a  
1735 discussão do GT já foi feita, já foi apresentado, tem um conteúdo, tem um acúmulo. Então a  
1736 partir disto então sentamos e fazemos a discussão da resolução, agregando as propostas que  
1737 o secretário tá trazendo. Acho que discutindo, principalmente discutindo. Tu mesmo dissestes  
1738 que nós temos recursos para o ano, em número maior de recursos para o ano que vem. E  
1739 que isso foi feito através da discussão do PPA, da LOA em tempo hábil e adequado, isso  
1740 também a gestão atual conseguiu fazer isso, porque tem uma caminhada inclusive que foi  
1741 apontada pelo conselho, construído pelo conselho junto com a gestão. Na verdade com a  
1742 mediação do Ministério Público que a gente conseguiu isso com acordo judicial, para que o  
1743 plano fosse apresentado ao conselho. Então todos esses processos eles vêm, sim, o  
1744 passado, mas o presente é uma construção do passado. Quando chegasse na secretaria, o  
1745 caminho já estava trilhado, a tua equipe te ajudou a fazer isso, já tinha história e trajetória  
1746 nesse sentido, então é isso que eu quero dizer. Então eu acho que o que se coloca aqui é  
1747 retomar nossa resolução, até porque tem a interdependência entre os entes da federação,  
1748 nós já temos uma decisão do Conselho Nacional que reprova a PNAB. Então nós temos que  
1749 seguir o nosso caminho de acordo com os recursos que a gente tem e com o que a gente já  
1750 construiu até o momento. Então esse é o meu entendimento. **Sra. Mirtha da Rosa Zenker**  
1751 **(Associação de Terapia Ocupacional do Rio Grande do Sul – ATORGS e Coordenadora**  
1752 **do CMS/POA) – Vladislau. Sr. Vladislau –** Hêider parabéns pelo teu pronunciamento  
1753 continuado. Eu gostaria que o Ministério Público anotasse e registrasse que nós não ouvimos  
1754 falar nos mais fragilizados de todos, que são os anjos que vem, as crianças falaram pouco, e  
1755 os anjos que vão que são os idosos, estão completamente abandonados, ignorados em Porto  
1756 Alegre, com crescimento per capita maior de todas as capitais do Brasil, de moradores  
1757 transformados em moradores de rua. E outra coisa a mais, eu que fui orientador do grupo de  
1758 trabalho nº 1 da 12ª Conferência Nacional dos Direitos Humanos em Brasília, convocado e  
1759 convidado pelo Conselho Nacional de Direitos Humanos, nós definimos que é obrigatória a  
1760 coordenação de geriatras, gerontólogos, para as equipes de acolhimento integral dos anjos  
1761 que vão, dos idosos. Sabe há quanto tempo que nós não temos um geriatra em Porto Alegre?  
1762 Há mais de oito anos. Isso é crime hediondo, inafiançável. E por que é que não tem? Falácia  
1763 hermenêutica. **Sra. Mirtha da Rosa Zenker (Associação de Terapia Ocupacional do Rio**  
1764 **Grande do Sul – ATORGS e Coordenadora do CMS/POA) –** Qual é o encaminhamento?  
1765 **Sr. Vladislau –** O encaminhamento é mais proteção para os idosos. Resgate do direito de  
1766 proteção integral aos idosos. E contratação de geriatras, gerontólogos para coordenar as  
1767 equipes de acolhimento dos idosos. E esses acolhimentos têm que ser locais, os idosos não  
1768 podem estar sendo jogados de uma unidade para outra, porque eles têm dificuldade de  
1769 mobilidade. Insegurança total, é um absurdo está se jogando os idosos de uma unidade  
1770 básica para outra. Obrigado. **Sra. Mirtha da Rosa Zenker (Associação de Terapia**  
1771 **Ocupacional do Rio Grande do Sul – ATORGS e Coordenadora do CMS/POA) –**  
1772 **Obrigada. Ana Paula. Sra. Ana Paula de Lima (Conselho Distrital Leste) –** Relativo a um  
1773 tema que a gente não tocou aqui, porque o tempo não permitiu, mas não é um tema menos  
1774 relevante, porque se trata do IMESF que é o nosso, na verdade principal agente, Instituto  
1775 Municipal de Saúde da Família, responsável pela atenção básica no município. A gente teve  
1776 uma plenária que tratou sobre o IMESF, e avaliamos posteriormente a assinatura, portanto já  
1777 em descumprimento das atribuições do conselho. O tema aditivo do próximo biênio que é  
1778 necessário ser feito pelo decreto que rege o IMESF. E submetido a análise na Secretaria  
1779 Municipal de Saúde e também no Conselho Municipal de Saúde. E tem um questionamento  
1780 que foi feito e não foi respondido que é com relação à alteração do objeto, ou seja, é o centro  
1781 do que trata o IMESF, que é a sua competência e que foi alterado nesse termo aditivo. Então  
1782 eu acho que a gente já poderia encaminhar para a análise do TCE essa alteração, para

