



RELATÓRIO FINAL DA 6ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE

07 a 10 de Outubro de 2007

Local: Hotel Fazenda Mato Grosso – Cuiabá/MT



**Conselho Estadual de Saúde – MT
Participação e Controle Social**

SES

**Secretaria de Estado de Saúde
de Mato Grosso**

6ª Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso

**Governador do Estado de Mato Grosso
Blairo Borges Maggi**

**Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso
Augustinho Moro**

**Coordenadora Geral
Maria Cândida do Nascimento**

**Conselho Estadual de Saúde
Presidente: Augustinho Moro
Vice-Presidente: Edvande Pinto de França**

Governo do Estado de Mato Grosso
Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso
Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso

“Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento”

Eixos Temáticos:

- I - Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento;
- II - Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde;
- III - A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde.

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AMAP	Associação dos Aposentados de Mato Grosso
AMDE	Associação Matogrossense de Deficientes
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEPSI	Comissão Especial Permanente de Saúde Indígena
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIMI	Conselho Indigenista Missionário
CIST	Comissão Intra-Setorial de Saúde do Trabalhador
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONDISI	Conselhos Distritais de Saúde Indígena
COSEMS/MT	Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Mato Grosso
CREF	Conselho Regional de Educação Física
CRIDAC	Centro de Reabilitação Dom Aquino Corrêa
CRM	Conselho Regional de Medicina
CRP	Conselho Regional de Psicologia
CRSS	Conselho Regional de Serviço Social
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DISEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
ECO 3	Movimento Ambientalista e Ecológico
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ERS	Escritório Regional de Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
FEMAB	Federação Matogrossense de Associações de Moradores de Bairros
FETAGRI	Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado de MT
Fórum DCA	Entidades de Defesa dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GBSES	Gabinete do Secretário de Estado de Saúde
GRUCON	Grupo de União e Consciência Negra
GSP/MOPS	Movimento Popular de Saúde
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
NEOM	Núcleo de Estudos e Organização da Mulher
ONG	Organização Não Governamental
PSF	Programa Saúde da Família
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SAS	Superintendência de Atenção à Saúde
SEDUC	Secretaria de Estado de Educação
SEMA	Secretaria de Estado do Meio Ambiente

SES	Secretaria de Estado de Saúde
SINDESSMAT	Sindicato dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Mato Grosso
SINTEP/MT	Sindicato dos Trabalhadores no Ensino Público de Mato Grosso
SISMA	Sindicato dos Trabalhadores da Saúde e Meio ambiente
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
UFMT	Universidade Federal de Mato Grosso

SUMÁRIO

Composição do Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso	07
Comissão Organizadora da 6ª. Conferência Estadual de Saúde	10
A Construção da Etapa Estadual	13
Abertura	16
Apresentação do Tema Central “Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento”	19
Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento	21
Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde	22
A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde	77
Recomendações e Propostas Aprovadas	100
Anexo I – Tabela Contendo Dados Populacionais	134
Anexo II – Relatório Consolidado das Conferências Municipais Eixo Temático 3, discussão e aprovação das propostas	135
Anexo III – Mesa da Plenária Final	142
Anexo IV- Eleição dos Delegados	151
Anexo V – Propostas que não foram aprovadas pelo Pleno da Conferência, mas referendadas pelo Pleno do Conselho Estadual de Saúde em 13 de fevereiro de 2008	151
Anexo VI – Moções não aprovadas na 6ª Conferência Estadual de Saúde, mas referendadas pelo Pleno do Conselho Estadual de Saúde em 13 de fevereiro de 2008	153
Apêndices	
A – Programação da 6ª. Conferência Estadual	157
B – Resolução do Conselho Estadual que aprova o Regulamento da 6ª. Conferência Estadual de Saúde	159
C – Calendário das Conferências Municipais	170
D – Delegados Eleitos na Etapa Municipal e Conferência Especial Indígena	175
E – Propostas Consolidadas da Etapa Municipal	198
F – Memória das Discussões e votações das propostas da 6ª. Conferência Estadual	208

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE GESTÃO 2006 - 2008

Presidente do CES/MT:

- Dr. Augustinho Moro

Vice-Presidente do CES/MT:

- Edvande Pinto de França

I – Representantes do Governo e Prestadores de Serviço:

1. Representantes do Poder Executivo:

Titular: Fabiano Tonaco Borges

Suplente: Ana Carolina Vicente

2. Representantes da Secretaria de Estado de Saúde:

Titular: Victor Rodrigues

Suplente: Cristina Santos Botti

3. Representantes da Secretaria de Estado de Saúde:

Titular: Leila Maria Boabaid Levi

Suplente: Ingrid Botelho Saldanha Handell

4. Representantes do Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado Mato Grosso da Saúde:

Titular: Néelson Pedroso Júnior

Suplente: Manoela Scotti Krammer

5. Representantes da Secretaria Estadual do Meio Ambiente – SEMA:

Titular: Luís Henrique Daldegan

Suplente: Solange Fátima Cruz

6. Representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Mato Grosso – COSEMS/MT:

Titular: Larissa Pina Mauli

Suplente: Marineze Araújo Meira

7. Representantes da Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT:

Titular: José Carlos Amaral Filho

Suplente: Myrian Tereza Serra Martins

8. Representantes da Federação das Misericórdias, Hospitais e Entidades Filantrópicas do Estado de Mato Grosso:

Titular: Suzana Aparecida Rodrigues dos Santos

Suplente: Vander Fernandes

9. Representantes do Sindicato dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Mato Grosso – SINDESSMAT:

Titular: Leandro Jubileu Zitelli
Suplente: José Ricardo de Mello

10. Representantes da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA:

Titular: Maria Luiza Ortiz Nunes da Cunha
Suplente: Alírio Artur Guimarães

II - Representantes dos Trabalhadores da Saúde:

11. Representantes do Sindicato dos Trabalhadores da Saúde e Meio ambiente – SISMA:

Titular: Alzita Leão Ormond Oliveira
Suplente: Aparecida Silva Rodrigues

12. Representante do Conselho Regional de Psicologia – CRP:

Titular: Maria Aparecida de Amorim Fernandes
Suplente: Valney Souza Corrêa – CRMV

13. Representante do Conselho Regional de Medicina – CRM:

Titular: Alberto Carvalho de Almeida
Suplente: Antônio Aparecido Casarin – CRF

14. Representante do Conselho Regional de Serviço Social – CRESS:

Titular: Edna Luiza Almeida Sampaio
Suplente: Márcia Fátima Folador - Fonoaudiologia

15. Representante do Conselho Regional de Educação Física:

Titular: Carlos Alberto Eilert
Suplente: Adjane da Silva Prado – CREA

III – Representantes dos Usuários:

16. Representante da Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado de Mato Grosso – FETAGRI:

Titular: Naildo dos Santos
Suplente: Rosely Hermann

17. Representante da Federação Matogrossense de Associações de Moradores de Bairros – FEMAB:

Titular: Edenir Pereira da Silva
Suplente: Antônia Lúcia Ribeiro

18. Representante da Associação Matogrossense de Deficientes – AMDE:

Titular: Lilia Suely Alves dos Santos
Suplente: Anísia Sandra Barbosa

19. Representante da Associação de Pessoas Portadoras de Doenças Renais Crônicas:

Titular: Antônio Cordeiro Sobral
Suplente: Grimaldina da Silva Barreto

20. Representante do Movimento Popular de Saúde - GSP/MOPS:
Titular: Suely Corrêa de Oliveira
Suplente: Simone Carvalho Charbel
21. Representante da Associação dos Aposentados de Mato Grosso – AMAP:
Titular: Maria Cândida do Nascimento
Suplente: Ivonil Soares de Campos
22. Representante das Entidades de Defesa dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes - Fórum DCA – MT:
Titular: Maria Helena Serrano – Pastoral da Criança
Suplente: Néio Lúcio Monteiro Lima – Federação Espírita
23. Representante do Núcleo de Estudos e Organização da Mulher – NEOM:
Titular: Clélia Araújo de Brito
Suplente: Elaine Cristina Capistrano da Silva
24. Representante do Conselho Indigenista Missionário – CIMI:
Titular: Genilson André Kezomae
Suplente: Crisanto Rudzo Tseremy'wá
25. Representante do Movimento Ambientalista e Ecológico – ECO 3:
Titular: Getúlio Gonçalves de Paula
Suplente: José Carlos Bazan
26. Representante do Sindicato dos Garimpeiros do Estado de Mato Grosso:
Titular: Joacy Leopoldino da Fonseca
Suplente: Antônio Carlos Machado Matias
27. Representante do Sindicato dos Profissionais da Educação – SINTEP/MT:
Titular: Maria Luiza Bartmeyer Zanirato
Suplente: Marli Keller
28. Representante dos Classistas das Centrais Sindicais – CUT:
Titular: João Luiz Dourado
Suplente: Marli Teresinha Ferreira
29. Representante da Associação de Proteção das Vítimas de Acidentes do Trabalho e Trânsito:
Titular: Ambrósio Moreira de Souza
Suplente: Josineide Miranda de Freitas
30. Representante do Movimento de Raças – GRUCON:
Titular: Edvande Pinto de França
Suplente: José de Arimatéia Silva

6ª Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso
Comissão Organizadora

Portaria nº 154/2007/GBSES

I - Presidente da 6ª Conferência Estadual de Saúde
Augustinho Moro

II - Coordenação Geral
Maria Cândida do Nascimento

III - Coordenação Adjunta
Ambrósio Moreira de Souza

IV - Membros
Aparecida Silva Rodrigues
Carlos Alberto Eilert
Edevande Pinto de França
Leila Maria Boabaid Levi
Maria Luiza Bartmeyer Zanirato
Suzana Aparecida Rodrigues dos Santos Palma

V - Secretaria Geral
Magali de Souza

VI - Assessoria Jurídica
Flávia Silva de Oliveira

I - Subcomissão de Orçamento e Finanças

A) Coordenador
Ambrósio Moreira de Souza

B) Membros
Aparecida Silva Rodrigues
Carlos Alberto Eilert
Françoise de Souza
Lilia Suely Alves dos Santos
Mauro Cândido Viana

II - Subcomissão de Mobilização e Articulação

A) Coordenador
Edevande Pinto de França

B) Membros
Aleide de Alencar Taques Siqueira
Edna Marlene da Cunha Carvalho

Gilberto B. Filho
Herônia Alves de Souza
João Luiz Dourado
Jimmy Hendrix G. Rondon
Marlene A. Vieira

III - Subcomissão de Comunicação e Informação

A) Coordenadora
Clélia Araújo de Brito

B) Membros
Ana Maria Boabaid de Carvalho Couto
Cleston Celestino Batista
Isdenil Evangelista da Silva
Maria Luisa Ortiz Nunes da Cunha
Oscar Luis Pereira da Silva Neto
Thiago André de Almeida
Tiago Ribeiro Machado
Valdevina Rosa Capistrano Silva

IV - Subcomissão de Infra-Estrutura

A) Coordenadora
Leila Maria Boabaid Levi

B) Membros
Antônio Carlos A. da Cruz
Dulcilene Strobel
Eliete B. Santos Saragiotto
Fabio Ribeiro
Ivete Meneguzzi
Joacy Leopoldino da Fonseca
José de Figueiredo Loureiro Junior
Suzana Aparecida Rodrigues dos Santos Palma
Landrimar Trindade
Marivanda Inês R. Pereira Eilert
Nilene Duarte

V - Subcomissão de Relatoria

A) Coordenadora
Maria Luiza Bartmeyer Zanirato

B) Membros
Fabiano Tonaco Borges
Genilson André Kezomae
Irani Gomes Botelho
Ione Mariza Bortolloto
Irene Mauricio do Nascimento de Lima

José Carlos Bazan
Márcia Fátima Folador
Maria Clara Freitas Siqueira
Neide Fernandes Pereira
Soraia Pinto Tamberi R. Maciel
Suely Correa de Oliveira

VI - Subcomissão Eleitoral

A) Coordenador
Getúlio Gonçalves de Paula

B) Membros
Maria Luiza Bartmeyer Zanirato
João Luiz Dourado

VII - Apoio Administrativo

A) Membros
Lindimar Regina de Souza Oliveira Camargo
Ivan Utsch Seba
Marcio Antônio Rios Ribeiro
Regina Lúcia de Souza Oliveira
Thiago André de Almeida

A Construção da Etapa Estadual

Com profunda satisfação, apresentamos para a sociedade matogrossense e todas as pessoas interessadas na consolidação de uma Política Pública de Saúde, o Relatório Final da 6ª Conferência Estadual de Saúde, realizada no período de 07 a 10 de outubro de 2007, em Cuiabá-MT, tendo como tema: “Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento”.

A tarefa de viabilizar e realizar este evento constituiu-se em um desafio que mobilizou todo o Conselho Estadual de Saúde, equipes de trabalho da Secretaria de



Estado de Saúde dos diversos níveis, sociedade civil organizada e população em geral. Antes da Etapa Estadual, o CES-MT aprovou a Programação da Conferência (Apêndice

A) e deliberou sobre o Regulamento (Apêndice B). As sub-comissões trabalharam durante mais de seis meses para construir todo o processo, desde a mobilização, etapa Municipal e etapa Estadual.

Os espaços de discussão e proposição dentro da Conferência tiveram como antecedentes os trabalhos nos diversos municípios, com a realização de 141 (cento e quarenta e uma) Conferências Municipais realizadas, com o



calendário entre 1º. de abril e 05 de agosto de 2007 (Apêndice C), em sintonia com o tema Estadual e Nacional proposto.

As Conferências Municipais foram momentos ricos para identificação e análise dos grandes desafios para o setor saúde, tanto pela maior aproximação com o cidadão,

quanto pela diversidade dos atores envolvidos para manifestação, orientação e decisão sobre os rumos do Sistema de Saúde em cada Município.



Considerada como base da participação social e que oferece sustentação para a grandeza das Conferências no âmbito Estadual e Nacional, as Conferências Municipais são o compromisso do povo usuário do sistema de saúde, dos trabalhadores e do Gestor na promoção das mudanças necessárias. Nessa

etapa, somado aos Conselheiros Estaduais, foram eleitos os Delegados que compuseram o conjunto deliberador da 6ª. Conferência Estadual, representando os municípios e os povos indígenas (Apêndice D).

A etapa das Conferências Municipais teve apoio dos Escritórios Regionais de Saúde, sendo que também foram disponibilizados materiais de divulgação para realização de Conferências Municipais, composto por: folder, cartaz e roteiro, contendo os três eixos para discussão e debate da população. Os Municípios também contribuíram produzindo seus próprios materiais para subsidiar a Conferência Municipal.



A Comissão Organizadora tanto “*in loco*” quanto a distância buscou incorporar os eixos temáticos à realidade dos Municípios, adequando-os. Para a etapa Estadual, as Propostas Consolidadas da Etapa Municipal (Apêndice E) foram fundamentais para enriquecer os debates e preparar os conferencistas para a discussão mais ampla da saúde no estado de Mato Grosso.

O CES-MT acompanhou todos os municípios e esteve presente em 128 (cento e vinte e oito) Conferências Municipais, ou seja, 91% e propôs, apoiou e acompanhou uma Conferência Indígena de Saúde, garantindo condições para que, levando em consideração as especificidades deste grupo populacional, pudesse ser preparada a etapa Estadual e elaboração das propostas e estratégias de discussão.

Durante quatro dias tivemos a oportunidade de debater sobre a situação de saúde, a defesa dos princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, previstos na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde. Definimos diretrizes para a plena garantia da saúde como direito fundamental do ser humano e como Política de Estado, condicionada e condicionante do desenvolvimento humano, econômico e social. Fundamentalmente, definimos diretrizes para o fortalecimento da participação social na perspectiva da plena garantia da implementação do SUS.

É através destas Conferências que o País pode chegar ao ideal de igualdade de oportunidades a todos na Saúde Pública, efetivando o Sistema Único de Saúde, que integre a participação de todos os segmentos sociais.

Sub-Comissão de Relatoria

Abertura da 6ª Conferência Estadual de Saúde

A solenidade de abertura da 6ª Conferência Estadual de Saúde, foi precedida no período vespertino do dia 07/10/07 com a entrega dos computadores aos Conselhos Municipais de Saúde feita por Francisco Batista Júnior, presidente do Conselho Nacional de Saúde, cumprindo as metas do Programa de Inclusão Digital. Na presença também do secretário de Estado de Saúde, Dr. Agostinho Moro, recebeu o primeiro computador o secretário de Saúde de São José do Xingu, Raimundo Fernandes, representando as demais Secretarias Municipais presentes.



A Sra. Marineze Araújo (CONASEMS), em nome dos Secretários Municipais de Saúde que receberam a doação dos computadores, falou sobre a importância do ato, agradecendo e comprometendo-se a acompanhar a implementação do Projeto.

A abertura 6ª Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso teve início com um minuto de silêncio em virtude do falecimento da Conselheira Sra. Nanci Aparecida Doregam Arrias, do município de Nova Lacerda, Delegada da 6ª CES/MT.

A mesa de abertura foi composta por:

- Dr. Augustinho Moro, Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso
- Francisco Batista Júnior, Presidente do Conselho Nacional de Saúde
- Dr. Guilherme Maluf, Secretário Municipal de Saúde de Cuiabá
- Marineze Araújo Meire, representando o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde- CONASEMS e,
- Maria Cândida Nascimento, Coordenadora Geral da 6ª Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso.

Fazendo uso da palavra, todos os membros da mesa deram boas vindas aos delegados à Conferência, cabendo à Coordenadora Geral da Conferência o discurso de contextualização do evento.

Maria Cândida do Nascimento falou sobre o início dos trabalhos preparativos para a Conferência, no mês de abril de 2007, com a proposta desafiadora do Conselho

Estadual de Saúde de tomar para si a responsabilidade de coordenar o processo e acompanhar a realização das Conferências Municipais de Saúde. Segundo ela, foi instituída a Comissão Organizadora, composta essencialmente por Conselheiros e Conselheiros Estaduais de Saúde, a fim de acompanhar técnica e presencialmente a realização de mais de 90% Conferências Municipais de Saúde em todo o Estado de Mato Grosso.

Para a Coordenadora, o fato do CES-MT ter assumido todas as etapas e trabalhos da Conferência, foi a mais importante mudança de paradigma, frisando que é desnecessário se ater aos problemas enfrentados. Ressaltou o empenho e a garra de todos os envolvidos, no tocante a romper as barreiras das dificuldades, ante a redução dos custos na execução do evento, de modo a garantir que os gastos fossem moralizados.

Ao falar das parcerias, a Coordenadora destacou ainda a participação de várias pessoas que se empenharam para além dos seus cargos como o Secretário de Estado de Saúde, Dr. Augustinho Moro, o Secretário Adjunto de Gestão Administrativa, técnicos da SES e dos Escritórios Regionais de Saúde, além dos Conselheiros e Técnicos da Secretaria Executiva e Ouvidoria Geral do SUS, salientando o espírito sublime e de voluntariado desses colaboradores.

Ao referir-se aos problemas que foram superados, Maria Cândida utilizou-se de uma frase da Ministra do Meio ambiente, Marina da Silva, em discurso na Conferência Nacional do Meio Ambiente: *“Aprendi que há dois tipos de problemas na administração pública: os urgentes e os importantes”*. Com essa máxima, a Coordenadora afirmou que é importante não descuidar das questões imediatas e urgentes, porém é essencial trabalhar com planejamento estratégico.

Ao referir-se à questão cultural da democracia e da participação, afirmou que a maior dificuldade enfrentada foi à falta de entendimento por parte de alguns setores, que não compreendem que a execução de política dentro do marco legal também faz parte desta Conferência, e que, no nível hierárquico, a Conferência Estadual de Saúde está acima do Conselho de Saúde.

Ressaltou que numa Conferência, a importância dos palestrantes é para alertar os participantes, mas não são eles os mais importantes e sim a participação de todos os delegados, convidados e observadores, pois estes conhecem a realidade local de seus municípios de origem. São os delegados defendendo suas propostas a partir da sua

realidade o essencial para a construção das deliberações a serem levadas da esfera estadual para a nacional, a fim de redefinir as políticas públicas de saúde.

Cândida encerrou sua fala afirmando esperar que a 6ª conferência cumpra seus objetivos e que, a partir dela, seja possível superar o denominado caos na saúde, através da efetivação destas propostas e agradecendo a confiança nela depositada para desenvolver o papel de Coordenadora Estadual.