1783 avaliação, porque pelo entendimento que se construiu naquele dia, ficou claro de que não  
1784 poderia a própria diretora do IMESF colocou que não poderia ser feita uma alteração de  
1785 objeto num termo aditivo. Alteração de objeto só compete à mudança na própria lei, no  
1786 decreto. Então a gente tem ali uma mudança de objeto que muda então abrindo possibilidade  
1787 de que o IMESF pudesse exercer outras atividades para além do que tá colocado como  
1788 especificamente, exclusivamente da saúde da família. Então nesse sentido acho que seria  
1789 importante essa análise do TCE e talvez apoio do Ministério Público para a gente poder  
1790 encaminhar isso, porque foi passado posterior a assinatura. Portanto a gente não pode fazer  
1791 esses apontamentos anteriormente, conforme previsto nas atribuições que já foram faladas  
1792 aqui. E o outro encaminhamento na verdade é um convite né, porque eu acho que seria bem  
1793 importante que o TCE pudesse apresentar na Comissão de Atenção Básica esse relatório  
1794 específico da atenção básica, então de a gente poder fazer esse encaminhamento aqui, fazer  
1795 essa combinação. E também abrindo, que a promotora falou que acaba se especializando  
1796 nessa área da atenção básica, também para que possa contribuir nessa discussão no  
1797 momento tão importante que é o momento como a gente tá vendo do cenário nacional, de  
1798 reorganização e com vistas a construção então de uma política municipal de atenção básica.  
1799 **Sra. Mirtha da Rosa Zenker (Associação de Terapia Ocupacional do Rio Grande do Sul**  
1800 **– ATORGS e Coordenadora do CMS/POA)** – Apresentação do relatório do TCE e convite  
1801 para a promotora participar para a gente poder fazer essa discussão. **Sra. Mirtha da Rosa**  
1802 **Zenker (Associação de Terapia Ocupacional do Rio Grande do Sul – ATORGS e**  
1803 **Coordenadora do CMS/POA)** – Julio. **Sr. Julio César Jesien (SindiSaúde)** – Então, falando  
1804 um pouquinho a respeito dos dados ali, inclusive eu acho que o Hêider fez aí uma boa  
1805 observação, não dá para a gente comparar a atenção primária com a secundária e a terciária.  
1806 Mas eu acho que eu trouxe mais os dados para elucidar um pouquinho que existe essa  
1807 preocupação dentro do sindicato. **Sra. Mirtha da Rosa Zenker (Associação de Terapia**  
1808 **Ocupacional do Rio Grande do Sul – ATORGS e Coordenadora do CMS/POA)** – É  
1809 encaminhamento agora Julio. Encaminhamento. **Sr. Julio César Jesien (SindiSaúde)** –  
1810 Contextualizando para encaminhar. Então assim olha, e para mim eu acho que ficou, foi  
1811 importante, porque o secretário percebeu que existe a necessidade de fazer essa discussão.  
1812 Como encaminhamento a isso, eu proponho então que venha do próprio gestor a criação de  
1813 um grupo de trabalho que vai tá observando esses números apresentados pelo sindicato que  
1814 logicamente a gente traz a nossa profissional que atua lá para tá participando desse  
1815 momento. E que a gente possa efetivamente ter um olhar para o adoecimento do trabalho  
1816 que tá acontecendo principalmente na atenção básica. É esse o encaminhamento. Grupo de  
1817 trabalho. **Sra. Mirtha da Rosa Zenker (Associação de Terapia Ocupacional do Rio**  
1818 **Grande do Sul – ATORGS e Coordenadora do CMS/POA)** – Só deixa eu colaborar com teu  
1819 encaminhamento. Nós dentro do Conselho Municipal de Saúde já temos a Comissão  
1820 Intersetorial da Saúde do Trabalhador. **Sr. Julio César Jesien (SindiSaúde)** – Ok, a CIST?  
1821 **Sra. Mirtha da Rosa Zenker (Associação de Terapia Ocupacional do Rio Grande do Sul**  
1822 **– ATORGS e Coordenadora do CMS/POA)** – Ok, a CIST. A gente pode tá encaminhando  
1823 para a CIST então fazer esse olhar mais apurado dentro da saúde do trabalhador. **Sr. Julio**  
1824 **César Jesien (SindiSaúde)** – Podemos fazer, pode ser assim também. Pode ser. Ok, era  
1825 isso. **Sra. Mirtha da Rosa Zenker (Associação de Terapia Ocupacional do Rio Grande do**  
1826 **Sul – ATORGS e Coordenadora do CMS/POA)** – A Vitória. **Sra. Vitória** – Boa noite. E como  
1827 encaminhamento, na verdade também, denúncia enfim para o Ministério Público, a questão  
1828 da falta de atendimento para mulheres surdas principalmente, mas homens também. De  
1829 intérprete de libras acompanhando os atendimentos médicos. Enfatizando também que  
1830 muitas vezes mesmo intérpretes de libras contratados, que não é disponível, enfim, nos  
1831 atendimentos, mas mesmo os contratados às vezes são impedidos de acompanhar as  
1832 mulheres e homens com deficiência, surdos nos atendimentos, e isso é uma violação muito  
1833 grande. A questão das macas acessíveis então para exames, o que torna enfim, acaba  
1834 totalmente com nossa autonomia. Questão também de acessibilidade para todos os espaços.  
1835 Mamografia, enfim, todas as outras questões que envolvem a atenção. E também  
1836 entendimento da capacitação dos médicos que ainda têm uma visão muito capacitista em

1837 relação, principalmente a nós mulheres com deficiência. E isso é algo que afeta  
1838 completamente, e se na atenção básica a gente já não tem acesso a profissionais que nos  
1839 entendam enquanto pessoas, em toda nossa complexidade e não só pelo viés da deficiência,  
1840 com certeza a gente vai ter casos muito mais complicados em relação a saúde da pessoa  
1841 com deficiência. Obrigada. **Sra. Mirtha da Rosa Zenker (Associação de Terapia**  
1842 **Ocupacional do Rio Grande do Sul – ATORGS e Coordenadora do CMS/POA) –** Só para  
1843 sistematizar Vitória. Então poder tá ampliando e garantindo acesso de atitudes, atitude  
1844 institucional e de acessibilidade de equipamentos e arquitetônicos para pessoa com  
1845 deficiência em todos os níveis então de atenção. Ok? Atenção básica e especializados.  
1846 Pessoal então vamos só retomar, eu gostaria dos conselheiros então estarem com o seu  
1847 crachá para a gente poder fazer então fazer a votação. Então a primeira votação eu vou fazer  
1848 de frente para trás, então é a que a Vitória propôs da acessibilidade. Por favor, levantem seus  
1849 crachás. Por favor, Jandira, pode fazer a contagem. 21. O que o Julio propôs então de um  
1850 estudo mais específico então, e acompanhamento do adoecimento dos trabalhadores  
1851 terciários na CIST que já é uma comissão que tem de instância dentro do Conselho  
1852 Municipal. Pode ser, que foi que a gente construiu junto? Específico da atenção básica. Tá  
1853 ok, então o estudo mais específico dentro dos servidores terceirizados da atenção básica  
1854 dentro da CIST. Por favor, levantem seus crachás. Próximo então apresentação do relatório  
1855 do Tribunal de Contas do Estado. Ah é, desculpe, o secretário tá me chamando a atenção  
1856 aqui, que na verdade eu não estou fazendo isso. Então quem é contrário levante seu crachá  
1857 na proposta nº 1. Abstenção na proposta nº 1. Contrários na proposta nº 2. Abstenção. Então  
1858 vamos para a proposta nº 3, encaminhamento, apresentação do relatório do Tribunal de  
1859 Contas do Estado no Conselho Municipal de Saúde com a presença do Ministério Público do  
1860 Estado sobre a atenção básica. Levantem seus crachás. Contrários. Abstenção. Próximo é  
1861 encaminhamento para o Tribunal de Contas do Estado e Ministério Público Estadual da  
1862 análise do contrato do IMESF especificamente na mudança do objeto que refere a este  
1863 contrato. Quem é favorável levante seu crachá. Contrários. Abstenção. Você tá contando o  
1864 Thiago lá em cima, Jandira? Tá contado Thiago. Então que é a discussão da Resolução  
1865 09/2003 que fala sobre também a construção da Política Municipal da Atenção Básica, a  
1866 gente pode botar um prazo Thiago nessa construção da Política da Atenção Básica para  
1867 quando? Prazo? Dois meses? Até o final do ano? Então até dezembro de 2017. Então  
1868 primeiro a discussão mais ampla da resolução e acho que a gente deixa a Comissão da  
1869 Atenção Básica responsável da Resolução 09/2013, levante seu crachá. Contrários.  
1870 Abstenção. Então a construção da Política da Atenção Básica, Municipal da Atenção Básica  
1871 em conjunto com o controle social, até dezembro de 2017, levante seu crachá. Então vamos  
1872 lá. Proteção integral aos idosos, levante seu crachá. Na saúde e na atenção básica né?  
1873 Contratação... Contrários. Abstenção. Contratação dos geriatras, eu acho que aí a gente pode  
1874 tá de acordo com uma análise. Não, mas foi uma proposta que foi levantada agora.  
1875 Contratação de geriatras, levante seu crachá. Na rede como um todo, não na atenção básica,  
1876 mas contratação de geriatra na redação, na RAS, na especialidade, porque na atenção básica  
1877 não tem previsto na PNAB, nem na Política Municipal. Seu Vladislau, essa sua proposta é na  
1878 rede, na saúde de Porto Alegre, não na atenção básica. Na saúde de Porto Alegre. Já tem no  
1879 GECOM, já tá contemplado. Mas já está, não tem demanda reprimida para geriatra. Deve ter  
1880 uma falta, está faltando uma divulgação então, eu acho que isso a gente pode tá fazendo  
1881 então uma para divulgar então que existe dentro da rede, mas já existe. Repúdio ao Ministro  
1882 da Saúde Ricardo Barros que desrespeitou as instâncias deliberativas do Conselho Nacional  
1883 nas mudanças da plenária em 2017, levante seu crachá. Quanto, Jandira? 20. Contrários.  
1884 Abstenção. Então tem três abstenções. Vamos lá de novo. A favor do repúdio ao Ministro da  
1885 Saúde levante seu crachá. E a CIT, então ao Ministro da Saúde e a CIT. 16 favoráveis.  
1886 Abstenção. Abstenção, três. Contrários. Então tem gente que não votou agora, deu 19. Mais  
1887 alguma proposta que eu não fiz encaminhamento? Estão todos contemplados? Então a última  
1888 palavra para cada um da mesa, rapidinho. Boa noite. **Sra. Sueli Góe Barros (Conselho**  
1889 **Nacional de Saúde) –** Eu quera agradecer até a tolerância, a paciência de vocês estarem  
1890 aqui até essa hora. Fazer um apelo para que o controle social de fato continue na luta no