Apresentação do Tema Central “Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento”



Coordenação da Mesa:
Conselheira Leila Boabaid.
Apresentador do Tema:
Augustinho Moro,
Secretário de Estado de
Saúde. Debatedores:
Edevande Pinto França,
Vice-Presidente do
Conselho Estadual de
Saúde e Carlos Alberto
Eilert, Conselheiro

Estadual de Saúde.

O Dr. Augustinho Moro declarou aberta a 6ª Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso, cujo tema foi ***Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento***. O secretário iniciou sua fala saudando a todos e discorrendo sobre a importância do evento. Em seguida, Moro apresentou um vídeo sobre a Gestão da Saúde, enfatizando o papel da Central de Regulação, dos Consórcios Intermunicipais, o MT Hemocentro, CEOPE (Centro Estadual de Odontologia para Pacientes Especiais), CRIDAC (Centro de Reabilitação Dom Aquino Correa) e o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Emergência), falando ainda da importância da descentralização da Saúde Pública no Estado. O Sr. Augustinho Moro encerrou sua fala agradecendo a presença de todos.

O Conselheiro Edvande Pinto de França saudou a todos e falou dos avanços e desafios da saúde, parabenizando os 141 (cento e quarenta e um) municípios pela realização das Conferências Municipais. O Conselheiro discorreu sobre a responsabilidade de todos, visto que a Conferência irá deliberar ações para os próximos quatro anos. Edvande França fez um relato histórico das décadas de 70, 80 e 90, enfatizando a pouca participação nas Conferências e a falta de acesso aos serviços até a 8ª Conferência Nacional que, segundo ele, foi um marco histórico. O Conselheiro falou

ainda da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), nesses 21 anos e dos grandes avanços no processo, considerando como ponto positivo a criação dos Conselhos de Saúde nos três níveis e ressaltando que o desafio é fazer com que os Conselhos funcionem adequadamente. Salientou como pontos positivos a regionalização e descentralização, bem como a estruturação dos hospitais regionais, das CIB'S Regionais e Estadual. Para ele, outro desafio é o funcionamento adequado do Programa de Saúde da Família (PSF). França enfatizou que é papel de todos trabalhar na elaboração de Políticas Públicas que acabem com as desigualdades regionais, as questões salariais e os problemas de habitação.

O Conselheiro Carlos Alberto Eilert discorreu sobre a Saúde do Trabalhador e a Qualidade de Vida, falando da importância de conquistar a saúde do trabalhador de forma digna. Após a leitura de alguns tópicos da Lei n º 8080/90, Artigo 6º, o Conselheiro salientou a importância da construção de políticas setoriais que equacionem as dificuldades entre Estado e Prefeituras. Segundo ele, é necessário que o trabalhador lute por melhores condições de trabalho e que a Secretaria de Saúde avalie qual a melhor forma de gerir os recursos para investi-los no setor. Para Carlos Eilert, a alimentação da população é o primeiro desafio e este deve ser superado por meio da organização dos movimentos sindicais e sociais com alianças que garantam a sustentabilidade política de projetos do Governo e sua fiscalização, para se tornarem mais permanentes e responderem às necessidades da população. O Conselheiro lembrou que os trabalhadores têm sido acometidos por diversos agravos relacionados ao trabalho, como stress e transtornos mentais, sendo necessário que a Secretaria de Saúde invista mais nesse setor.

Mesas Temáticas

EIXO I: DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO HUMANO À SAÚDE NO SÉCULO XXI: ESTADO, SOCIEDADE E PADRÕES DE DESENVOLVIMENTO.

Palestrantes: Marcos Henrique Machado e Wanderley Pignatti

Debatedor: Luís Augusto Passos

O Dr. Marcos Machado iniciou sua fala apresentando sua experiência na pasta da saúde. Fez um histórico da Efetividade do Direito à Saúde desde 1948 – após a II Guerra Mundial até a situação do SUS hoje, enfatizando a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196 e a Lei nº 8080/90. Falou dos focos atuais da saúde, ou seja, Epidemiologia, Educação em Saúde, Pacto e Gestão. Em seguida, discorreu sobre as ações e medidas necessárias para a consolidação do SUS:

1- Intersetorialidade, entre Política e a Gestão do Meio Ambiente, pois desde 1997 temos discutido sobre o Aquecimento Global, a Tributação da Água Potável e sobre o fato de que a Vigilância Sanitária tem como competência trabalhar os efeitos poluidores do nosso ambiente.

2- Instrumentos da Auditoria: a Auditoria tem vários instrumentos importantes que podem auxiliar, como a fiscalização, inspeção, visita técnica e perícia técnica. É preciso que haja um monitoramento junto à política e a gestão econômica.

3- Enfrentamento direto às patologias sócio comportamentais, é preciso que haja articulações, campanhas, mobilizações contra as imposições do mercado de produtos nocivos e prejudiciais à saúde.

EIXO II: POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA: O SUS NA SEGURIDADE SOCIAL E O PACTO PELA SAÚDE

Coordenador da Mesa: Edevande de Pinto França, Vice-Presidente do CES-MT e Agostinho Moro, Presidente do CES-MT e Secretário de Estado de Saúde

Palestrantes: Gilson Cantarino, Neilton Araujo de Oliveira

Debatedora: Heloisa Helena

Agostinho Moro:

Bom dia a todos, cumprimento o Sr. Edevande, vice-presidente do Conselho Estadual de Saúde e através dele, cumprimentar todos os conselheiros que não tem medido esforços para o bom andamento dos trabalhos da Conferência Estadual de Saúde. Cumprimentar a Senadora Heloisa Helena, enfermeira, sanitarista, professora de epidemiologia da Universidade Federal do Estado de Alagoas, grande defensora dos direitos sociais dos cidadãos brasileiros. Cumprimentar Dr. Gilson Cantarino, médico do Ministério da Saúde de Niterói, consultor e membro do CONASS e membro honorário do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde e cumprimentar também Dr. Neilton Araújo de Oliveira, médico sanitarista, Doutorando em Ensino de Biociências de Saúde e professor da Universidade Federal de Tocantins e Assessor Especial do Ministério da Saúde.

Quero cumprimentar todos os senhores, as senhoras, delegados, delegadas, todos os servidores da Secretaria Estadual de Saúde, Diretores dos Escritórios Regionais de Saúde que estão aqui presentes participando efetivamente deste evento e desejar aos nossos palestrantes, uma boa estada em nossa capital, Cuiabá, uma boa estada em nosso estado de Mato Grosso e com certeza absoluta, o conhecimento deles farão com que o nosso evento seja enriquecido.

Nós temos hoje dois eixos importantes que serão aqui debatidos. Iniciando agora: Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida. No mais desejo a todos, um bom dia de trabalho e obrigado!

Gilson Catarino

Bom dia a todos, eu quero agradecer à Comissão Organizadora da 6ª Conferência por este convite, é uma honra poder estar aqui e saudar cada um dos Srs.

Delegados, participantes e ouvintes, saudar a mesa iniciando pela Senadora Heloisa Helena, Dra. Flávia (assessora jurídica do Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso) e Neilton nosso companheiro que já presidiu o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde assim como eu, saudar o Coordenador da mesa Edevande, vice presidente do Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso e o Secretário do Estado de Saúde e presidente do Conselho Estadual de Saúde, Dr. Augustinho Moro.

Primeiro gostaria de colocar que a minha experiência. É experiência de gestor, venho atuando na Saúde Pública desde a educação integrada de saúde, fui Secretário Municipal em Niterói por 10 anos, fui Secretário de Estado por duas gestões, tive oportunidade neste processo de presidir o CONASS, então minha fala aqui é no olhar de gestor, o lugar que ocupo na mesa é o lugar do gestor.

O eixo de hoje na Conferência tem um enfoque de resgate do papel da Seguridade Social, de alguma coisa que foi se perdendo ao longo deste período e evidentemente a questão do Pacto da Saúde, é a agenda que está posta na construção do Modelo de Atenção a Saúde daqui para frente.

Eu elenquei alguns marcos conceituais e é uma escolha muito pessoal. Mas esses marcos que são jurídicos também estão muito esquecidos pela 3ª Conferência Nacional de Saúde. Ela foi em 1963 e que já apontava a descentralização dos serviços de saúde e a importância da necessidade de uma organização de base.

Por coincidência e eu acho importante trazer isso em Mato Grosso, o Ministro da Saúde daquela época era de MT e Deputado Federal de MT, Wilson Fadul, uma belíssima figura e que é vivo ainda. O Fadul nunca teve a publicação da Conferência em função do golpe militar e só resgatou isso na década de 90 e foi à primeira vez na história que se falava na descentralização de serviços pela base. A gente retoma isto no Brasil na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e já aí como há uma ata em 75 que foi a Conferência Internacional que enfatizava a importância da Atenção Básica internacionalmente chamada como Atenção Primária de Saúde, dos cuidados primários de saúde que vão desde a Atenção Primária até a Reabilitação, até o nível de maior complexidade.

A 8ª Conferência foi o grande evento da saúde pública brasileira e foi o evento que uniu Usuários, Profissionais de Saúde, Trabalhadores, Academia, que foi o momento que se propunha uma nova organização no Sistema de Saúde brasileiro, que é hoje o SUS, a 8ª Conferência é vitoriosa na Constituição de 1988 e incorpora praticamente todas principais teses ou quase todas, temos ali então o primeiro marco do

SUS, aí a Lei nº 8080/90, 8142/90, a primeira trata mais da Organização do Sistema e a segunda fala do Controle Social e aí começa o momento de instituição do que é talvez, para mim, o setor que tem a maior exuberância em democracia participativa, pelo Controle Social, pela Conferência de Saúde e também pelas Instâncias de Pactuações e que começa a trazer uma outra transparência para o processo de trabalho difícil, difícilíssimo, pois o país que teve a ditadura de Vargas, que vem do Império, que vem de uma Ditadura Militar extremamente violenta, a cultura da democracia participativa ela ainda é frágil diria, mas é uma conquista que saúde faz mais, cresceu na ação social, esta crescendo no meio ambiente, cresce algumas áreas da educação, mas eu acho que a Lei nº 8142/90 deu este grande marco e aí vimos naquilo que seria o marco regulatório do SUS e como conduzi-lo.

Aí vieram as Normas Operacionais nº 91, 92, 93 e 96, as Normas da Assistência a Saúde 2001 e 2002 a qualificação da gestão que eu quero discutir o seguinte: o que é que tem essas normas que eu acho importante fazer umas referências.

Primeiro: as Normas Operacionais começam tanto com o grande eixo da questão da Descentralização, eu e Neilton que participamos neste processo como gestor Municipal e quero, por exemplo, as vezes eu escuto assim: as municipalizações foram cartoriais mas não estou preocupado com essas discussões e o que seria deste país se não tivesse a Organização de Saúde nos Municípios, o que seria do Controle Social se não houvesse Conselhos Municipais de Saúde que pudessem fazer Organização de Base, o que seria do trabalhador de saúde se não tivessem também instâncias de pressão sobre o poder Municipal, então cartorial ou não temos mais de 5000 municípios com Secretarias Municipais de Saúde, Prefeituras com responsabilidades, e pensava no passado quando era da SINE's em Niterói quem mandava era o INAMPS e pronto. O Secretário de Saúde era apenas uma figura decorativa e o Estado tinha lá suas unidades sucateadas e o poder era o poder da Previdência Social na compra de serviços e mais, influência sobre os Parlamentares.

Então a descentralização teve o viés da qualificação sim, a primeira gestão incipiente, semiplena, depois partimos para a lógica da plena, até que partimos para o conceito de Território de Responsabilidade Sanitária que era a Norma Operacional de 96, aí caímos num equívoco, construímos uma “LOAS” ao invés da oferta de serviços, eu posso ser no Município, Secretário de Município, uma grande oferta de serviços mas minha organização não tem compromisso com a Atenção Básica, com a referência, não tem responsabilidade sanitária de cidadão, aí a “LOAS” fez um olhar que era a da

oferta, e agora a gente começa a recuperar isso, acertos e desacertos e é claro que estou resumindo para um olhar do Pacto que vou falar um pouco mais adiante.

A Constituição Federal de 1988, eu costumo definir que é uma constituição de Estado de bem estar social, o que universalmente costuma se chamar em inglês “fat states” a Constituição Federal de 1988 para a Saúde, representa um avanço notável, não tenho nenhuma dúvida disso. Agora, ela começou a sofrer e vou olhar pela lógica Setorial da Saúde e que não vou fazer debate macro, até porque a Senadora Heloisa Helena pode estender isso, ela tem uma vivência bem maior que a minha.

A Constituição de Constituição Federal de 1988 começou a sofrer para a Área de Saúde uma contradição Política de Bem Estar Social, no Sistema Universal de Saúde, Público, Forte e Gratuito, não é todo que contribui, pois quando eu bebo a água tem um desconto que vai entrar para o financiamento, portanto financiado por todos e uma Política Econômica de ajuste internacional de cumprimento de compromissos internacionais.

Então a gente teve na gestão do Collor a primeira quebra do Conselho da Seguridade Social, o financiamento da Saúde era de 30% dos recursos da Seguridade Social. Seguridade Social enquanto Saúde, Assistência Social e Previdência Social, naquele momento sai desta lógica e passa a ter fontes que são desvinculados da Seguridade, então o Conselho de Seguridade começa a sofrer um abalo e por outro lado o Ministério da Saúde institui uma nova forma de financiamento, onde o público e o privado passaram a ter um financiamento igual, ou seja, o Governo Federal comprava do Setor Público com a mesma tabela, com o mesmo lote de recursos que comprava do Setor Privado.

Quando eu fui Secretário de Niterói, depois de ter municipalizado as unidades Estaduais e Federais de 92 para 93, eu vi uma queda de 2/3 do financiamento do Município, dali começa uma crise que as pessoas perdem a localização dela, porque antes era uma Programação Orçamentária Integrada, era recurso Municipal, Estadual e Federal, e isto se quebra para uma lógica de compra de serviços. Aí a gente vem de uma grande luta para poder romper isso.

Um dado, que para mim é preocupante, extremamente preocupante, pois acho que todo mundo que participa de um evento Público de Saúde tem que dizer, a Saúde está Desfinanciada. Não sei se dá para vocês verem e entenderem, mas fazendo um quadro comparativo do Gasto Público de Saúde em relação ao Gasto Total de

Saúde, que desejava em torno de 75%, o Brasil tem um gasto público que representa apenas 45,3% do gasto total de saúde.

Vamos esquecer Cuba que tem um Sistema Público de grande qualidade estatizado, vamos olhar para o Reino Unido, Suécia, Costa Rica, Alemanha, França, países que não são nenhum paradigma de socialismo, mas que tem uma Política de Bem Estar social mais adequada, aí a gente vê a grande diferença do Brasil para lá.

Nós estamos com renda per capita de 212 dólares habitante/ano, dados de 2006 da Organização Mundial de Saúde por renda per capita público de 96 dólares, então o dinheiro que circula na Atenção Privada é muito maior que na Atenção Pública. Aí você faz a Saúde com a qualidade que se deve fazer com 96 dólares cidadão ano, num país que tem uma altíssima despesa com doenças crônicas, num perfil muito maior que de doença aguda, onde você tem uma sobrevida maior felizmente, onde a expectativa de vida da população é maior, você começa a gastar muito mais e aí tem esta inversão.

Saiu uma Publicação errada da Organização Mundial de Saúde, onde o gasto público é maior do que o privado saiu agora por erro que computou duas vezes o recurso do Ministério. Computou recurso do Ministério quando é repassado para Estados e Municípios e computou dentro dos recursos dos Estados e Municípios. Esses dados de 2006 é o dado mais real.

Eu acho o Sistema Brasileiro muito centralizado, ainda. Todo o avanço que nós tivemos e, de fato, tivemos, eu não estou criticando o nosso avanço. Na verdade a gente tem um Sistema de Caixinhas de Financiamento quem vem de herança de modelo Sanitarista e controlador do Ministério da Saúde nas diversas campanhas “disso e disso e disso e daquilo” que não atinge a população em seu todo. Atinge a população em parte. O financiamento é ditado pelas regras que o Governo Federal coloca no financiamento. Isso prejudicou muito a constituição dos Sistemas Municipais de Saúde e dos Sistemas Estaduais de Saúde. Isso é uma herança do Estado autoritário. As ações ficam compartimentalizadas e claro, os modelos acabam não sendo aqueles que atendem a realidade local e aí tem toda a questão do debate que está no Pacto hoje. Nós financiamos pela oferta e temos tanto dinheiro para fazer determinado controle de doença... Mas qual a necessidade da população? Naquela comunidade? Naquela cidade, naquela região? Se financia como? Por uma caixinha, eu digo. Quem está doente assim, vai ser atendido ali, ou no Planejamento Financeiro que atende a lógica da necessidade daquele grupo populacional?

A Integralidade, na verdade, vai de toda ação que vai desde a chamada Atenção Básica até Reabilitação. Eu quero falar da importância da Promoção da Saúde, da Atenção Primária, do modelo de Atenção, dos Recursos Humanos e da Intersetorialidade.

Eu quis colocar o seguinte: não tem saúde sem Promoção de Saúde. Promoção de Saúde não se faz só através da Saúde. Promoção de Saúde envolve Meio Ambiente, Promoção de Saúde é Qualidade de Vida, é uma Política de Governo como um Todo. Mas a Saúde tem que fazer Promoção de Saúde também. Quando discute Tabagismo, Câncer, Doenças Cardiovasculares, Diabetes, etc. Ela tem que possuir uma Ação de Promoção. Atenção primária é o eixo fundamental de qualquer organização.

Eu sou um defensor do modelo do PSF, eu sou o defensor do modelo de Agentes Comunitários de Saúde. Mas mais do que isso, eu sou o defensor de um modelo onde a Unidade que atenda, saiba que população ela tem obrigação de atender e como é que ela vai viabilizar o fluxo dessa população com as outras áreas de atendimento. É uma questão de Responsabilidade Sanitária. Se alguém entende que deve se fazer por meio de um Centro de Saúde, que faça. Mas o Centro de Saúde tem que saber de que população tem que dar conta, embora eu prefira o modelo do PSF.

Exemplos: Como é que está a questão da imunização da criança? O que está falhando no acompanhamento dos diabéticos? Você consegue ter instrumentos nas mãos, agora o território tem que estar definido ali, nas responsabilidades daquele território. Vou dar o exemplo do modelo Cubano. O modelo Cubano evidentemente tem toda uma diferença em relação à estrutura Sócio Político Econômico do Brasil, se morrer uma criança, um relatório chega às mãos do Presidente da República. Tem que haver uma explicação do óbito daquela criança. Quer dizer, tem uma outra responsabilidade sobre o dia a dia do cidadão. Esse Modelo de Atenção que no Brasil hoje é prioridade articulada pela Atenção Primária. Hoje na lógica do Pacto nós temos que mudar ele. Se você tem a Atenção Primária, um Nível Secundário e um Nível Terciário. Então o debate que está sendo feito hoje é que o Município tem que dar conta da Atenção Básica. A região tem que dar conta, junto ao conjunto daqueles Municípios, da Atenção Secundária, e a região e o Estado tem que dar conta da Atenção Terciária. É alguma coisa que está projetada para o Pacto, e não mais aquela coisa de que cada um é Auto Suficiente e assim na Política Regional nós vamos avançar. E o centro não pode ser aquele Município que oferece. É a região que tem acesso pelo Pacto, acompanhado

pelos Municípios e pelos Estados e instruídos pelo Controle Social e envolvendo os trabalhadores na negociação para gente construir esse modelo.

A questão da Intersetorialidade e dos Recursos Humanos, nós vamos deixar para depois: tem um potencial de articulação fantástica. Imagine uma comunidade atendida por uma equipe dentro de uma responsabilidade sanitária, você vai descobrir problema de lixo, você vai descobrir criança fora de escola, você vai descobrir famílias com problemas de violência para poder abordar violência. Você pode realizar censo. Você pode provocar outras ações Intersetoriais e com Organização Social que tem a Área de Saúde, você tem um Conselho de Saúde que pode apoiar isso. E isso às vezes ameaça outros Órgãos de Governo que acha que a Saúde vai crescer muito em poder, mas não é isso. A Intersetorialidade encontra um conjunto de ações voltadas para o cidadão, porque a Saúde tem um poder de capitalização muito grande, como tem também a escola.

Eu não conheço trabalhador motivado, eu conheço trabalhador politicamente engajado. Salário está ruim, não há carreira, você não cresce. Eu vou dar um exemplo: eu sou médico do Ministério da Saúde desde 1979. O que é isso? Para mim, aposentadoria é nada. Não vou dizer o valor, mas na verdade você não vislumbra crescer na lógica de uma carreira. Você não evolui aqui dentro. E tem a ver com financiamento também. Porque tudo isso está impactado num per capita tão baixo e se o pagamento está dentro desse per capita, está posto um problema que nós vamos ter que dar conta.

O que tem de positivo? Tem uma Mesa de Negociação Nacional com o SUS, vários Estados já possuem Mesa Estadual, poucas cidades, mas em algumas já existem Mesas Municipais. Está sendo construída uma Agenda para melhorar essa questão dos Recursos Humanos. Eu acho que hoje o Ministério da Saúde está conseguindo um avanço em nível de propostas e diálogos, inclusive para a formação de pessoal. Então eu acho que os Recursos Humanos hoje é um problema.

O que seria a Seguridade Social na lógica do Pacto? O Pacto é um eixo importante da Conferência, que é a proposta colocada e aprovada de Construção de Estrutura. Não é norma, não é uma verificação de missões cumpridas, não tem um pacote definido e não classifica gestão. Todos são gestores solidários. A lógica da gestão do Pacto pela Saúde é uma lógica que se faz com solidariedade.

Temos que avaliar permanentemente o processo de trabalho. Temos que dar conta de como é que está sendo visto esse processo, focar a gestão nos resultados e tem que ter uma adesão, uma Pactuação. O Pacto não tem que ser à jato. Qualquer pressão é pressão para mostrar números. Tantos Estados já assinaram, tantos Municípios já assinaram. O Pacto tem que mudar a lógica. O Pacto tem que ser construído em cima da realidade da população e não encima das nossas necessidades da oferta de serviço.

O Pacto se divide em 3, o primeiro é o Pacto pela Vida: ele tem alguns eixos mais elegíveis, como Fortalecimento da Atenção Básica, Saúde do Idoso, Controle do Câncer do Colo do Útero, Mortalidade Infantil e Materna, Dengue, Hanseníase, Malária e Doenças Reemergentes, Promoção da Saúde.

O segundo é o Pacto pela Defesa do SUS: esse Pacto traz o debate para um assento Político. Hoje a visão da Saúde é de fracasso da gestão, de excesso de reunião. Uma visão preconceituosa de quem na verdade já tem sua necessidade individual satisfeita. E a elite não tem a visão de que ela depende da saúde pública. Ela esquece que o que ela ingere é controlado pela Saúde Pública. A visão que ela tem é do consumo pessoal. Nós temos que colocar a Saúde na pauta do debate político outra vez. Voltar a ter capacidade como tivemos em 88 (*ano de 1988*) de falar para o País. Isso não acontece mais. Eu me lembro que cada vez que eu ia ao ar como Secretário de Estado num telejornal qualquer pela Unimed ou pela Golden Cross, promovia a cidadania, garantia a mobilização social e com isso conseguia também um melhor financiamento.

Vou colocar algo complicado: pode Municípios, Estados e União alocarem recursos, nesse pacote que está, não dá. O que aconteceu? Aconteceu que todo financiamento da Saúde vinha do orçamento do Ministério e vinha da Previdência Social. E a Previdência Social financiava com muito mais dinheiro do que as restrições que depois começaram a ocorrer. O que aconteceu com a CPMF? CPMF entrou e outras fontes deixaram de entrar – uma fonte na verdade, substitutiva de recursos. Estou colocando isso novamente porque acho que sem Debate Político a gente não caminha.

O terceiro é o Pacto de Gestão: tudo aquilo que envolve os compromissos da Gestão. Centralizar, Regionalizar, Financiar, Planejar, Programação Pactuada Integrada (PPI), Regular as Ações, Garantir a Participação de Controle Social é garantir a gestão do trabalho.

É a primeira vez que o Trabalhador, que a Gestão do Trabalho entra em alguma Norma. Nas NOBs nós nunca conseguimos isso, depois saiu uma Norma Operacional, Diretriz Operacional de Recursos Humanos a nível de Conselho Nacional

de Saúde, mas é a primeira vez que está dentro do Pacto a questão da Gestão do Trabalho.

Todos os programas são prioritários, pela situação que hoje se observa de saúde da população e isso não é para excluir o resto: a questão da defesa do SUS e a questão do Pacto de Gestão como um todo.

Eu vou trazer um dado do CONASS, tem uma Nota Técnica nº 13, onde estão à disposição de todos, as teses dos Secretários de Estado para 13ª Conferência. O eixo da Assistência Farmacêutica, Atenção Primária, Ciência e Tecnologia, Comunicação Social, Controle Social, Financiamento, Formação em Informática, Gestão do Trabalho, o desafio do Modelo de Atenção, o Pacto pela Saúde e Promoção da Saúde e Vigilância da Saúde. Isso está disponível no site do CONASS junto com várias outras publicações interessantes.

Para encerrar eu coloquei alguns pontos que eu acho importante para gente que lida com a Saúde Pública. Primeiro é a função Social do Trabalhador. O Brasil tem um pensamento absolutamente liberal da origem das pessoas. Eu sou médico. Porque sou estudioso, então eu cresci com as minhas potencialidades... Mentira! Quando eu estudava meu pai tinha descontado do imposto de renda. A população financiava, inclusive, a faculdade pública. Eu sou médico porque eu tenho um contexto de função social onde eu também fui financiado para chegar onde cheguei. Essa é uma questão que não se regula no Brasil.

Quantos Assistentes Sociais são necessários hoje em Cuiabá? Se formam Assistentes Sociais para as necessidades de Cuiabá? Eu quero ser Cirurgião Plástico... Está precisando de Cirurgião onde estou fazendo faculdade? Quer dizer... Tem que haver uma Regulação do Estado sobre a formação do profissional e a oferta de serviço para a população. Isso não é impedir o livre direito de formação. Nós temos tais ofertas, vamos disputar encima das ofertas que estão aí em função das necessidades da população.

Outra questão: quem trabalha na área pública tem que possuir um Compromisso Ideológico com a Área Pública. Fazer saúde é fazer Inclusão Social, reduzir Desigualdades. Trabalhador de Saúde que atende com Preconceito, que discrimina na porta de entrada, que não se envolve (inclusive o gestor) num processo de debate de construção de uma sociedade mais justa não está cumprindo seu papel enquanto função social. Em minha opinião o SUS é hoje o maior Patrimônio Social que este País tem. Agora, é um Patrimônio Social para fazer Justiça, para Incluir... Os

resultados são positivos? Eu defendo que são. Eu tenho números aqui de produção de consultas no Brasil, de internações, que são extremamente positivos. É o próprio perfil de abastecimento da população que já mostra dados positivos naquilo que a saúde intervém mais diretamente como Doenças Imunopreveníveis, etc. Mas precisamos qualificar mais. As pessoas não estão satisfeitas. Os atendimentos estão partidos. A sociedade está nos criticando. Nós estamos muito expostos. Nós temos que pactuar mais. Nós temos que nos despir daquela coisa corporativa, do lugar de cada um de nós, pois temos uma função com o outro lado e com o conjunto da população e somos parte dela também.

Esta Conferência explode no sentido que aumentamos a adesão ao SUS. Quando eu vejo um teatro desse tamanho lotado eu fico bastante otimista. Quando ouvi Vânia dizer que participou de várias Conferências com um ótimo clima, vindo agora do Espírito Santo, por exemplo, eu fico otimista. É muito importante essa Conferência para o SUS. E é importante que essa Conferência coloque na agenda a politização do debate da saúde enquanto direito do cidadão e que a gente possa a partir daí obter novas conquistas, ampliar os nossos marcos e dar um salto de qualidade. E que esse SUS hoje, muito burocratizado em que as normas acabam engessando muito, seja ainda um SUS democrático para que possamos ampliar nossa capacidade na qualidade e ampliar nossa capacidade de ajudar a promover justiça social no Brasil.

Obrigado pela atenção.

Dr. Neilton Araújo de Oliveira.

Bom dia. Eu queria cumprimentar aqui meus colegas de mesa, a Flávia (assessora jurídica do CES/MT), Senadora Heloísa, Edevande, Secretário Augustinho, companheiro Gilson. Primeiro quero agradecer e cumprimentar vocês pela realização da Conferência e agradecer ao convite de estar aqui. Estive olhando o cartaz e fiquei impressionado, pois das cinco fotografias colocadas, quatro estão ligados ao Meio Ambiente, nenhum está ligado à gestão. Eu fico feliz em perceber essa visão mais Intersetorial que a Conferência de Saúde de Mato Grosso está enfocando. Eu vou apresentar o tema um pouco à luz do Movimento da Reforma Sanitária, do movimento da Construção da Saúde como direito e principalmente a Inclusão da Participação Social na construção dessa Política Pública vitoriosa que é o SUS.

Não há dúvidas de que nós que estamos na Região Amazônica, na Região Norte, na Região Centro-Oeste, nós temos uma identidade maior com a natureza então é

papel nosso, levar para o debate Nacional da nossa Conferência os aspectos que muitas vezes o Sul maravilha do nosso País ainda não está sensibilizado para ele.

Esse momento da etapa Estadual e as várias Conferências Municipais e a própria etapa Nacional é um momento importante para nós refletirmos não só do ponto de vista reivindicatório em termos de Qualidade da Saúde e Participação, mas também de avaliarmos o que já produzimos. Nós nos orgulhamos inclusive, daquilo que já fomos capazes de construir. Mas nesse momento, a pergunta que fica mais forte para nós é: como é que está o nosso Sistema Estadual de Saúde? Não só perguntar para a Equipe Estadual de Saúde, coordenada pelo Dr. Augustinho, mas perguntar a cada um Conselheiro, Trabalhador, Prestadores de Serviço, como é que está o nosso Sistema Estadual de Saúde. Que desafios e prioridades nós enxergamos nesse momento, qual é o grau de satisfação da população. Muitas vezes a população não participa por se sentir fora do processo. Como é que concilio o grau de motivação e de consciência dessa população para ela ser um sujeito ativo? Porque sem a Participação Social nós vamos avançar com muito mais dificuldade.

Como está à Regionalização e a Resolutividade? 72% dos Municípios brasileiros têm menos de 20 mil habitantes. Eu não posso ter nem pensar num hospital de Alta Complexidade em cada um dos Municípios brasileiros. Nós temos que trabalhar isso com a Visão Hierarquizada, com a Visão Regionalizada. Mas como é que a gente assegura o direito para a população dos pequenos Municípios quando precisar do atendimento da Média e da Alta Complexidade? Esse não apenas um desenho, mas um compromisso que tem que estar organizado em nosso Modelo de Referência contra Referência com informações claras para os seus trabalhadores do sistema, e mais claras ainda aos os usuários para saberem que na hora que precisarem de determinados serviços eles terão ali, terão outros lá, mas não como um favor e sim como um Direito e fruto de uma Organização deste Sistema.

As condições de trabalho e a questão salarial dos trabalhadores estão condizentes com o que precisamos? Não só o que merecemos, mas o que necessitamos? Muitas vezes os usuários se colocam numa linha de conflito com os trabalhadores e vice versa, às vezes fruto exatamente da falta de condições suficiente para este bom atendimento. E o acesso? Muitas vezes não está nem existindo esta unidade de saúde, outra hora ela existe, mas está de portas fechadas, outra hora ela existe, está de portas abertas mas não tem o pessoal necessário para aquele grau de complexidade, então esta é uma hora importante para nós pensarmos que diretrizes priorizamos para nossa

Conferência, e naturalmente nosso assunto central deste momento é o Pacto de Saúde, e Dr. Gilson coloca agora com bastante geral para a compreensão de todos.

A pergunta é essa: O Pacto está claro para os gestores das três esferas do Poder? Por que em alguns momentos nós ouviremos Municípios dizer que o problema é do Estado e vice-versa, os dois dizerem que problema é do Ministério e o Ministério diz que problema é do Estado e nós sabemos que na construção do SUS a Gestão é solidária, cada um é Gestor autônomo e único no seu grau de abrangência, mas a responsabilidade é solidária, pois se um não vai bem a responsabilidade é dos três níveis. E para a população, está claro? Ele está sendo cumprido pelo menos naquelas etapas que foram programadas?

Nós vimos no primeiro eixo, que nós estamos trabalhando a Saúde nesta linha, não só na Qualidade de Vida, mas do Desenvolvimento, e a gente pensa Desenvolvimento na área Econômica, Industrial e no fundo o que nós estamos querendo dizer é que nesta etapa da Conferência, que Desenvolvimento é Qualidade de Vida, é felicidade das pessoas, mas não meia dúzia delas, não uma felicidade individualizada e sim coletiva, um bem estar onde a gente se sinta partícipe do processo de construção da saúde, não só enquanto direito, mas enquanto fruto da nossa condição de Cidadão.

A questão do financiamento talvez seja a questão mais uniformizadora das nossas lutas, porque se nós pegarmos e perguntarmos para os usuários qual é o foco maior de seus interesses, naturalmente não vai ser o mesmo foco de maior interesse dos trabalhadores, e que não será o mesmo foco de interesses de gestores.

Então qual é o foco que nos irmana, que nos junta, Movimento Social, Prestadores, Trabalhadores e Gestores, neste momento talvez a bandeira mais importante para nós seja a Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, porque se não aumentarmos os Recursos Financeiros na área da Saúde, nós não vamos poder dar os passos que já estamos atrasados para reconstruir em termos de mais ofertas, não só ofertas de acordo com interesse das Indústrias Farmacêuticas ou da Tecnologia Médica, mas ofertas em cima das necessidades de saúde da população.

Nós não vamos dar a qualidade não só da Gestão, mas a qualidade até da Participação Social e muito a qualidade de atendimento que a gente precisa qualificar neste momento. A formação de pessoal é desafio que ainda está meio escondido, muito poucas pessoas perceberam a importância e relevância deste item, os nossos Profissionais de Saúde em sua grande maioria estão sendo formados com uma lógica completamente diferente, distante daquilo que SUS precisa e daquilo que necessidade

da população aponta. Então nós formamos médicos, enfermeiras, bioquímicos e tantos outros profissionais da área da saúde com uma visão muito mais da doença, da indústria farmacêutica, do interesse econômico, do em cima da visão ampliada da Saúde, da Promoção, da Proteção e Educação em Saúde assim por diante, então este é um desafio para nós nesta etapa que precisamos pensar como precisamos apontar, não para discutir apenas lá na Nacional, mas aqui em Cuiabá de como podemos juntar hoje os dirigentes das Escolas Médicas, das Escolas de outros Profissionais, com Gestores para definir prioridades com a participação do Conselho para apontar rumos, para dizermos: nós podemos avançar rapidamente aqui em Cuiabá, com nossa caracterização própria e local.

Portanto eu não posso falar em nenhum aspecto da construção do SUS, da Participação Social, da Qualidade da Gestão, etc., se nós não entendermos que Setor Saúde é setor nobre da vida de qualquer país e de qualquer região, ele perpassa todas as áreas não só do conhecimento, mas da Organização Social.

Ele é um dos setores mais dinâmicos em termos de movimentação financeira, até do ponto de vista econômico, que às vezes damos a importância menor que ele tem, 11% dos desempregos dos cargos de trabalhos, dos espaços de trabalho no Brasil, 11% é do setor saúde, pois se você pegar a quantidade de outros setores, vão ver que este é um setor robusto, e nós ainda estamos centrados no modelo que tem como foco a doença, mas nós estamos avançando. Talvez se pudéssemos fazer uma retrospectiva mais detalhada dos últimos 17 anos, que o SUS nasce na Constituição Federal de 1988, mas que ele se efetiva com a Lei Federal nº 8080 e 8142 de 1990. Portanto este Sistema adolescente já apresenta dados, respostas e resultados fantásticos, fruto da participação coletiva de todos nós, suprapartidária, multi institucional, com a cara de cada Região.

Eu estava olhando aqui a predominância das mulheres no Movimento da Saúde é uma coisa crescente a cada dia, nesta Conferência temos muito mais companheiras mulheres dos que os homens, fico me perguntando quantos médicos existe aqui neste Plenário, levantem as mãos, por favor?

Quantos professores há neste Plenário? Dentistas? Auxiliar de Enfermagem? Conselheiro de saúde? Agentes de Saúde? Técnico de Enfermagem? Secretário Municipal de Saúde? Trabalhadores da Saúde de uma maneira geral? Usuários da Saúde de maneira em geral? Somos todos nós, Gestores, somos todos usuários do SUS. O Direito da Saúde não depende de Leis, é direito humano e universal, mas nós fomos

competentes para escrever na nossa Constituição que a Saúde é um direito de todos e dever do Estado, mas a maioria de nós se esquece de completar a frase que está lá no art.196, que é garantido perante Políticas Públicas, Sociais e Econômicas, portanto não é só Serviços Médicos, Laboratoriais, Remédios, Hospitais, não é só doutor é tudo isto que nós queremos construir na linha da produção, Produção e Recuperação da Saúde, Saúde é Qualidade de Vida com as características pessoais, intermediárias e remotas, Saúde também é influenciada por um conjunto de setores: Trabalho e Renda, Educação, Alimentação, Meio Ambiente, Previdência, Saneamento Básico e assim por diante que nós estamos construindo este Sistema Único que é propriedade Nacional, numa realidade Econômica Cultural, Agrária, Geográfica, Histórica muito diversa, se pegarmos aqui na região amazônica veremos que 90% das crianças e adolescentes estão na faixa da pobreza. Portanto precisa ter Políticas focadas neste problema prioritário, no nordeste 75% de crianças e adolescentes estão na faixa da pobreza, no sul: Paraná, Rio Grande do Sul, Santa Catarina apenas 2% estão dentro das famílias pobres, percebem que temos que focalizar em cada local a prioridade da nossa região, mas as diretrizes Nacionais são uniformizadas, unificadas e articuladas entre nós.

Para lembrar o quanto avançamos nos últimos 15 anos em termos de evolução da Taxa de Mortalidade Infantil, em 1980 morriam 70 crianças com menos de 1 ano por cada 1000 nascidos vivos. Em 2005 estava com 21, daqui para frente vai ser muito difícil baixar estas taxas porque vai se tornando mais complexo, mas evoluímos a Expectativa de Vida, estamos vendo uma promoção, uma transformação nas prioridades dos agravos e das doenças, se há 30, 40 anos as Doenças Infecto Parasitárias eram mais importantes, hoje algumas delas continuam importantes como a Tuberculose, Hanseníase aqui no nosso Estado, Região Norte toda este é um mal que não deveria existir mais em nosso País, mas estamos com os Cânceres, Diabetes, Hipertensão, ainda a Desnutrição e se pegarmos populações específicas como a população indígena, ribeirinha, veremos problemas diferenciados e isso tem que merecer discussão da nossa Conferência Estadual de Saúde. Eu não posso pensar tudo isso sem articular com a Ciência, Tecnologia, com o Desenvolvimento Tecnológico e assim por diante. E, no entanto, qual é o financiamento que a gente tem para incorporação de tudo isso?

Isso aqui é uma referência histórica para dizer que nós não chegamos aqui por acaso. É fruto dessa Mobilização de todos nós, um processo vitorioso da construção da Saúde. Nós avançamos e podemos dizer que vencemos a etapa do ponto de vista

Jurídico, Legal. Agora nós estamos com o desafio de trazer para concretização desse direito às ações de atendimento, etc.

Aqui, eu já falei sobre isso é a questão do Direito e das Ações Integrais. Os itens da Constituição Federal nos artigos nº 194, 196 ao 204 que é da Seguridade Social. No entanto nós estamos trabalhando Individualizadamente. Eu estou vendo este ano a Saúde fazendo sua Conferência, Assistência Social fazendo a sua Conferência, outros temas fazendo a sua Conferência: Mulheres, Criança e Adolescente, Meio Ambiente. Qual é a nossa relação entre esse setor e o outro? Qual é a interlocução que nós estamos fazendo entre nós mesmos? Nem a Seguridade Social e a Saúde está se conversando. Então está na hora de respondermos a isso na linha da Intersetorialidade. Porque nós vamos avançar muito pouco na Área da Saúde com ações específicas somente no Setor Saúde, isoladamente.