1891 processo de resistência para que a gente não deixe desmontar o Sistema Único de Saúde e  
1892 colocar o Conselho Nacional de Saúde então à disposição para aquilo que o Conselho  
1893 Municipal de Saúde de Porto Alegre entender como necessário. Muito obrigada. **Sr. Erno**  
1894 **Harzheim (Secretaria Municipal de Saúde – SMS)** – Boa noite a todos. **Sra. Mirtha da**  
1895 **Rosa Zenker (Associação de Terapia Ocupacional do Rio Grande do Sul – ATORGS e**  
1896 **Coordenadora do CMS/POA)** – Agradeço então a disponibilidade e a preocupação de todos  
1897 que estão aqui presentes até agora. Agradeço muitíssimo a mesa que contemplou e pode tá  
1898 esclarecendo vários pontos da atenção básica. Um bom retorno a todos e a luta continua. A  
1899 resistência se faz necessária nesse momento de retaliação ao SUS que nós temos até hoje.  
1900 Boa noite.

1901  
1902  
1903  
1904  
1905  
1906  
1907  
1908  
1909

**MIRTHA DA ROSA ZENKER**  
**Coordenadora do CMS/POA**

**DJANIRA CORRÊA DA CONCEIÇÃO**  
**Vice – Coordenadora do CMS/POA**

***ATA APROVADA NA REUNIÃO PLENÁRIA DO DIA 08/02/2018***