Para lembrar que o Financiamento que nós temos hoje não é a favor de nenhum partido. De nenhum governo. É fruto da Contribuição de toda a população. As fontes de financiamento da Área de Saúde (151, 153, 154...). O Programa de Integração Social (PIS), o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASSEP), e a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) que foi criada só para o setor saúde (que entrou por uma porta da Saúde e o mesmo dinheiro saiu por outra). E hoje temos menos da metade do dinheiro da CPMF destinado ao Setor da Saúde. Eu não sou favorável mais, à discussão da CPMF vir para a Saúde ou não. Sou favorável à regulamentação do Projeto que está no Congresso de destinar pelo menos 10% do dinheiro das Receitas Brutas do Orçamento Federal para a Área da Saúde, mas nos Estados nós temos que assegurar que os Estados cumpram aquilo que já está definido de 12% do seu Orçamento próprio na Área da Saúde. Agora o mais importante é que o Estado às vezes está colocando 12%, mas está contando estes 12% em ações que não são da área da Saúde. Os Municípios estão colocando 15%, e a maioria coloca mais do que 15%, porque na verdade a população está ali perto, está cobrando, está exigindo. E com isso, o Município querendo ou não, podendo ou não, acaba tendo que colocar mais Recurso. O que mostra a força e a importância do Controle Social e da Participação Social, porque vai mobilizando e produzindo melhor condição.

Na distribuição dos Recursos do Orçamento Federal, vocês vão ver que 18% vão para a área da Justiça Social e 63 dos 18, 61 vem para a Saúde. Então é um pedaço até grande, 61% mas é uma fatia média de um pedacinho pequeno. Nós estamos fazendo milagres na área da Saúde com o pouco financiamento que a gente tem.

Aqui os fantásticos números e resultados do SUS: somos o segundo país do Mundo em Transplantes e somos o primeiro País do Mundo em Transplantes no Serviço Público. Temos um Sistema de Inclusão na área da AIDS, por exemplo, que hoje é modelo para o Mundo. Mas nós tivemos que ter coragem para fazer um modelo diferente do que é proposto pelo modelo Internacional. Então nós tivemos que ter na Saúde ousadia o tempo todo para ir Contra a Hegemonia. Dizendo nós temos um Sistema para todos e não só para a pobreza do nosso País.

Aqui a nossa rede que é fantástica. Eu queria dizer para vocês que dos 500 mil leitos, a gente tem $\frac{1}{4}$ das Unidades de Terapia Intensivas (UTI's) em Hospitais Universitários, portanto até do ponto de vista de Assistência essa ligação entre os Serviços e os Profissionais é importante e aqui eu gostaria de dizer: é uma estratégia fantástica que a gente tem trabalhado e que é o orgulho do nosso Sistema, que é o Programa de Saúde da Família (PSF). Melhor: é a estratégia da Saúde da Família. Além das quase 30 mil equipes, nós temos um exército de agentes comunitários espalhados pelo Brasil todo, não só facilitando o acesso, mas ajudando a construir essa cumplicidade entre nós todos.

Com toda essa reflexão, fazemos a pergunta central: como apesar das dificuldades, contando com as nossas vitórias, como avançar na construção do SUS? A questão da Intersetorialidade é central, fundamental e urgente. Talvez seja muito mais importante do que criar um programa isolado e específico da área da saúde.

Eu talvez pudesse sintetizar saídas para trabalharmos nesse avanço da construção do SUS, na compreensão da integralidade, em aumentar os recursos, combater a corrupção, mudar o modelo da saúde para o modelo da integralidade da saúde, ter eficiência no gasto que é a qualidade da gestão e transformar o Brasil, que significa a partir de hoje, aqueles que já estavam qualificar melhor a sua participação, e aqueles que não estavam abraçar com toda sua força, sua paixão, a construção da saúde como direito, como qualidade de vida.

Um grande abraço e muito obrigado.

Senadora Heloísa Helena, debatedora.

Bom, eu vou fazer um esforço para falar menos e partirmos para o debate.

Primeiro eu quero agradecer a generosidade democrática da coordenação do evento pelo convite, quero abraçar carinhosamente a todos e todos que participam dessa Conferência, saudar o Secretário de Saúde, Dr. Augustinho, saudar os conferencistas

dessa mesa tão importante, tanto Dr. Gilson, quanto Dr. Neilton, abraçar o presidente da mesa, Sr. Edevande e minha companheira de mesa, a Flávia (assessora jurídica do CES/MT).

Como Edevande disse, era muito importante que estivéssemos atentos ao tema, nesse eixo que estou participando. Eu vou humildemente de alguma forma colaborar, até porque as duas exposições que foram feitas foram extremamente preciosas que refletem a maturidade, a experiência e vivência de dois sanitaristas que estão diretamente relacionados ao setor.

Neste tema que estamos tratando primeiro, vamos analisar os impasses para a Efetivação do Direito à Saúde no âmbito do Sistema de Seguridade Social, da qual também vou falar um pouco. Tal como definido, óbvio, na Constituição Federal de 1988 e na Legislação em vigor.

O segundo ponto: a análise das bases Técnicas, Políticas e Legais para Efetivação dos Princípios do SUS e proposições para ampliar e redefinir. A avaliação da implementação do SUS, considerando os seus Princípios, Inclusive no âmbito Organizacional, tendo como perspectivas as proposições do Pacto pela Saúde.

As propostas de mudança nas relações entre as Esferas Públicas e Privada e as propostas de adoção de preceitos de instrumentos de efetivação desses compromissos. Bom, eu tenho militado em várias áreas, seja no chamado “Mundo Econômico”, na área de Segurança Pública, na área da Educação, seja Educação Infantil, Educação de Jovens e Adultos, Ensino Profissionalizante, Ensino Médio, Ciência e Tecnologia e em várias áreas das Políticas Sociais.

Mas eu tenho dito várias vezes que eu não tenho nenhuma dúvida que a área de Saúde, com todo respeito a todas as outras áreas com as quais eu tenho identidade, que eu tenho militância como voluntária ou no Movimento Social ou na Política Partidária, mas eu tenho dito que nenhuma outra área é capaz de identificar com tanta precisão o que é um significado de um modelo concentrador de riqueza na mão de meia dúzia; e propagador de pobreza na grande maioria da população do que a área da Saúde. Porque é a área de Saúde que consegue identificar inclusive na estrutura Anátomo-fisiológica das pessoas, como um sistema excludente faz com que as pessoas nasçam de forma diferente, vivam de forma diferente, adoeçam de forma diferente e morram de forma diferente com precisão cruel, perversa, dolorosa.

E nesta Conferência estaremos como em outras Conferências discutindo a Prestação do Serviço de Saúde, portanto, garantindo os princípios doutrinários

conquistados pela sociedade brasileira, porque nada da Legislação em vigor foi concessão de uma Elite Político-Econômica. Foi conquista da sociedade, dos Movimentos Sociais, das forças vivas da sociedade, controlando, monitorando, tendo recuos e avanços, mas sendo presente. Por isso que nós conquistamos ao longo da história contemporânea do Brasil e do Mundo. Sempre foi assim: Políticas Sociais refletem as lutas cotidianas. Então nós estamos falando do Serviço de Saúde, seja na Atenção Básica – que dá conta de 60% dos estabelecimentos de Saúde seja na Média Complexidade e na Alta Complexidade. Sejam pessoas que estejam acometidas pela Malária, Febre Amarela, Tuberculose, Hanseníase, ou as doenças consideradas da pobreza, da miserabilidade, do empobrecimento. Sejam as pessoas também pobres que estão adoecendo e morrendo de Doenças Crônico Degenerativas, Cardiovasculares ou Agravos Externos.

Mas nós estamos independentes de falarmos da Atenção Básica, da Média e da Alta Complexidade, estamos falando da resolutividade e na eficácia de um serviço para garantir a Atenção de Saúde de milhões de pessoas brasileiras que não tem nenhuma outra possibilidade de opção. Nós não estamos falando de quem tem plano de saúde, nós não estamos falando de quem tem amigos trabalhadores no setor saúde, nós não estamos falando de quem tem possibilidade de conseguir furar a fila ou pela via do político honesto ou do político delinquente. Nós estamos falando de pessoas que não podem pensar que não podem optar. E elas precisam. Se elas estão ardendo em febre, por uma doença vinculada à pobreza, se ela está com uma doença gravíssima como câncer e precisa passar quatro meses perambulando pela porta do serviço para conseguir se cadastrar na Quimioterapia, na Radioterapia.

Estamos falando de pessoas que sabem o significado de ter alguém precisando fazer uma cirurgia e tem que perambular na humilhação de conseguir um maldito papel de autorização de internação hospitalar ou conseguir um leito dentro do hospital.

É por isso que essa área ela tem que ser apaixonante para quem milita nela. O Dr. Gilson falava: por favor, quem quer ganhar dinheiro, por favor vai ganhar em outro canto, que já tem muita gente bandido no país, delinquente. Não significa romantismo nenhum, não significa dizer que os trabalhadores da área da Saúde não têm que ser bem remunerados, qualificados, capacitados, tem que ser! Porque a área da Saúde, a vivência cotidiana do maqueiro, todos os outros trabalhadores, quem faz a limpeza ou o trabalhador mais especializado de uma UTI ou de um setor de Alta

Complexidade. Quem presta o Serviço de Saúde são mulheres e homens, não é um disco voador interplanetário que vem distribuindo os Serviços de Saúde.

Quem pega quem cuida quem toca quem vivencia a Prestação do Serviço, com capacidade, com competência, com qualidade, esperamos que com compromisso. Esperamos que a gente saiba cuidar dos outros como queríamos que cuidassem do nosso maior amor, do nosso filho mais querido. Porque a gente lida com cheiros dos outros, com a intimidade, com a pessoa pobre do interior que nunca ver o seu corpo e passa a ser visto pelo biombo, jogado pelo chão de uma unidade hospitalar. Então, o cuidar na área da saúde não cabe o mercantilismo, não cabe a tentativa de enriquecer, ou roubando os cofres públicos ou ganhando dinheiro, não cabe. Então é uma coisa muito, muito especial.

E aí a gente fica imaginando: olha o Brasil é um país maravilhoso, não é? É um país rico, porque um país que tem um orçamento e não estou falando de nenhum projeto socialista, nada. Ali, dentro da verborragia neoliberal: um país que tem um orçamento de um trilhão, oitocentos e setenta bilhões e ainda fazem a maior ladainha para disponibilizar 36 bilhões para um país que tem 5.563 municípios brasileiros com a diversidade epidemiológica tão grande que até nós que somos da área brigamos para dizer se é transição epidemiológica, se é mosaico epidemiológico, qual é o tipo de formação do perfil epidemiológico da nossa sociedade, porque ao mesmo tempo nós temos as doenças caracterizadas da pobreza, as Crônico-Degenerativas (porque se a Atenção Básica não tem as quatro clínicas para cuidar, tratar de uma hipertensão leve, ele já vai precisar num Acidente Vascular Cerebral (AVC) na Alta Complexidade, então é um problema gravíssimo.

É a Legislação em vigor mais avançada do planeta Terra. É o Sistema Único de Saúde que foi uma conquista da sociedade, como eu disse anteriormente todas as Políticas Sociais no Brasil, como em outros lugares do mundo foram determinadas pela pressão da sociedade foram assim, ou por Interesses Comerciais Portuários, ou por Interesses Econômicos sempre foi isso, ao longo da nossa história. Desde as primeiras Políticas Sociais no Brasil, quando a coroa portuguesa chegou aqui fugidas de Napoleão cheias de aventureiros, tiveram um surto de piolho tão grande que fizeram com que as altas cabeleiras da corte portuguesa fossem raspadas tudo para poder pensar numa Política de Saúde quando chegassem no Brasil, pensavam não pelo interesse no Brasil e sim porque comercialmente era importante, não podia estar morrendo todo mundo no

Brasil, porque se não ninguém queria consumir a produção econômica do Brasil. Aí vão se construindo as Políticas de Saúde.

Depois a pressão de determinados setores, trabalhadores mais engajados, tinha pressão ou do Setor Bancário, de vários setores da sociedade que faziam aquelas chamadas Institutos de Aposentadoria e Pensão – conquista dos trabalhadores, que depois foram unificando, depois o interesse do capital que começou a entender que era muito bom, ganhava muito dinheiro público através dos investimentos e aí entram o setor privado, a rede filantrópica, os setores que viabilizam a prestação de serviço. Então sempre foi isso – uma disputa com o capital ou uma disputa da sociedade de uma forma geral e o que é hoje a política de financiamento que é parte fundamental disso aqui. Por quê? Para fazer contratação de pessoal a gente precisa de financiamento. Para gente fazer reciclagem, capacitação, qualificação, nós precisamos de financiamento. Para garantir que a rede básica funcione e que a média e alta complexidade funcione também, nós precisamos. Para competir com o setor privado – porque é a melhor coisa do mundo para eles, né! Porque ao setor privado que caberia como manda a Constituição Federal e a Legislação em vigor no País, o caráter complementar, naquilo que significa ganhar dinheiro, porque são os procedimentos de Alta Complexidade, o Setor Público permite – o que é uma omissão do setor público – a partir do momento que não investe para garantir a alta tecnologia, a disponibilização do serviço na Alta e Média Complexidade e prefere de forma omissa e subserviente comprar o serviço. É por isso que é uma cantilena desqualificada tecnicamente. É uma farsa técnica e uma fraude política dizer que o Setor Público da Saúde vive em crise por falta de gestão. Não é não. Não estou a proteger todos os maus gestores, mas não é. O problema é também pelo financiamento do setor. Ora, se o setor privado atende 100 pessoas, garante os procedimentos, ele recebe por aqueles 100 atendidos e fecha a porta nos 101 que não entra nem que chore na porta. O setor público não. Se ele recebe no seu teto estabelecido por 100 pacientes, ele não fecha a porta. Ele atende 200 e 300, portanto tem que ter déficit. Então não tem nada a ver com problema de gestão. Pode até ter também.

Então, mexer no financiamento, tanto do global, vocês sabem que a área da saúde, por uma conquista da sociedade ela está no âmbito da Seguridade Social e vocês sabem que significa: pega Previdência, Assistência Social e a nossa Saúde. Então, todas as vezes que se fala em Seguridade Social diz-se que tem déficit, mas ninguém mostra no papel, mas dizem para justificar reformas disso e daquilo. Mentem o tempo todo,

como aprendizes de Guebels, que era o publicitário de estimação de Hitler, que dizia que mentira repetida muitas vezes vira verdade. E outra coisa que eles criam é a tal da desvinculação da Receita da União, vejam: nós estamos ao mesmo tempo lutando – o que é correto – pela Regulamentação e a Estruturação do Financiamento em relação a Emenda Constitucional nº 29. Ao mesmo tempo, o Governo atual, imitando o anterior, manda a CPMF e ao mesmo tempo manda a Desvinculação da Receita da União (DRU). Vocês sabem que a verborragia neoliberal tem aquele ar de sofisticação técnica, aquele povo com a maior cara de conteúdo, tudo para mentir. Porque eles falam em responsabilidade fiscal – tudo mentira! Então, a Política de Irresponsabilidade Fiscal, Financeira, Tributária, Orçamentária e Social, esse tipo de política... Ora, como é que tem justificativa dizer que temos um problema na área da Saúde, grave, na área da Seguridade Social, grave, e aceitarmos a prorrogação da DRU que autoriza o Estado brasileiro a saquear 20% do dinheiro da Saúde para jogar no Superávit para encher a pança dos banqueiros. Aí não têm condição!

Por isso que a gente tem que mexer no coração do Sistema e eu não estamos falando em Socialismo, porque todo mundo sabe que eu aprendi a ser socialista na Bíblia. A Bíblia que diz: “ou serve a Deus ou ao dinheiro”, portanto quem serve ao dinheiro vai virar churrasco do Demônio e quem é socialista vai para o céu. Nem estou falando sobre isso. Eu estou falando sobre a égide da globalização capitalista aqui dentro do capitalismo, o que é que pode ser feito para o Estado brasileiro na área da Saúde possa prestar o atendimento conforme conquistamos na Legislação – com base na capacidade instalada do serviço, na população e no perfil epidemiológico. Claro que nós sabemos que as condições objetivas, intelectuais e materiais de vida repercutem no estado de saúde. Sabemos que o Saneamento Básico, a Habitação, melhoria de renda, Educação, tudo isso potencializa a melhoria do serviço de Saúde, mas nós não podemos aceitar que esses serviços por serem determinantes do setor Saúde, sejam incluídos para reduzir o já reduzido orçamento da Saúde. Porque toda vez é uma novidade: Bolsa Família melhora a Saúde – então inclui no orçamento da saúde. Saneamento Básico melhora a Saúde – então inclui no orçamento da Saúde.

Do mesmo jeito que temos que garantir, porque se fosse para cumprir a Legislação em vigor, nós não teríamos os 36 bilhões propostos – independente de contingenciamento ou de não execução orçamentária – nós já iríamos agora para 62 bilhões, o que é um marco financeiro extremamente importante. Então para estruturar e discutir a questão do SUS nós precisamos primeiramente o discutir o financiamento do

setor. Nós temos que exigir, porque a gente sabe que quando se quer se aprova. Não estou oferecendo a ninguém, alternativas para criar novos mensaleiros e sanguessugas ou aprovar projetos governamentais ou entrar com dólares nas peças íntimas do vestuário masculino. Não se trata disso. Mas é muito importante que tratemos disso: Reestruturação e Regulamentação do Financiamento, portanto com a discussão objetiva dos percentuais que cabe, e a discussão da base de cálculo que será utilizada para definir qual o percentual estabelecido dos Municípios, dos Estados ou do Governo Federal. Se o Governo quiser, que repactue, que alongue o perfil da dívida pública dos Estados para diminuir o comprometimento da receita líquida real e sobre dinheiro para Saúde. O que não pode é dizer que não tem dinheiro. O Brasil tem uma carga tributária gigantesca (para os pobres, porque quem é do capital financeiro não paga dinheiro). Tem pouca disponibilização de políticas sociais, então é fundamental garantir a regulamentação da Emenda Constitucional 29 e isso define quais os percentuais a serem estabelecidos por todas as Unidades Federadas. A briga que aconteceu agora na Comissão de Assuntos Econômicos no Senado foi porque incluíram o Saneamento no percentual da Saúde o que acho errado. Além disso, a discussão gerada, inclusive entre vários Estados brasileiros recentemente, em relação à medida que foi aprovada a semana passada no Senado, porque diz quem vai perder e quem vai ganhar. Ao invés de trabalhar o financiamento dos Estados com base naquilo que foi definido pela Legislação em vigor, ou seja, Perfil Epidemiológico, População e Capacidade Instalada, começaram a briga porque tem um montante intocável que precisa ser redistribuído, para garantir o que é básico: resolutividade, eficácia, acesso ao serviço. Imediatamente impedir a prorrogação da DRU e viabilizar um projeto claro para garantir que a Assistência à Saúde nos Municípios, nos Estados e no Governo Federal seja feitos com aquilo que é princípio doutrinário do SUS. Aliás, como digo sempre nem é preciso criar uma proposta nova para a área da Saúde. É só cumprir. Que o debate da Universalidade, da Participação Social, é o debate relacionado à garantia da Consolidação da Hierarquização, como nossos conferencistas disseram: temos que garantir que qualquer pessoa possa ir até o final, naquilo que significa o atendimento com eficácia e resolutividade.

Então fico nessas considerações finais. Muito obrigada.

DEBATE DO EIXO II

Sr. Werley Silva Perez, médico do PSF de Cuiabá, para Senadora Heloísa Helena: gostaria de saber sua opinião sobre a Farmácia Popular implantada pelo Governo Lula. Se Saúde é dever do Estado e Direito do Cidadão, não estamos pagando pela medicação duas vezes? Mesmo essa medicação sendo de baixo custo, esse modelo de farmácia popular não fere os princípios do SUS?

Sra. Siriana, para Senadora Heloísa Helena: Oi, você não me conhece, mas de certa forma já fomos velhas amigas de pensamento. Pois muitas vezes ouvi você dizer coisas para determinadas pessoas que eu gostaria de dizer. Obrigada por isso. Coordeno o Programa Estadual de Controle da Malária de Mato Grosso e em nosso trabalho de campo vejo o quanto às pessoas necessitam que façamos por elas. Não podemos nos calar. Obrigada por falar em defesa de pessoas que você nem conhece.

Sra. Rosa do Município de Alto Garças: O que está sendo feito para que a Emenda Constitucional 29 seja aprovada se já está tanto tempo na Câmara?

Sr. Rude para Senadora Heloisa Helena: Os direitos só podem ser considerados plenamente na medida em que ocorram a dimensão das desigualdades. Como isso é possível num País como o nosso, com Saúde e Corrupção?

Sr. Luciano do Município de Novo São Joaquim para Heloisa Helena: A delegação de Novo São Joaquim, MT, lhe dá as boas vindas à Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso. Aguardamos sua visita em nosso município. O Rio das Mortes pede socorro. Estão acabando com nossa mata ciliar, a pesca predatória está acabando com seus peixes. Salve o Rio das Mortes!

Sra. Nara para o Sr. Gilson Catarino: Pensando na redução das desigualdades sociais, como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), tem pensado a Operacionalização e Efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra. A tendência do mercado tem sido de restrição e até mesmo exclusão da conquista dos trabalhadores nos seus direitos, impactando na Saúde como precarização, baixa qualidade da atenção prestada e o baixo investimento em Educação Permanente. Como os gestores têm encaminhado para formar os trabalhadores da saúde, como ser agente social e elemento fundamental na construção do SUS.

Sr. Lenildo, usuário de Várzea Grande para todos os palestrantes: Alguém dos senhores conhece o “Postão do Mapim”?

Sra. Sônia do Município de Novo São Joaquim, para o Dr. Augustinho: Sou da região de Barra do Garças e participo do COSEMS, como representante do município de pequeno porte da região Centro Oeste. A aflição dos gestores municipais em assinar o Pacto frente a algumas questões que se apresentam como, por exemplo, o Pacto de Gestão, em que consta Regionalização, Descentralização, Regulação e Programa de Pactuação Integrada (PPI), considerando que Plano Diretor Regional (PDR) e o PDI são desconhecidos e não há clareza em Pactuar o que e com quem. Como assumir a responsabilidade da Regionalização, Descentralização, Regulação e PPI sem ter o desenho da capacidade real instalada no Estado. A pergunta: De que forma o Estado idealiza este suporte de subsídio aos Municípios para que eles possam efetivar a Regulação, Descentralização e Pactuação, e outra questão: não está claro para os Municípios o percentual do financiamento do estado de Mato Grosso para a Saúde, uma vez que o Estado não cumpre o que propõe a “Emenda Constitucional (EC) 29” de investir 12%, o questionamento junto a isto é: o Governo de MT é favor ou contra a regulamentação da EC 29.

Sr. Carlos Alberto Caetano, de Cuiabá, a primeira pergunta vai para o Dr. Neilton, eu queria que ele pudesse nos explicar, na sua visão, os números do atendimento do SUS, porque na minha concepção, apesar de ser um nº alto de atendimento, revela também uma seqüela muito grande do país, a omissão das políticas principalmente da saúde, quer dizer que atendemos um nº elevado de situações que está ligado à doença, não significa para nós que de fato não estamos atendendo direito a saúde? Esta é uma pergunta e a outra eu queria que o Dr. Gilson e a Heloisa Helena comentassem uma pouco, a questão dos princípios do SUS que, ao meu ver, não vem sendo cumpridos, é questão central e há alguns desafios que ficam cada vez mais latentes, um deles é a Descentralização e a imposição de uma Municipalização que cada vez revela que os municípios tem ficado extremamente fragilizados, dado a Política Tributária deste País, os municípios recebem cada vez um fundo de participação municipal muito irrisório e aí fica como instrumentos para a resolução referência contra referência, aí vem todos os instrumentos que a gente tem tentado criar para dar conta disso, quando na verdade é

uma opção governamental é investir no setor especulativo, visto que até a lei do incentivo fiscal no seu art. 26 abre para que os bancos possam ser salvos pelo sistema público financeiro brasileiro, então eu gostaria que vocês comentassem esta situação. Dr. Neiton, o Sr. falou a respeito dos trabalhadores, que trabalham as vezes com insatisfação, realmente são trabalhadores e eu me dirijo mais a Vigilância Sanitária, aqueles trabalhadores que ficam na rua de sol a sol, Vigilância Sanitária aqueles da saúde a onde eles não tem estabilidade de trabalho, não são funcionários estáveis e realmente trabalham com dignidade, trabalham bem que sou testemunha, mas estão insatisfeitos realmente. Então queria saber onde o Estado entra para regulamentar estes funcionários e quanto há falta de medicamentos, já que muitas vezes, nós vamos nas unidades básicas e não encontramos medicamentos.

Gilson Catarino: A Nara coloca o olhar do CONASS sobre a Política Nacional da Atenção Integral sobre Ação da População Negra. Nara vou te dever esta resposta, tem um setor específico do CONASS que cuida disso, que envolve a Maria José e a Márcia Basíliti eu não sei dizer hoje, o nível de participação da CONASS no processo e não quero dar uma resposta leviana, eu sei como o CONASS discute a relação de serviços e da incorporação das diferenças da relação de serviços, agora eu sei que tem um trabalho mais específico voltado para a População Negra e não quero correr o risco de responder.

A outra da Nara é a que envolve a Educação Permanente nas relações de trabalho, o CONASS fez em 2003 uma pesquisa envolvendo toda a situação das estruturas dos Recursos Humanos das Secretarias Estaduais de Saúde e a conclusão que se chegou é que as Secretarias de Administração ainda tem um mando muito grande sobre a questão de Recursos Humanos em nível de Governo de Estado, com todo trabalho do CONASS de lá para cá foi através dessa pesquisa, começar a debater com os Estados e fizemos uma oficina específica sobre isso em 2004 que gerou um documento chamado Consensos que está no site do CONASS que é a importância da estruturação das Secretarias de Estado de Saúde, não só da política de educação permanente, mas das Políticas de Administração, e as escolas técnicas, acho, que elas tem tido na grande maioria delas de vinculação as Secretarias de Estado das quais tem tido um papel muito importante na formação de trabalhador de nível médio e técnico. Este momento, só para terminar a resposta a Nara, é o momento que acho bastante importante, o Ministério da Saúde junto com o CONASS e CONASEMS e a mesa de negociação está tendo um trabalho de qualificação muito grande sendo desenvolvido para diversos níveis do país

como um todo, acho que começamos agora uma fase de entendimento melhor do que seria esta elasticidade, claro que não damos conta da questão do salário, do financiamento ao trabalhador, a lei da Responsabilidade Fiscal tem uma perversidade muito grande para a área de Saúde, não podemos emitir gastos de pessoal de saúde no limite da lei da responsabilidade fiscal. Se hoje comprar um equipamento de última geração vai ter que ter um pessoal qualificado para operá-lo, então saúde não se substitui recursos humanos, não se substitui!! Como ocorre, por exemplo, pela informática ou pelo caixa de mercado que acaba computando direto do estoque. Saúde não é isso, Recursos Humanos é que faz saúde. O trabalhador da saúde é que faz saúde, a Lei da Responsabilidade Fiscal para nós é um problema muito grande em relação a isso.

Quanto à perda Tributária, no período pós a Constituição Federal de 1988 isso foi extremamente perverso. Tem municípios que perderam mais de 20% e outros que perderam mais de 15%, um pouco na lógica que eu coloquei no Governo Collor, quando se vê a lógica da redução do papel do estado, minimização do papel do estado nós acabamos incorrendo em um quadro de desfinanciamento da saúde que perdura pelos acordos internacionais dos governos de esquecidos.

Dr. Neilton Araújo de Oliveira.

Eu quero responder 5 questões que aqui estão, uma que o delegado não se identificou, pergunta se a mesa conhece o Postão do Mapim? Nós não conhecemos e os colegas Secretários de Saúde e o Vice-presidente do Conselho de Saúde, nos informa que o Mapim é um bairro de Várzea Grande, este nosso país é muito grande e muito diverso, é importante que os companheiros delegados de Várzea Grande depois discutam qual é essa situação.

Sou membro da comissão da 13ª Conferência, não posso deixar de comentar as duas questões de ordem que vocês colocaram aqui, acho que nós temos uma programação na Conferência, temos um tempo limitado, agora está na hora de nós todos do Movimento da Saúde priorizarmos o assunto e temas. O tempo nosso, de estarmos juntos é muito curto e é inadmissível que percamos uma manhã inteira discutindo regulamento da Conferência da Saúde. Isto pode ser discutido dentro do Conselho Estadual de Saúde, os representantes de cada segmento podem debater com seus representados, trazer sugestões e virmos para a Conferência com um Regimento já

conhecido, divulgado e assumido por todos nós. Precisamos ganhar este tempo precioso aqui para debater.

Outro aspecto importante é que nós precisamos entender que é um processo, a discussão nem começa aqui e nem termina aqui, tem muitos companheiros que chegam animados para o debate, mas termina a Conferência e cruzam os braços e não voltam para dentro do Conselho, não voltam para dentro de seus sindicatos, não voltam para dentro de suas escolas e é isso que faz o Movimento da Saúde crescer, é nós alimentarmos o processo de ida e vinda de debates, de conclusões, de desafios e depois de elaboração principalmente de nível local porque ali que a mudança ocorre.

Uma terceira questão é que o Carlos Alberto fala da questão dos números do SUS, se não seria exatamente uma demonstração da demanda enorme que a gente tem, eu concordo em parte com isso, mas também não podemos ignorar que é uma vitória, pois nós estamos a cada ano incluindo mais a população excluída na Política Pública do SUS. É como um filho querido da gente, se você tem 1 filho ou 10 filhos e você tem orçamento limitado e você quer dar roupa, brinquedo, agasalho, comida, assistência, educação etc.etc. Você vai priorizando, mas a medida que você vai conquistando mais recursos, mais condições, você vai ampliando aquilo que é necessidade também do nosso filho, o SUS esta neste processo, tem muitas coisas que nós queríamos, que nós precisávamos fazer e que nós não temos estrutura nem financeira, nem governamental, nem o pessoal necessário para isso, mas não podemos de um lado deixar de ver o que estamos avançando e outro lado ver o caminho que precisa avançar e construir.

A Maria Cristina coloca a questão dos Trabalhadores da Saúde e eu me orgulho muito em dizer que sou ainda, apesar de ter sido em algum momento prestador, gestor em outro momento no nível Municipal, Estadual e Federal eu acho que a maior identidade da gente, apesar de ser trabalhador da saúde, é com a população usuária da qual fazemos parte, mas os trabalhadores da saúde hoje estão num dilema e num conflito muito grande porque de um lado eles são cobrados de um direito que a população tem com a qualidade que a população quer e que eles não tem as condições necessárias, seja de equipamento, seja de recurso ou até mesmo de compreensão. Tem muitos trabalhadores que são formados como eu dizia agora pouco numa lógica completamente diferente, a nossa formação de médico, não é na linha do médico que privilegia as relações humanizadas e médico esta perdendo muito mais aquele contato, aquela relação com o doente, com a família, com a comunidade em nome de uma tecnologia que chega ele sapeca logo um monte de exames, um monte de remédios que

às vezes deixa de fazer o que é mais sagrado na relação profissional de saúde e paciente que é ouvir, ser solidário e junto tentar resolver aquele problema individual ou coletivo. Por outro lado não está na hora de nós todos: Delegados, Gestores, Usuários e Prestadores e Trabalhadores da Saúde fazer desta Conferência uma nova bandeira, porque que nós temos a Carreira na Justiça, na Segurança Pública, na Carreira Nacional e uma série de outras coisas de muitas profissões e nós temos a carreira da Saúde do ponto de vista Nacional, não estaria na hora de dizermos que a saúde como um todo de ser uma autarquia, claro que estou simplificando, mas será que precisamos ser submetidos ainda aos favores de Prefeitos, Governadores, Deputados, Senadores e Presidentes para conseguir um emprego na saúde como a maioria ainda é empregado principalmente na saúde da família, sem as condições de trabalho, sem os direitos trabalhistas e sem as necessidades próprias para trabalhar, então eu acho que a Conferência, tem que tomar cuidado de não cair no risco de ficar cobrando um do outro uma questão quando na verdade a solução está muito em cima. Quem entrar na área da saúde tem que entrar por Concurso Público e comprometido com essa visão da saúde como qualidade de vida, mas tem que ter as condições de carreira, salário, condições de trabalho de modo que ele possa se dedicar, se orgulhar e que possa também se sentir atendido.

Uma última coisa que eu acho que é necessário nós refletirmos: falamos muito do SUS, da saúde, mas lá no intimo cada um de nós pensa só naquilo que é atendimento da doença, nós não podemos esquecer o trabalho importante que o maior rico do Brasil que também usufrui que a da Vigilância da Saúde. Cada remédio, cada alimento, cada produto que a gente compra ele fruto da vigilância sanitária que é um benefício de todo a população. O Programa de Imunização vacina a criança pobre, vacina a criança rural, o indígena, vacina o filho do industrial, o filho do banqueiro, depois vem o banqueiro e diz: eu não uso o SUS, a gente não pode aceitar isso, pois todos são usuários do SUS, portanto essa política que é hoje já vitoriosa, precisa ser agora desafiada para ter os recursos financeiros necessários para atender aquilo que nós já conquistamos em termos de direito e legislação, para mim este é o grande debate, o grande desafio colocado para nós agora.

Senadora Heloisa Helena.

Será que é possível que o sistema capitalista seja só lucro, será que é possível viabilizar as alterações?

Eu acho que é. Eu não tenho dúvida e por isso que eu digo e não nego que sou socialista, acho que é a mais bela declaração de amor à humanidade, respeito quem acredita que a gente irá vivenciar sociedade socialista rápido. Eu não acredito nisso, mas dou cada um dos minutos da minha vida para que um dia essa sociedade tão humana, que é a sociedade socialista possa se conferir, não significa nenhuma experiência ditatorial, sangrenta que já aconteceu no leste europeu, nem a ditadura do capital como é hoje, nem a ditadura da intolerância essas coisas, mas é outro debate. Mas se é possível, eu acho que é possível, é absolutamente viável a garantia da democratização do aparelho do Estado, agora isso só se dá com lutas, não dá por concessão, pois democratização do aparelho do estado que hoje é privatizado para as dadas serviços de alguns, que é possível pela fiscalização, pelo controle, pelo monitoramento, pelo aumento da permeabilidade do aparelho do estado, acho que absolutamente possível, agora é aquela história que digo sempre: se as mudanças virão em 4 anos, 4 séculos ou 4 milênios depende efetivamente da nossa capacidade de luta, da nossa coragem, da nossa persistência, claro que quando estou dizendo isso não estou dizendo que todos nós somos militantes 100% das horas por dia, pois eu também as vezes fico triste, fico indignada, ver o banditismo ser vitorioso todos os dias. É claro que a gente fica triste, claro que às vezes a gente tem aquela dorzinha no fundo do coração, você ver uma mãe de família pobre roubar uma lata de leite ser condenada a uma cela imunda em um presídio desumano e um delinqüente de luxo que patrocina tráfico de influência, intermediação de interesses privados, formação de quadrilha, ele fica lá ostentando cinismo e dissimulação, que não tem óleo de peroba produzido suficiente para lustrar tanta cara de pau, claro que você fica triste!!!! Mas do mesmo jeito que a gente fica triste, a gente sabe da luta de vocês.

Imagina o que é este plenário: são muitas lutadoras e lutadores, homens e mulheres, heterossexuais e homossexuais, indígenas, brancos e negros, pessoas maravilhosas que mesmo as dificuldades não foram suficientes para nos dobrar, para nos acovardar, para nos derrotar, então esta plenária com tantas lutas cotidianas que a gente vê por aí a fora, então as dificuldades são muito grandes. A maioria das perguntas tratam, sobre as dificuldades e sei que elas são grandes mas eu tenho dito sempre que a minha inspiração para lutar, porque ninguém faz ato heróico pessoal, sozinho, a gente luta por que sabe que outras pessoas estão lutando, eu sempre digo que luta mesmo, imagina o que é uma mãe de família pobre que está lá segurando seu filho de 6 anos para ele não virar olheiro do narcotráfico, imagina um pai de família pobre sacolejando

como mão de obra maldita escravizada pelos interiores, um pai de família que anda 3 horas de pé para entrar numa fila de desempregados, essas que são as heroínas e heróis invisíveis cujas lutas não tem visibilidade, mas cujas lutas cotidianas nos inspira, nos fortalece para continuar. Apesar das dificuldades e dessas desigualdades que todos mandaram eu acho que é possível.

Muitas pessoas mandaram questões sobre o Rio das Mortes ou sobre o Rio São Francisco ou sobre os Recursos Hídricos, Recursos Naturais, tão importantes inclusive para a garantia da Saúde também, a precarização das relações de trabalho que os dois conferencistas falaram. Sobre isto também a importância da segurança jurídica, isto é muito importante, o que não pode é a gente ficar a cada governo de plantão, não sabermos o que nos irá acontecer, pois como não tem jornada de trabalho, planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), ficamos a mercê do bom humor ou da benevolência e malevolência do governante de plantão. Então a segurança jurídica seja para o exercício no presente do trabalho, seja para as questões de aposentadoria de futuro, a segurança política para os trabalhadores do setor público tem fundamental importância porque os cargos comissionados e as personalidades políticas que por mais que legitimamente eleitas elas mereçam.

Os governantes, os cargos comissionados se são maus ou se são bons, sem nenhum maniqueísmo, mas eles são passageiros. Os trabalhadores e as trabalhadoras do setor público, eles é que são de fundamental importância para eficácia, para resolutividade e para um melhor atendimento do serviço.

O serviço de saúde não pode ser feito com brincadeiras, não pode ser feito com irresponsabilidade. Exige competência, disciplina, não é? Autoridade que é necessária, zelo pelo setor público. Não é uma coisa qualquer, porque não dá para ficar disputando as migalhas que caem do debate orçamentário fiscal, financeiro ou nacional. Tem que ter o recurso que é necessário para garantir a alta qualidade do serviço. As pessoas perguntavam assim: o que é que a gente podia fazer para aprovar a Emenda Constitucional nº 29? Várias pessoas perguntam sobre isso. O que é que a gente podia fazer? Eu digo sempre que eu não tenho fórmula mágica. Agora eu digo sempre também que eu aprendi três coisas na minha vida de militante do movimento social e da minha vida partidária. Uma é que é sim possível enriquecer sem roubar os cofres públicos. Outro é que o poder não muda as pessoas, as revela. Se “o cabra” é mau caráter, quando ele está no poder, ele tem o esplendor para ser mau caráter. E o terceiro é que

tudo depende da Mobilização Social. Se tiver pressão, mobilização, fiscalização, a gente consegue impedir a prorrogação da DRU, a gente consegue regulamentar a Emenda Constitucional nº 29, a gente consegue garantir que da Atenção Básica à Alta Complexidade, as condições objetivas de trabalho dos trabalhadores do setor público, elas possam garantir aquilo que é a dignidade do atendimento. Agora só depende da nossa organização, da nossa mobilização. Ninguém sozinho faz nada, embora a união das unidades, elas são fundamentais para gente conseguir realmente mudar.

Sérgio Quintanilha, delegado usuário do município de Denise, para Dr. Neilton e Heloísa Helena. Dentro da perspectiva, os palestrantes que estiveram aqui ontem, foram doutores, tiveram promotores e hoje, também, vocês que estão aqui, estão trazendo para gente, conscientização. E isso produziu em nós, porém não começamos a ver que essa conscientização veio através de coleta de dados, veio através de denúncia gritante da realidade das mazelas, da burocratização, dentro também do descaso e da falta de vontade política. Se essa conscientização não produzir um plano de ação direta, não a longo prazo, mas a curto prazo, nós vamos ficar aqui dentro de uma utopia, porque a meu ver, o SUS, está a um passo da UTI e dentro dessa realidade, o Dr. Neilton disse assim: “a mudança só vai ocorrer na localidade”. A senadora disse que só através da luta pode-se garantir isso. Agora eu pergunto: como e quando o agente de saúde vai ter condições de corresponder às ansiedades do povo? Como os meios para direcionar essas verbas vão melhorar as condições de carreira. E como que nós vamos lutar e como que nós vamos reivindicar e gerar mudanças se falta proteção, se faltam garantias?

S/I¹ - Cumprimento minha colega de Universidade, que é um prazer ouvi-la. Tenho certeza que ela vai me deixar que eu não joguei o meu voto fora. Bom, uma grande polêmica que temos que trazer hoje é sobre os agentes comunitários. Nós tivemos há pouco tempo a regulamentação de uma mão-de-obra de trabalho importantíssima, que foram os Agentes Comunitários de Saúde e de Meio Ambiente. Eu circulei nas Conferências estou preocupado, porque algumas Prefeituras vão trazer a contratação na forma da CLT por processo seletivo e o ano que vem a gente tem uma nova eleição. Queria saber qual é a opinião do pessoal da mesa em relação ao Concurso para Agentes Comunitários, a efetivação, já que nós estamos buscando um Plano de Cargos e Carreiras e Salários da Saúde, como foi colocado aqui anteriormente. Se nós estamos

¹ Participante sem Identificação pela Relatoria

Procurando um Plano de Cargos e Carreiras para os Profissionais da Saúde, então tem que ser Concurso Público para os Agentes Comunitários de todas as áreas e efetivos, e não via Consolidação Leis do Trabalho (CLT) para não ficar à mercê dos próximos e de alguns governantes que não vão entender e vão trocar os profissionais.

S/I – Bom dia aos membros da mesa. Quero saudar os conferencistas e as conferencistas, convidados, observadores e nossos delegados e nossas delegadas. Primeiro, quero junto com todos nós aqui, referendar o nosso grande desejo de que a Heloísa Helena continue na disputa, continue brigando pelas nossas causas, tanto pelas causas da saúde quanto às causas sociais. Quero trazer dois problemas para que a mesa contribua aqui na condição que estou hoje de Conselheira Estadual de Saúde. Em termos de gestão, nós temos ainda uma precariedade muito grande na organização da gestão do SUS. E sempre procuro ter como referência a educação, quando a gente propõe também o Sistema Único de Educação. Nós temos uma dificuldade nessa autonomia das três esferas governamentais, porque ninguém se responsabiliza e como é que na Legislação a gente está prevendo isso, tanto em termos do Pacto pela Saúde, quanto da Emenda Constitucional nº 29, porque a gestão é solitária, não é solidária, é solitária e partidária. Nós estivemos acompanhando as Conferências Municipais e a reclamação é grande de que eu roubo o médico do município X para ter no meu município, porque no meu tem que ter. Azar se o outro fica sem médico, né? E não há nenhuma intervenção em termos de gestão em relação a isso. O segundo ponto é sobre a formação dos profissionais da saúde. Eu já fui conselheira do Conselho Estadual de Saúde e eu verifiquei que a gente forma os profissionais da saúde para o setor privado. Não há no currículo da formação dos profissionais da saúde, nada que esteja prevendo uma formação voltada para o sistema público. Não há. Então qual é o movimento, a organização da sociedade, do movimento da saúde para que a gente inverta esse modelo de formação dos profissionais da saúde?

José Mendes, Sinop, para o Dr. Augustinho e também à Senadora Heloísa Helena. O problema de Sinop é a construção de um prédio público para atender àquela população. Não só de Sinop, mas da região norte Matogrossense. Então, o que nós vimos diante daquela construção que deu início no dia 04/04/2003 quando a empreiteira, num prazo de 180 dias era para ser entregue o prédio, está quase com seis anos e nós passamos por um momento muito difícil, porque o prédio não é para atender só a população de Sinop, mas para atender o Norte de Mato Grosso.

Edmilson, do povo Terena, segmento de usuário indígena. Eu queria fazer uma pergunta aqui a alguém da mesa, a quem sentir apto a responder. É sobre a questão do Pacto Federativo. Como está sendo encaminhada a questão da população indígena no Pacto, visto que a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), desde 2004, ela não foi convidada para discutir essas questões do Pacto junto aos Conselhos Estaduais de Saúde, juntamente com a Comissão Intergestora Bipartite (CIB), visto que nós temos uma estrutura de Atenção Básica voltada ao atendimento à população indígena dentro das nossas áreas indígenas e o que nós estamos querendo realizar com a discussão do Pacto é melhorar o acesso da população indígena na Rede Secundária e Terciária.

Antônio Cordeiro, do Conselho Estadual de Saúde e da Associação dos Pacientes Renais do Estado de Mato Grosso. Eu gostaria de fazer uma pergunta para o Dr. Neilton. Ele disse que foram feitos 12 mil transplantes. Eu queria saber em que sentido? Se foi este ano, se foi desde quando começou até agora no Brasil? E de que transplantes são de quais órgãos? E para a Dra. Heloísa Helena, eu gostaria de parabenizá-la, porque o Brasil ganha muito em ter uma pessoa como a senhora assim. Pena que temos poucas pessoas com essas atitudes que a senhora tem. Precisava ter mais. E que os brasileiros, às vezes, não conseguem entender aquilo que a pessoa leva até a população e confunde às vezes, com quem fala muito bonito e tem bons tons de fala e o brasileiro precisava aprender a raciocinar esse lado. Quando a senhora diz que os pacientes esperam por consultas, tem consultas e tem atendimento médico e também medicamentos. É uma crise uma drástica no sistema de medicamentos. O paciente às vezes precisa muito da consulta e não consegue, imagina então o medicamento, principalmente o de Alto Custo. É uma calamidade a qual se passa. Ainda ontem, aqui, eu disse que às vezes vem o cidadão de Brasília, de outros lugares, às vezes até vocês mesmos, como assim a senhora. Sobe na plenária e fala tão bonito para população a esse respeito, que o SUS está bem e está ótimo, assim como diz o Dr. Neilton. É fácil falar quando se está lá na ponta. Quando o companheiro ali disse: “o Postão do Mapim”, ele não quis dizer apenas dizer “o Postão do Mapim” e sim todos os postos de saúde. Olha a calamidade da situação. Eu acho que o Dr. Agostinho, às vezes está a par disso aí. Às vezes a gente precisa apenas de uma Vitamina C, um Complexo B. Uma questão de centavos e não se encontra na rede pública. Presta atenção. Questão de centavos que custa uma Vitamina C e um Complexo B.

Genilson André Kezomae, Conselheiro Estadual de Saúde, representando os povos indígenas. Heloísa Helena, Para nós é muito gratificante ter uma pessoa da sua sinceridade com nós nessa Plenária, nesta palestra que você ta desenvolvendo aqui e agradecer a você pelo respaldo, pelos povos indígenas e pelo que você fez na sua gestão lá em Brasília, pela atenção que você deu aos povos indígenas em todo o país. Mas assim, eu fico muito preocupado que nós estamos aqui discutindo com relação à questão da saúde, mas infelizmente existe um problema macro no sistema, que ele acaba afetando todo o nosso trabalho. É com relação ao sistema de governo que nós temos. Hoje, nós temos o Presidente da República e nós temos os seus Ministérios para poder desenvolver as políticas nos seus setores. Mas, infelizmente, hoje, os Ministérios estão privatizados pelos partidos, por isso que não conseguem fazer a política intersetorial. Cada partido luta pelo seu interesse, luta por seu desejo e acaba esquecendo de fazer a política intersetorial e, para finalizar, hoje o Brasil tem duas vertentes muito importantes, que é a questão das Leis e a questão da Política, que é para desenvolver a questão das Leis. Mas, infelizmente, essa outra vertente que é a Política se transformou na politicagem e hoje a um confronto muito grande com relação às Leis e com relação às questões das políticas. Eu gostaria de saber de você como que você vê para poder desenrolar toda essa questão.

Sandro, usuário do Município de Cuiabá. Eu queria agradecer a presença dos conferencistas e, em especial, à ex-Senadora, Heloísa Helena e falar para ela que Mato Grosso se sente honrado e Cuiabá também pela presença dela. A minha primeira pergunta é para o Dr. Augustinho Moro. O Hospital Central de Cuiabá é uma obra que a população conhece. A gente está há mais de 20 anos com essa obra parada. E se fala em terminar e não se termina. E hoje existe uma proposta da Secretaria Estadual se transformar em autarquia. Terminar esse prédio e se transformar em autarquia. Eu queria que essa Conferência tirasse e até eu gostaria de pedir até a compreensão e o apoio da Secretaria. A gente entende a questão da sede da SES, mas a gente acha que é importante, mas até em respeito a tudo o que já foi investido até agora em imposto dessa população de Mato Grosso e do Brasil, eu acho que a gente poderia terminar aquele hospital e transformá-lo em Pronto Socorro para grande região da Morada da Serra, que hoje, dentro de Cuiabá, tem uma população de mais de 200 mil habitantes e, com isso, a gente iria desafogar o Pronto Socorro Municipal de Cuiabá. Eu acho que isso poderia sair como proposta dessa Conferência. E eu queria com isso contar até com o apoio do Dr. Augustinho, para essa reivindicação. E a gente acha importante também a

construção do Hospital Universitário. Quanto aos outros conferencistas, o Brasil prega que tem o melhor programa DST/AIDS do mundo. Realmente, é um dos melhores, só que esse ano, para os três entes federativos, nós ficamos sem exames de carga viral, que para nós, eu represento pessoas vivendo com HIV/Aids. Isso a nível de Ministério. Da Secretaria de Saúde, a gente teve mudanças na Coordenação e Administração Farmacêutica, houve falha na entrega da medicação em Mato Grosso e hoje, o SAE do município está fechado por falta de sede própria e por incompetência da atual gestão. Estamos sem atendimento em Cuiabá. Esse é o melhor programa de prevenção à AIDS do mundo, o que nós temos em Mato Grosso e, especialmente em Cuiabá.

Genislene, usuária do SUS de Tangará da Serra. Gostaria de parabenizar a Sra. Heloísa Helena pelo excelente trabalho feito como Senadora, em estar defendendo os interesses do povo. A minha pergunta vai para o Sr. Neilton Araújo. O Sr. estava expondo ali alguns dados referentes à Mortalidade Infantil no Brasil. O Sr. mostrou-nos um dado que, em 2005, a cada mil nascidos vivos, 21,1% estavam morrendo de desnutrição. O Sr. disse ainda que daqui para frente, será mais difícil e mais complexo diminuirmos a Taxa da Mortalidade Infantil. Então, sendo otimista, como o Sr. acha possível mudar essa realidade? Já que diante de tantas lutas do povo e conquistas, estão sendo alcançados cada vez mais objetivos que há muito tempo atrás a gente não conseguia.

Jorge Nascimento, usuário do SUS de Porto Alegre do Norte. Sou Presidente do Conselho Municipal de Porto Alegre do Norte. E aqui, as questões que eu gostaria de estar levantando acho que a gente comunga aqui com as reflexões feitas pelos debatedores e, em especial, com o empolgante discurso da Senadora Heloísa Helena. Legítimo, por sinal. Mas a gente gostaria aqui, de estar colocando, com relação ao financiamento, a gente acha que tem que estar engrossando, fazendo coro a essa questão, na Conferência Nacional. Porque acho que é importante. Ela é legítima essa reivindicação, mas Senadora é importante também que ao carregar nas cores com relação à questão do financiamento, de que o financiamento hoje não é, ainda é pouco e que o problema não é de gestão, eu acho importante ver isso, porque de certa forma, pode causar uma certa acomodação a determinados gestores que, hoje, na verdade, não dão conta de gerir e de gerenciar o que nós temos hoje de recurso. Então, eu acho que é importante a gente atentar para isso, inclusive com relação à questão da participação social, na definição das prioridades na área da saúde. A outra questão é com relação ao

pacto. Por exemplo, a nossa realidade aqui no Estado, os municípios, principalmente os que ficam longe como a região do Araguaia que fica a 1.200, 1.400 km, daqui da capital. A questão da Média e Alta Complexidade que não são correspondidas pelo Estado. Na verdade, fica tudo por conta dos municípios. A gente tem situações difíceis nessa região, com relação à Média e Alta Complexidade. Os municípios têm hoje, os Consórcios, que o Estado não está tendo essa responsabilidade e aí há uma confusão, uma confusão de papel, das instâncias. O Estado não está conseguindo, na verdade, responder à questão do seu papel diante dos Municípios. A outra questão que a gente quer chamar a atenção com relação ao Controle Social e aí nessa questão da participação, dentro disso, nessa questão da co-gestão. Hoje, algumas questões como a Capacitação e a Formação Permanentes foram deixadas de lado. Não se deu continuidade para isso e acho que isso é importante hoje, nesse momento da questão do Pacto. E, por fim, essa questão da intersetorialidade, que a gente tem que estar levando a sério em todos os processos. Hoje, existe processo como as questões dos territórios e precisamos levar isso em conta.

Graça, usuária do SUS, de Nova Ubitatã, para o Secretário, Dr. Augustinho. Moro no Distrito Parque Água Limpa, a 80 km do município de Nova Ubitatã. O nosso município hoje cuida de quatro distritos e cinco assentamentos, com o dinheiro que é repassado, a verba que é repassada para o nosso município não é suficiente para cuidarmos de tudo. A precariedade é óbvia. Hoje, eu pergunto, se a Saúde está difícil aqui para vocês, imaginem para nós, nos distritos. Hoje, eu, simplesmente, como Presidente da AMPAL, eu faço partos e cuido de pessoas esfaqueadas, pessoas que sofrem acidentes, pessoas que não tem como sair de lá para procurar atendimento. Quando chove, então, nem pensar em sair de lá. Os assentamentos, a gente nem fala. Normalmente, as pessoas ou saram ou morrem. O nosso secretário municipal de saúde faz de tudo o que pode, estou sempre com ele. Tenho certeza que ele faz tudo o que está ao alcance, mas é difícil. O assentamento mais próximo do município fica a 20 km de distancia. O mais distante a 198 km. Então, você imagina a gente socorrer alguém que está morrendo numa situação destas. Eu pergunto: “Por que não termos um profissional no distrito, que ajudaria muito a desafogar os municípios?” Não precisa ser um profissional, um médico, para cada Distrito, mas que pudesse cuidar pelo menos de uma visita de uma vez por semana, em cada Distrito. É a Saúde que estou falando, gente, é a Saúde que só quem passa vê o dia-a-dia.

Mário Lemos, Assessor do Gabinete da Prefeitura Municipal de Tangará da Serra e representa o segmento do Governo. Dirijo-me ao ilustre Secretário de Estado de Saúde, para uma avaliação com relação a algumas discrepâncias que temos observado nas Centrais de Regulação. Recentemente, eu falava com uma usuária de no nosso município de um determinado assunto e acabei por perguntar a respeito da mãe desta moça que havia a um ano atrás, dado entrada num pedido de um procedimento e perguntei se ela teria recebido e esta moça respondeu que não precisava mais porque a sua mãe já havia falecido há um mês. Isso me fez refletir a respeito, ilustre Secretário e passei a entender que existe uma clientela que, ao dar entrada na Central de Regulação do Município, e esses pedidos vem para Central da Regional, cria-se um grupo de pessoas que ficam fora de foco tanto da Central de Regulação do Município, quanto do Estado. E, na minha avaliação, acaba gerando esse tipo de fato quando não chega ao conhecimento do Ministério Público que baixa algumas determinações ou mesmo do Judiciário, e que acaba responsabilizando, muitas vezes indevidamente, o Município a arcar com os custos desses procedimentos. Então, eu conclamo aqui aos ilustres conselheiros, que no decorrer dos nossos trabalhos, nós possamos encontrar uma saída para esses impasses.

O segundo ponto é a questão da forma desumana com que os grupamentos de perícias médicas da Previdência Social tratam os trabalhadores. As pessoas vão para a previdência, Senadora, em busca de uma licença ou de renovar o seu benefício, e lá, o perito de uma forma maldosa, atrela a concessão do benefício a um pedido de um exame de Alta Complexidade e que dura mais de um ano, muitas vezes. Cito com exemplo, as Ressonâncias e muitas vezes o cidadão perde o benefício, fica sem condições de trabalho e, em algumas situações são demitidos, por abandono de emprego, porque não tiveram condições físicas de retornar ao trabalho.

E um terceiro ponto seria também recorrer aos ilustres conselheiros para corrigirmos uma discrepância que existe na saúde indígena. Os recursos para manutenção dos sistemas de abastecimento de água nas aldeias, eles são gerenciados pela Coordenação Regional, mas quem está próximo do índio, é o distrito. Então ocorre que nos estamos “*chovendo no molhado*”. Nós estamos lá tentando fazer saúde indígena numa localização que não tem recurso nem mesmo para fornecer condições de abastecimento de água. Então, também recorro aos conselheiros, para que possamos, em comum acordo, buscar saídas para sanarmos esses impasses.

Dinorá Magalhães, agente comunitária de saúde e presidente da associação dos Agentes Comunitários de Saúde e Endemias do Estado de Mato Grosso. Com respeito à fala do colega que me antecedeu, que é o Prof. Carlos, da Universidade, é o seguinte. Desde 1994, se havia uma discussão, já, até mesmo antes de implantar o Programa no Estado de Mato Grosso. Um ano antes de implantar já havia uma discussão para a regulamentação do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. E, em 1995, deu-se o primeiro Processo Seletivo no estado de Mato Grosso, no qual eu entrei nesse pleito em 1995, no 1º processo seletivo. Então, falo isso com muita propriedade. Eu até gostaria de saber quantos Agentes Comunitários de Saúde e Endemia nós temos aqui hoje, porque é muito importante o nosso trabalho no Sistema Único de Saúde. Com certeza, nós somos a “*menina dos olhos*” do SUS. Não adianta querer fazer Prevenção ou Atenção Básica sem esse pessoal. E outra coisa, ser Agente Comunitário de Saúde, ser Agente de Combate à Endemias, não é simplesmente ser um mero Agente, não. Tem que estar no sangue, tem que amar o que faz, gostar do que faz, ser agente comunitário. Quando estamos no trabalho, não importa o que ele não pode transmitir, o cheiro que ele sente não importa qual é, a condição da família, não importa qual é o olhar da pessoa, qual é o hábito, a cultura que ele possui. Então, ser Agente Comunitário de Saúde e Endemia, isso não é nada mais nada menos do que uma Missão e um Compromisso de Responsabilidade. E o que nós queremos é que, é dizer que em 2006, 14 de 2006 foi aprovado a Emenda Constitucional nº 51, que é debatida, questionada pelos Gestores no estado de Mato Grosso. Quando eles não conformam, Senadora Helena, quando tenho certeza que a senhora tem o conhecimento, porque a senhora estava junto na aprovação dessa Emenda Constitucional nº 51. Eu tenho certeza que a senhora votou e aí um gestor diz que tem que se revogar essa Emenda e ela não pode ser revogada, porque unicamente quem pode revogar somos nós e nós não vamos fazer isso. Nós queremos o cumprimento da efetivação dos Agentes Comunitários de Saúde e Endemias, cumprindo assim a Lei Federal nº 11.350 de 06 de fevereiro de 2006. Ela nos ampara, nos dando direito à efetivação pelo anterior Processo de Seleção Pública e nós queremos o cumprimento já.

S/I - Eu represento como delegado, não só Cuiabá, mas 141 municípios. Eu quero só dizer o seguinte: lá no rincão desses municípios, o Prefeito está passando um aperto e nós estamos aqui, nesses quatro dias de Conferência buscando o melhor para todos nós, mas nós estamos de passagem. Eu quero só dizer que o Pacto tem uma referência, já

está conquistado praticamente. O Pacto a nível Nacional que foi tratado até mesmo na última reunião, com o Secretário de Saúde e seis deputados, representando os vinte e quatro deputados. Porque nós estamos aqui buscando o melhor, como presidentes de todas as Instituições e queremos só representar aqui o nosso ir e vir. Nós estamos aqui no Hotel Fazenda Mato Grosso, não é para brincar não, é para fazer o melhor, fazer as coisas acontecerem. As coisas vão andando devagar, mas cuidem dos portadores como um todo, os Portadores das Necessidades Especiais.

Senadora Heloisa Helena. Foram muitas perguntas e a gente, nos espaços públicos democráticos como esse, é de fundamental importância que elas sejam explicitadas. Eu sei que todas as pessoas que aqui explicitaram os gravíssimos problemas ou do Posto de Saúde ou do Centro de Saúde ou da ausência da Média e da Alta Complexidade ou do problema do Financiamento do Município, do Estado ou do Governo Federal, todas as pessoas que fizeram as legítimas cobranças sobre o papel dos outros e sobre o papel de si mesmo em relação a essas lutas sociais e os problemas relacionados a uma conquista tão importante que foi a democratização e o Controle Social. A gente está aqui numa Conferência e ninguém pode passar mal? Vamos lá atender. Ave Maria. Os médicos vão lá atender. Se não, nós enfermeiras, vamos lá e resolvemos. Muitas pessoas reclamaram aqui dos Conselhos corruptos ou que as pessoas são ameaçadas de morte. Por que esses instrumentos tão democráticos viraram instrumentos tão burocráticos, né? Onde eu participei de Conferência Municipal, seja no meu Estado, seja em outros Estados, Conferências Estaduais, a gente que é militante da Área da Saúde viu isso, né? Aí tem gente lá que, ao invés de estar representando os interesses da sua Comunidade ou da Associação de Moradores, está representando os interesses do Prefeito ou do político que paga para ele. Às vezes, o cara que é representante do partido ou está eleito, ao invés de estar representando os direitos do povo, tá metendo a mão nos cofres públicos. Eu sei bem que tem muito dessas coisas. Todas essas reclamações que a gente faz, eu também tenho. Imagina o que foi passar oito anos lá, lutando feito uma condenada pela área da saúde, apresentando projetos sobre financiamento do setor público, apresentando Projetos sobre a Área da Saúde de uma forma geral, sobre o mundo do trabalho. Tanta coisa que a gente fez e a gente ficava lá vendo “o cabra” roubar os cofres públicos e aí sai bem lá no município, no interior, é eleito maravilhosamente bem. Um outro, esta lá roubando os cofres públicos, fazendo intermediação de interesse privado, construindo coisas que não existem. Eu sei disso, mas a gente vai continuar

lutando. O que a gente não pode é, apesar dessas dificuldades gigantescas, deixar de lutar. Os problemas são grandes? São! Se a gente for falar dos problemas todos, imagina? Um vai falar dos problemas do Município? Gravíssimo! Como é que a gente vai falar sobre o novo Pacto da Saúde, esgotando a capacidade de investimento dos Municípios, sem rediscutir o fundo de participação dos municípios? Sem rediscutir a Rede de Hierarquização, que é de fundamental para garantir essa Assistência. Como é que a gente vai falar do Pacto à Saúde, se a gente está também com muitos Estados comprometendo mais de 20% da Receita Líquida dos seus Estados, pagando juros em serviço da dívida para o Governo Federal. Então, a gente sabe que os problemas são grandes. Vai desde a política econômica reacionária e conservadora. Vocês sabem que se a gente reduzisse na metade a taxa de juros, a gente ia ter só nesse ano 265 bilhões. Imagina? A gente faz uma festa quando liberam 2 bilhão do dinheiro da própria Saúde, que tava contingenciado, imagina 265 bilhões de dinheiro novo e limpo, sem nenhuma revolução, sem nada, para viabilizar as melhorias das políticas de saúde, das condições objetivas de vida das populações, porque toda vez que mexe em tudo, desde a construção civil, se você melhora a estrutura arquitetônica e física de uma unidade de saúde, você está dinamizando a economia local, gerando emprego, gerando renda, gera emprego e renda na indústria, porque quando você compra material, você está impedindo que o desemprego, porque quando ninguém compra, ninguém consome, aí desemprega na indústria, desemprega no comércio, na construção civil. Então, a área da Saúde, ela mexe completamente com a dinamização da economia local, com a geração de emprego e renda, com a melhoria da capacidade de trabalho dos trabalhadores e das trabalhadoras. Todos vocês imaginam as coisas gravíssimas que foram aqui colocadas, seja em relação aos Povos Indígenas, às populações mais massacradas socialmente, porque existem questões objetivas Epidemiológicas, que tem que tratar diferente mesmo. Determinadas populações, os Deficientes Físicos, como o nosso companheiro disse das necessidades especiais, eu tenho uma filha de leite, que eu amamenteei junto com meu filho, que ela é cega e ela disse que necessidades especiais eu tenho e ela tem. Ela tem uma deficiência, porque ela é cega e quer ser tratada como uma deficiente, mas quer ter os direitos às coisas, então, veja as condições objetivas, porque é uma Alta Complexidade. A população negra tem mais suscetibilidade a determinadas doenças que são específicas e precisam de uma atenção específica para isso. As populações indígenas com a maior mortalidade de crianças proporcionalmente no Brasil e isso é um fato objetivo. As populações pobres das periferias se forem pobres e negros das

periferias, a maioria com idades entre 15 a 18 anos que estão sendo assassinados está nessa faixa etária. É por isso que eu dizia anteriormente que para gente definir as políticas de saúde, para elas terem a competência, a resolutividade e a eficácia que é necessária, é fundamental que a gente conheça em profundidade o diagnóstico, o perfil epidemiológico, que têm dados e mais dados, o que não falta são dados para gente trabalhar. Na verdade, o que não falta são dados. Os Órgãos Públicos Oficiais, seja ele o censo, ou equivalente, sabe até a quantidade de eletrodoméstico que tem em cada lar brasileiro. Não é uma coisa qualquer. Consegue saber até se tem geladeira, se tem liquidificador, se tem moradores com menos de um ano, se tem morador com mais de 70 anos. Então, os dados disponibilizados, eles são mais do que suficientes para que possamos planejar melhor. Claro que ninguém vai conseguir totalmente estabelecer, em um ano, em dois anos, resolver todos os problemas. Não. Mas se pode com este planejamento dos serviços, ter à luz do diagnóstico para definir, qual é meta para o primeiro ano? Qual é meta para o segundo ano? Isso é a Administração Pública, é a razoabilidade da administração pública. Você nem pode ficar se lamentando, que nada resolve. Porque quem fica o tempo todo dizendo que não tem jeito é porque de alguma forma esta compactuando pelo silêncio ou pela omissão, é você estabelecer o que é para o mais simples município ou distrito ou povoado. Qual é o perfil epidemiológico. Qual é a meta no primeiro ano, no segundo ano, no terceiro ano, no quarto ano, no quinto ano, no sexto ano, independente das forças políticas que vão se revezar. Tem toda razão os que dizem aqui: “ah, chega um partido e o partido vai tomar conta”. Eu sei! Claro. A máquina pública, como eu disse anteriormente, não é de partido nenhum. Pode ser o PSDB o PT, o PSOL, qualquer um, não é. A máquina partidária ela vive, tem vida própria fora. O Estado Brasileiro ele não pode ser apropriado por um partido político, por um bando político, por uma gangue partidária ou por pessoas mal intencionadas ou bem intencionadas. É por isso que temos mecanismos de controle de fiscalização da sociedade. Isso é fácil? Claro que não é. Todas as vezes que a gente lutava, apresentava Projeto e lutava para garantir a disponibilização de Serviços de Saúde de qualidade, não é uma coisa qualquer. Aí você de repente luta, luta, passa 8 anos lutando, lutando, lutando, apresentando as propostas concretas, apresentando emendas ao orçamento, que são importantes e necessárias, aí você vai lá, o parlamentar vendido, “o cabra”, vou dizer uma coisa, “o cabra” roubar até ambulância, é descaramento, remédio, leite, sinceramente. Nenhuma roubalheira presta, mas roubar isso é demais. E “o cara” vai lá e depois passa na vista de todos nós e diz: mas eu fui eleito por toda a sociedade. A

gente precisa, apesar da desgraceira toda, a gente precisa enquanto militantes do Movimento da Saúde, fazer a atuação que é necessária no Movimento Social ou na Associação de Moradores, na Igreja, ou no Clube de Bairro, onde quer que seja para que possamos promover essa melhoria. Claro que, um companheiro nosso que falou, disse que eu falei só do financiamento, mas não falei da Gestão. Não. Eu falei dos problemas da Gestão também. O problema é que a gente não pode aceitar que o país jogue 60% da riqueza nacional para 0,0005% das famílias brasileiras e a grande maioria da população pública não ter acesso ao serviço. Então, a Gestão, ela tem que ser Fiscalizada, Controlada, tem que ser competente, garantindo a resolutividade e a eficácia. Agora, nós não podemos nos satisfazer em discutir a Gestão Administrativa seja Municipal, Estadual ou Federal, com as migalhas que caem lá, do banquete farto do poder dos banqueiros do capital financeiro. Então, foi nesse sentido de discutir as duas coisas ao mesmo tempo. Claro, todos os projetos que a gente apresentou em relação à infância e à juventude, não é uma coisa qualquer né? Imagina. Quando a gente fala em educação infantil, quer creche ou pré-escola, qualquer nome que seja designado para isso, que é justamente as principais conexões neurológicas que potencializam a inteligência, estão nessa faixa etária, vocês precisam imaginar o que o governo e os parlamentos fizeram para impedir isso. Quando a gente apresentou as proposições para garantir que os financiamentos fossem compatíveis com os procedimentos feitos, foi outra guerra para impedir isso. E o narcotráfico a gente sabe, que muitos dos jovens que tão indo para o narcotráfico, e todas às vezes também que a gente fala em Educação, é Lazer, Esporte, Música, Cultura para juventude, sempre tem alguém que diz assim, “ah! Isso é política a longo prazo.” Não é política em longo prazo não. O mecanismo de combater a violência é de fundamental importância. Essas políticas são políticas de curto prazo. Um dia que você salva na vida de uma criança, de um adolescente ou de um jovem para ele não estabelecer laços com o crime organizado é uma geração que você está ajudando a salvar. Não tem essa história de que é essa coisa é em longo prazo, não é! É coisa em curto prazo, um dia que você salva é de fundamental importância para combater o narcotráfico, que é uma grande empresa capitalista, que explora com uma mão-de-obra escrava e barata dos pobres e faz a riqueza dos ricos, porque 40% do capital volátil do Brasil provem do narcotráfico, por isso que o Bush derrubou o Afeganistão, o Iraque, tudo dizendo que era para combater o tráfico e o terrorismo, mas não derrubou um único pé de papoula. 40% da produção de Ópio do mundo, do planeta Terra esta lá no crescente dourado, uma montanha rochosa na fronteira do Afeganistão, que produz 40%

do Ópio, da estrutura do narcotráfico no mundo. Não derruba um único pé de papoula. Destruíu uma população inteira, mas não derrubou um pé de papoula, então é uma estrutura altamente fortalecida que faz a riqueza de muitos políticos, empresários, juízes e outros mais à custa da exploração da mão-de-obra escrava que são os jovens que, as crianças de nosso País. Então, em relação ao narcotráfico, é essa questão. Então, eu quero dar, de coração, é, abraçar os meus queridos companheiros da mesa, abraçar de uma forma carinhosa e delicada a presença de todos.

Mais uma vez agradecer de coração a generosidade democrática do convite, do espaço e dizer que mesmo que as dificuldades sejam grandes, gigantescas, os obstáculos inimagináveis, a gente continua lutando para fazer desse Brasil maravilhoso uma grande Pátria, soberana, justa, igualitária, fraterna. Então, um beijo muito grande.

Dr. Neilton Araújo de Oliveira.

A Genislene, ela dizia da mortalidade infantil, é só fazer uma correção. Não é 21%, é 21 por mil. De cada mil crianças nascidas vidas, 21 morrem no Brasil em 2005. Hoje a gente está em torno de 20 por mil. Nós avançamos muito em relação à Mortalidade Infantil nos últimos 30 anos. No começo do século XX, isso era muito maior, eram 200 e poucos por mil. O que ocorre é que quando a gente produz uma redução na Taxa de Mortalidade Infantil é por meio de uma série de medidas. Na hora que a gente faz o pré-natal, acompanha o pré-natal, nós estamos assegurando uma melhoria desse índice. Na hora que a gente faz o parto com condições adequadas, a gente impede a morte de muitas crianças. Na hora que nós temos Pronto socorros, que nós temos acompanhamento da mãe com alimentação correta, com aleitamento materno, nós temos uma série de medidas que vão impactando, melhorando o índice, a Taxa de Mortalidade Infantil. Só que quando a gente chega ao patamar de vinte, no quinze por mil, depende de outras Políticas, que não só ações dentro do Setor Saúde. Na Europa, hoje, essa taxa tá em torno de 10, oito por mil. Em Cuba, que essa taxa é uma das menores do Mundo, essa Taxa também está abaixo de 10. Então, agora para nós continuarmos reduzindo, vamos precisar ter políticas Intersetoriais e nós ainda estamos discutindo e brigando muito entre nós mesmos dentro do próprio setor. Na hora em que eu for terminar, eu quero dar alguns dados para vocês para sinalizar como que a gente pode concretamente responder a esses desafios. Quando o delegado desta Conferência falou do Postão do Mapim diz que há necessidades locais ali, nós temos necessidades em todo o Brasil, necessidades diversas. Agora nós precisamos tomar muito cuidado para não estar

discutindo no nível Nacional as questões que são locais. Não estar discutindo aqui hoje questões que eu posso e devo estar discutindo lá no Município. Isso não significa ignorar as necessidades que a gente deve reivindicar no nível Estadual e no nível Nacional. Mas eu estou no Movimento da Reforma Sanitária. Fui Gestor de Saúde, sou conselheiro de saúde há muitos anos. Sou defensor do Conselho Distrital e do Conselho Local de Saúde, mas em alguns momentos o conselheiro fica fazendo muito discurso e atuando pouco lá dentro do Conselho. Em outro momento, o secretário municipal de saúde, em vez de se juntar com o Conselho Local para ir reivindicar do Estado, às vezes fica jogando a culpa e a responsabilidade em outra esfera. Então, nós estamos tendo uma grande escola de participação política que são os Conselhos de Saúde. Mas nós ainda estamos a meio caminho dessa viagem.

O Antônio Cordeiro dizia que uns estão na ponta, outros estão em cima. É muito fácil aí em cima. Eu falo tão fácil como eu estou discutindo na tripartite, no Congresso Nacional ou na Comunidade mais simples do bairro ou lá na Comunidade Ribeirinha. O importante é falarmos de acordo com a compreensão de cada um. Se eu estou lá no Senado, eu tenho que brigar com os senadores. Se eu estou lá no município, tenho que animar esses companheiros e essas companheiras à acreditar em sua força, e tem hora e falo muito isso para os trabalhadores da saúde. Se o trabalhador da saúde tem um Plano de Cargos, Carreiras, e Salários aqui no Mato Grosso, já aprovado em Lei e que não foi implantado, ele não tem que descontar isso prestando atendimento ruim à população. Ele tem que se juntar e reivindicar isso do gestor da Secretaria Estadual o cumprimento desse Plano de Carreira. Se nós estamos com falta de condições de trabalho, nós temos que juntar com o cidadão e reivindicar boas condições de trabalho. Só que muitas vezes, o trabalhador, em nome da falta de condições de trabalho, ele atende mal o cidadão que está chegando aqui. Da mesma forma, o gestor. Se o gestor não tem autonomia, se o gestor ainda não está falando na Responsabilidade Solidária, entre: Município, Estado e o Nível Federal, o gestor não pode jogar isso nas costas dos trabalhadores e nem sequer dizer para população que não é culpa dele. Portanto, eu acho que gestores e trabalhadores da saúde têm mais responsabilidade que qualquer outro segmento, porque eles funcionam como intermediários dessa grande articulação entre Poder Público e o Poder Social. Outra coisa aqui que acho que é importante é lembrarmos é o Pacto Federativo que o Edmilson falou aqui. O Brasil está organizado em Pactos federativos. O Município é autônomo, o Estado é autônomo e a União é autônoma. Cada um tem competência para fazer individualmente às coisas. Só que aquilo que está dentro da

Constituição, nós não podemos fazer nada autonomamente que fere a Constituição. E, na área de saúde, nós somos os pioneiros no que nós chamamos de fazer a pactuação entre nós. Apesar de nós termos uma autonomia, nós pactuamos entre nós e nós vamos fazer isso, isso e isso. E aí? Eu queria pedir para vocês pensarem como é que nós estamos no Pacto quando a gente fala que a saúde do idoso é uma prioridade do Pacto pela Vida? Como é que nós estamos discutindo entre a Gestão Federal, a Gestão Estadual e a Gestão Municipal as competências de cada um? Porque eu vou ter que fazer ações locais, eu vou ter que fazer ações regionais e eu vamos ter que fazer ações federais, até na linha de mudanças de leis, de normas, de regulamentação etc. E aí, tem hora que a gente fica no discurso político muito bonito, que aplaude que movimenta, mas nós não vamos agir com nossos deputados, com nossos vereadores. Não estamos agindo com nossos deputados, não estamos agindo com nossos senadores. E são eles que na verdade mudam as leis, que fazem as novas mudanças orçamentárias e aí nós vamos dizer que é culpa dele, que é culpa do prefeito, mas fomos nós que votamos, fomos nós que os colocamos lá. Então, nós somos tão responsáveis quanto eles que estão lá. Eu vou dizer uma coisa para vocês que muitos não sabem, mas é a primeira vez na história do Brasil que nós estamos tendo uma inversão da concentração de renda do nosso país. Até 2002, a concentração de renda só vinha aumentando. Os mais ricos mais ricos e os mais pobres, mais pobres. A partir de 2003, 2004, nós tivemos uma inversão. Não está ainda uma distribuição justa, mas não está mais tão concentrando. Ela está crescendo. Se vocês observarem o gráfico de alocação financeira na área da saúde, nós tivemos de 1994 até 2002 uma diminuição do dinheiro federal na área da saúde a cada ano. O governo anterior foi tirando dinheiro federal da área da saúde. Hoje, de 2002, o governo federal começou a colocar mais recurso próprio, mas ainda não coloca nem a metade daquilo que a gente precisava. Então, quando a gente fala que nós avançamos num ponto e anunciamos ou visualizamos o que temos que caminhar, não significa da gente esquecer o que tem que enfrentar nem a gente esquecer o que a gente conseguiu. E aí entra no ponto do que o Sérgio falava nesse último bloco que nós fizemos. Se nós estamos numa Conferência, trabalhando muito a conscientização, como é que nós vamos agir agora? Então, Sérgio e todos os companheiros, eu queria dizer que eu não tenho nenhuma ação, se eu não estou mobilizado. E eu não entro em nenhuma mobilização, se eu não estou conscientizado. Esse é o processo que nós estamos construindo no SUS. Tem muitos companheiros que estão conscientes, estão mobilizados e estão agindo. Mas tem muitos que estão entrando na mobilização agora.

E tem muitos que estão adquirindo uma conscientização agora. Nós tínhamos até março deste ano uma coisa extremamente esquisita. Nós dizemos que o Sistema é Único, que as ações são articuladas, mas o dinheiro que vem do Ministério da Saúde para os Estados e Municípios vinham em “caixinhas”. Então, a caixinha da Hanseníase que não podia usar o dinheiro para ações da Tuberculose, que não podia usar o dinheiro para Medicamento, que não podia usar o dinheiro e assim por diante. Nós Pactuamos na Tripartite e aprovamos no Conselho Nacional de Saúde que o recurso vai ser mandado para os Estados e Municípios em cinco grandes blocos. Vem o dinheiro da Atenção Básica, todo o dinheiro da Atenção Básica vai vir num bloco só. E o Gestor Municipal tem autonomia para usar esse dinheiro em qualquer ação da Atenção Básica, desde que esteja aprovado no Plano Municipal de Saúde. Quem é que aprova os Planos Municipais de Saúde? São os Conselhos Municipais de Saúde. Só que nós precisamos nos perguntar: Como está sendo aprovado esse Plano Municipal de Saúde? Na grande maioria dos casos “a toque de caixa”, sem sequer o conselheiro ter conhecimento do que ele está votando. Portanto, nessa hora, o conselheiro tem que antes, cobrar dele próprio e depois cobrar do Secretário Municipal de Saúde. Por outro lado, tem que exigir que o Secretário mande tanto o Plano de Saúde como o Relatório de Gestão a tempo suficiente para podermos analisar, e, se aquilo que a não entendermos, nós conselheiros inclusive devemos aprender com analisar para poder ter uma ação correta na resposta. Mas eu não estou preocupado só com o Município. Eu estou muito mais preocupado com o Conselho Estadual, onde a maioria dos conselheiros vota, aprova o Relatório de Gestão, sem ter uma noção concreta do que significa aquilo. Então, está na hora da gente se juntar, Conselhos e Secretários e dizer: ***“Nós precisamos entender melhor isso para podermos responder”***. Portanto, é completamente diferente a gente sair daqui animado, alegre, foi muito bom, e tal, porque falaram o que eu queria e a gente sair daqui dizendo: ***“O que eu devo e posso fazer agora junto com meus companheiros para eu qualificar melhor o Controle Social? O que eu posso fazer junto com os gestores para qualificar melhor a Gestão? O que eu posso fazer para aumentar a Educação em Saúde para a população que tem mais dificuldade no acesso?”*** Então, temos um desafio enorme por aí. Esse cinco blocos vão flexibilizar, vão ajudar os gestores a utilizar melhor o recurso, mas isso não impede a necessidade de continuar lutando por aumento no orçamento para a Saúde, de maior informação, de maior participação. Por último, eu queria deixar aqui esta frase: nós temos que cobrar de cada um a responsabilidade que é dele. Entre os Gestores no Município e o Secretário

Municipal de Saúde, a Equipe Municipal de Saúde, é gestora única. E tem o poder. Agora, não tem a responsabilidade toda, porque parte da responsabilidade da Atenção Básica também é do Gestor Estadual e também é do Gestor Federal, parte da responsabilidade das outras ações que estão no Estado também é responsabilidade do Gestor Municipal e também é responsabilidade do Gestor Federal. Então, o Pacto nesse momento também nos coloca a possibilidade de avançar muito, mas eu acredito que a gente vai avançar mais rapidamente se a gente qualificar melhor o Controle Social. E aí é o convite e o desafio que eu coloco para todos que estão aqui. Nós precisamos sair dessa Conferência preparando os nossos delegados que vão para Etapa Nacional, da mesma forma que nós vamos voltar para os nossos municípios, para nossa Associação de Bairros, para os nossos Movimentos, levando de volta essa discussão. E, para terminar, eu quero colocar uma discussão que é muita polêmica. Particularmente, quando eu no meu município implantei os Agentes Comunitários de Saúde, desde o primeiro dia, eu fui não só o defensor, mas a gente assegurou todos os direitos trabalhistas: férias, licença, décimo terceiro salário, todos os direitos trabalhistas. Tem muitos Agentes de Saúde que não tem, não só não tem como nem tem contrato escrito. Às vezes, o contrato é até verbal. Quando nós começamos a discutir isso no Congresso Nacional, de regulamentar a carreira de Agente de Saúde, eu acho que a gente colocou outro conflito para nós. Porque na hora que o Agente está num Concurso Público e for contratado como Agente, eu acredito que nós estamos correndo o risco de perdermos um dos maiores valores dos Agentes Comunitários de Saúde. Qual é a principal característica de um bom Agente de Saúde? É a cumplicidade dele com a população. É o reconhecimento importante da população da presença desse Agente, portanto a dona Maria pode ser uma excelente Agente naquele Município, naquele bairro e ser uma péssima Agente no outro bairro. E ela se ficar assegurada encima de que agora estar contratada, de que agora pode qualquer coisa, que *“não vão mexer comigo”*, ela deixa de fazer o trabalho mais nobre, mais importante que era mobilizar e apaixonar a população para entrar nessa luta da saúde pela qual todos são responsáveis. Então, nós temos de que um lado defender e assegurar direitos, defender e assegurar salários bons, mas de outro lado nós temos que alimentar e construir cada vez mais forte essa cumplicidade entre Trabalhadores da Saúde, a População e os Gestores de Saúde nessa construção da sociedade como um todo. Espero ter contribuído muito com vocês nessa análise, nessa reflexão. Nossa conversa não termina aqui, ela vai continuar e a gente vai

“*se ver*” com certeza na Etapa Nacional da Conferência de Saúde. Um grande e forte abraço para todos vocês.

Gilson Catarino.

Nesta questão pontual do Agente Comunitário quero colocar algumas questões, tivemos um problema agora grave e é bom vocês saberem. O ministro do Supremo Tribunal Federal está considerando que qualquer outra forma de contratação ilegal. Não está nem aceitando a Carreira Pública prevista na Emenda Constitucional nº 21. Então, tem que estar atento a isso e tenho uma enorme preocupação. Tudo tem história, tudo tem passado. Quando começou o Programa do Agente Comunitário de Saúde, isso não estava incluído no orçamento, era financiamento Federal, Saúde da Família foi a mesma coisa. E a forma de admissão tinha vinculação com a comunidade, como o Neilton já colocou. Não é porque a Lei determina que tudo tem que ser via Concurso Público que você vai agora desprezar isso e quem vai ter coragem de causar o desemprego de 200 mil Agentes Comunitários de Saúde que contribuem nesse País. Eu não teria. Reconhecer a Seleção Pública que foi feita e buscar uma saída. Porque em muitos lugares, mais da metade do quadro dos funcionários da Fiocruz não entrou por Concurso Público, entrou por uma Lei Complementar posterior. Os Agentes Comunitários de Saúde reduziram o índice de Mortalidade Infantil nesse país, é um patrimônio sim. E digo como médico e digo como gestor. Bom, vamos agora para o final. Primeira coisa assim, eu quero aqui sanar umas dúvidas. Gente, o Pacto esta dentro da Legislação. O Pacto está dentro da lei nº 8.080 e 8.142 de 1990. O Pacto não é nada que possa se sobrepor a isso. Está se construindo o Conselho Nacional de Saúde, está se construindo uma Comissão, a Vânia está aqui, está se construindo interseções com o Ministério da Educação e Políticas de Educação Permanente dentro do Ministério que traga, inclusive, para o gestor no Controle Social a condição efetiva, porque na experiência anterior do pólo, essa condição ficou muito pela academia e pouco pela necessidade nossa. Então, esse é um processo, hoje onde está se investindo efetivamente. Eu acho que a gente tem que ter cuidado para não cair no desânimo. Eu saí um pouco ali e vi uma jovem que está aqui na sala. Ela me abordou e eu achei que ela tivesse com um cisco. Depois eu comecei a achar que ela tava chorando. Estava emocionada. Ela disse assim: “*o SUS que o senhor falou, ele não chega a todos os campos desse país. Lá onde eu trabalho*”... Ela trabalha num modelo do Programa Saúde da Família, o médico atende na mesa da sala de aula do colégio. Esse Brasil tem

uma diversidade muito grande. Esse Brasil tem uma desigualdade muito grande. Aí eu disse a ela: “*não desanime*”. O recado que eu quero dar é o seguinte: a lágrima de emoção, a lágrima de paixão tem que ser a lágrima de transformação. A injustiça neste país é enorme. A exclusão é enorme. Neilton fala e os números indicam a melhoria da renda, mas 70% da população brasileira ganha até três salários mínimos. E três salários mínimos não representam nada. Não dão dignidade a ninguém. O país é muito pobre. A concentração de renda é muito grande. Para quê esse fórum existe? Para lamentar? Não. Mas para poder focalizar o cantão do Brasil? Claro que sim! Se a gente não trabalha com a informação do que está acontecendo, os lugares que não tem espaço para localização, nós não vamos chegar a lugar nenhum. Como é que o Conselho Estadual de Saúde pode se organizar? Junto com o gestor Municipal, de repente criando caminhos que possam veicular melhor. Todo mundo sabe o que é uma novela da Rede Globo. Agora, entre nós, difundir a informação é difícil. A desigualdade de informação é brutal. Dentro de uma própria Secretaria, junto aos conselheiros, quem dirá nos Conselhos Municipais, os trabalhadores municipais. Nós temos que ter uma forma melhor de difundir a informação para homogeneizar. Se nós sairmos de uma Conferência Estadual para entrar numa Conferência Nacional, considerando que vamos fazer uma mera repetição, acabou. Qual é o diagnóstico atual? Estamos esgotando um processo de trabalho. Não vamos nos iludir. Tudo o que aconteceu foi bom? Foi bom. Tudo o que aconteceu é acúmulo para dar uma virada? É acúmulo para dar uma virada. Agora, estamos burocratizados, não estamos tocando nas necessidades das populações. Tem gente que não está chegando e a grande maioria que chega não está satisfeita em seu atendimento. Então, isso torna verdade tudo o que foi expresso. A forma que a população é voltada para uma forma de atendimento privado? É. Existe isolamento? Pacto Isolado e não Pacto Solidário? Existe a ausência de responsabilidade definida? Existe? O que está se querendo? Construir um novo Pacto dentro do SUS, com a lógica do SUS, considerando que o processo Saúde x Doença é mutante, ele evolui, ele se modifica. Um momento tem que ter uma estratégia: vamos Municipalizar assim? Vamos Municipalizar assim. No outro momento, tem que ter outra estratégia. Vamos fazer tudo isso com o Pacto.

Nessa lógica do Pacto, aquela população tem um PSF que muitas não tem, atendendo dentro de uma sala de aula. Se o Pacto for para valer ela vai ter que ter o atendimento de suas necessidades, está aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, esta inserido no Segundo Eixo da Conferência da questão da Seguridade Social quer garantir

a Saúde e todos os filetes sociais, esta posto a questão do Pacto como um novo momento de Gestão de Vida e pela Saúde, é fortalecer isso para cobrar isso, é fortalecer isso para fazer valer isso nas instâncias decisórias dos Estados e Municípios, agora tem uma frase de um poeta russo que diz assim: *“queres cantar o mundo, cante primeiro a sua aldeia”*. Não há nada de errado cantar a aldeia da gente no nosso dia a dia, não se constrói um SUS sem uma base forte, mas não se constrói um SUS sem solidariedade. Espero que a gente possa ir para a Conferência Nacional e encerrar a Estadual de vocês que está fantástica. Eu já vim a Mato Grosso várias vezes, mas este é um dos momentos de mais mobilização que eu já assisti. É um sinal de amadurecimento neste processo de trabalho. Se nós pudermos fazer isso com a garra, com a gana que temos de dizer para a sociedade que precisamos, porque aí a gente pode ter mais força para lutar por um financiamento melhor, para a conquista de mais direitos, para a conquista de uma assistência melhor, este é o grande salto que as Conferências podem dar. Tudo o que a gente viu aqui é a realidade brasileira, mas ela tem uma coisa na área de saúde, no setor saúde que nenhuma outra tem, este espaço não fecha aqui, este espaço não finda aqui, este é lado bonito do processo, este é o lado que cobra o secretário com que ele responda aqui e agora, eu já sofri isso quando Secretário mas é parte do processo, este é lado que pode mobilizar para baixo, para lado, para cima. Que a 13ª Conferência nos permita romper com o que está errado e criar um novo ciclo do SUS Constitucional, na lógica do SUS, nos Direitos e nos Deveres do SUS, mas que a gente possa agora ampliar a qualidade, ampliar o acesso e acima de tudo construir um Pacto de Responsabilidade onde cada um tenha um lugar mais definido e a população efetivamente possa ser melhor atendida. Eu vou terminar com uma frase do pai do Fernando Sabino, é a única coisa que gostei no livro de Zélia Cardoso de Mello escreveu e a frase não é ironia e sim de futuro, *“no final tudo dá certo e se ainda não deu certo é porque ainda não chegou o final”*, e pensando assim a gente vai lutar a cada dia para que no final tudo de certo. Parabéns! Adorei estar aqui com vocês!

Dr. Agostinho Moro, Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso

Bem, a maioria dos questionamentos aqui, mais de trinta, são bastante pontuais, então vou levar logicamente para que a gente analise e eu não vou me deter nesses pontuais, pois este não é o objetivo maior aqui da Conferência. Vamos nos deter aos pontos mais gerais. Logicamente depois de ter ouvido o Dr. Gilson Catarino e Dr. Neilton que tem uma experiência a nível Nacional que trazem isso não só para a plenária, mas para nós

como um todo, como a palestra da Senadora Heloisa Helena sobre o Pacto, temos poucos questionamentos. O pacto nós discutimos em todas as regiões do Estado, tivemos Audiência Pública na Assembléia Legislativa, convocamos os prefeitos e os secretários municipais na Associação Matogrossense dos Municípios (AMM) para que nós pudéssemos compartilhar o máximo as informações e pudéssemos assinar o Termo de Compromisso de forma bastante consciente, logicamente que qualquer inovação no Sistema trás dúvidas e assim as dúvidas que os municípios estão tendo, não pense que nós Estado também não temos. Toda reunião do CONASS, do CONASEMS em Brasília as discussões do Pacto vem a tona, mas tinha uma pressão muito forte por causa da questão do prazo, 30 de setembro, para as assinaturas e esse prazo foi aberto. Então, hoje, não tem mais o prazo para as assinaturas do Pacto, então isso faz com que nós trabalhemos com um pouco mais de cuidado, discutindo melhor questões que ainda estão obscuras e faz com que nós todos, principalmente os municípios de forma Regionalizada façam as discussões Regionais, nós precisamos sentar para conversar com as regiões, nós temos instrumentos importantes principalmente a CIB que precisa ser muito fortalecida ela irá ter um papel importantíssimo na região e se nós não utilizarmos estes instrumentos vai ficar difícil da gente fazer a operacionalização do sistema.

Eu gostaria de colocar que acredito muito que venha trazer inovações e benefícios a todos, porque se formos analisar tudo que se trata do Pacto hoje ele já está sendo feito, ele traz algumas mudanças que precisam ser tratadas, mas ele também nos remete a sentarmos e discutirmos *in loco* na região para que possamos organizar regionalmente, principalmente num Estado como o nosso de dimensões continentais, se não estivermos organizados de forma regional fica muito difícil. Nós temos um Grupo de Trabalho do Pacto que está finalizando este trabalho, nós tivemos uma reunião ontem, estamos trabalhando junto com o COSEMS, ontem pela manhã estivemos reunidos com a direção falando sobre a questão do Pacto principalmente, vou citar aqui, grande parte desses questionamentos é sobre a Regulação. Temos também um grupo de trabalho fechando um estudo sobre a Regulação, conversamos ontem com COSEMS para poder buscar algumas informações a mais e provavelmente na semana que vem estaremos sentando com esse Grupo de Trabalho para validarmos este estudo. Hoje de fato a nossa Regulação esta sendo um gargalo muito grande e temos aqui em Cuiabá principalmente, alguns questionamentos que envolvem as Regulações de alguns Municípios do Estado e que precisamos ajustar isso, pois não está alinhado e estamos

com alguns problemas com relação as duas regulações. Com tudo isso nós estamos nos próximos dias sentando inclusive com o secretário Maluf, pois a gente precisa alinhar esses questionamentos e informar aos Municípios. Que estamos preocupados sim e que estamos buscando alternativas, muitos questionamentos com relação a médicos reguladores, estamos avaliando tudo isto e acredito que dentro de trinta dias nós tenhamos um redesenho em relação à Regulação e esperamos avançar em relação a isto.

Também houve questionamento em relação à aplicação dos recursos financeiros com base na Emenda Constitucional nº 29, gostaria de dizer aos senhores que, com relação à EC, conforme o Estado está amparado hoje, nós aplicamos o ano passado 12,58% das receitas, nós temos um acordo no Tribunal de Contas aqui do Estado, que ele exclui algumas receitas da base de calculo que é a questão do imposto de renda e também acho que dos juros e Lei Kandir, se excluísas essas receitas o percentual chegou em 11,29%. Então até quando o Ministério da Saúde fez o estudo que apontou alguns estados com 4%, 5%, o Amazonas que é o estado que mais aplica se não me falha a memória 22%, o estado de Mato Grosso ainda não chegou a ser citado exatamente por que nós estamos ali chegando próximo digamos na ótica da forma como sistema do Ministério avalia, nós estamos muito próximos dos 12%. Também o questionamento que nós somos favoráveis à regulamentação Emenda Constitucional 29, tanto somos que formalizamos a todos os parlamentares federais, logo no início do ano acho que no mês de março, solicitando apoio e eu conversei com a maioria deles e acredito que a será regulamentada. O CONASS e CONASEMS estão juntamente com o Ministério da Saúde, o ministro Temporão se empenhado pessoalmente nesta questão e nós devemos ter sua regulamentação. Então com relação com o estado de Mato Grosso nós não temos medo nenhum na sua regulamentação até porque estamos muito próximos de estar atingindo esses percentuais e acredito que em 2007 nós vamos ultrapassar independentemente da ótica do Tribunal de Contas, da ótica lá do SIOPS do Ministério da Saúde.

Eu vou chamar atenção desses questionamentos, pois um me chamou muita atenção que fiquei até um pouco arrepiado e emocionado de ler e não vou citar o nome da pessoa até para preservar seu nome e seu município porque não sei como que é isso. Nós aqui tratamos de Saúde Pública, falamos o que é necessário avançar, mas quando constatamos que dentro do nosso estado de Mato Grosso infelizmente tem municípios que não dispõe de água tratada, ou melhor, nem água encanada para sua população, onde o abastecimento é feito por caminhões pipas, onde a água é coletada das lagoas e

colocada em um sistema de caixa d'água. Como é que nós vamos falar de Saúde Pública de qualidade? Pior ainda, o que me chamou atenção é que este Município recebeu recurso financeiro para fazer o Sistema para o Abastecimento D'Água e por questões desconhecidas não aplicou o recurso onde deveria. Isto é muito complicado e de fato, grave. Como é que se fala de Saúde Pública de qualidade se nós não conseguimos oferecer água tratada para a população? Isso é até revoltante de uma certa forma porque se houve recurso para ser aplicado e não foi, acho que tem que haver punição para quem o não fez, e a gente precisa desse assunto e precisa de fato fazer os encaminhamentos. Eu acredito que tenha muito outros Municípios que estão desta forma e isto é muito complicado.

Eu citei na abertura da Conferência Estadual de Saúde que muito dinheiro está sendo assinado para o Pacto voltado ao Saneamento Básico, mas não está tendo um acompanhamento principalmente pelas autoridades da Saúde. Aqui estão as pessoas que tem condições de mobilizar e saber o que está sendo assinado, para quais obras.

Também houve alguns questionamentos sobre a obra do Hospital de Sinop. Esta é uma obra municipal, iniciada pelo Município com recurso do Governo Federal e me parece que está sendo retomada agora e não tenho detalhes porque é uma obra do Município, então é interessante que se faça questionamento para o município também de como está o andamento porque tem um Recurso Federal, tem uma contrapartida do Estado e parece-me que já foi aplicado e vou checar isto mais de perto.

Os questionamentos diversos, principalmente Cuiabá e Várzea Grande, em relação também ao desfogamento do Pronto Socorro, eu queria colocar que infelizmente os municípios de Cuiabá e Várzea Grande em relação ao Estado são os municípios com menor cobertura de saúde da família, Várzea Grande com 22% e Cuiabá não chega a 30%. Eu acredito que uma das possibilidades para melhorarmos isso é investimento na Atenção Básica, se fizermos este investimento com certeza o cidadão não vai parar no Pronto Socorro, irá ter um atendimento mais próximo de sua residência, a grosso modo falando. E aos questionamentos pontuais com relação à UTI's Aéreas, Terrestres, Convênios com Hospitais, são questões pontuais que depois vou tentar responder aos senhores, porque senão ficará muito extensa nossa fala.

Gostaria de colocar também em relação a todos estes programas que estão sendo desenvolvidos, principalmente na Atenção Básica, Saúde Bucal, Reabilitação, também na questão dos PSFs e Assentamento Rural onde houve o questionamento de Nova Ubiratã. O Estado tem incentivo financeiro para todos esses programas, então o

Estado não tem condições de assumir o atendimento lá no Assentamento Rural, mas tem incentivo financeiro quando há habilitação da equipe nas famílias do assentamento para que possa custear, então são questões pontuais que vamos estar conversando com os gestores municipais e ver o que pode ser feito no conjunto para poder avançar neste sentido. Com relação aos Hospitais Municipais com referência Regional o Estado tem tido parcerias, para que possamos melhorar o atendimento nos hospitais regionais e voltamos à questão da regionalização nós vamos tratar tudo isso de forma mais ampliada e não apenas pontual, por região porque temos que olhar o Estado como um todo, isso até o final do ano determinei as equipes que a gente consiga fechar estes estudos para que nós consigamos iniciar 2008, talvez com algumas perspectivas novas e avançando de fato nesta questão da Regionalização.

Com relação ao fechamento dos hospitais privados e credenciados ao SUS, o que o Estado pode fazer para socorrer? De fato é complicado e não é um problema só do estado de Mato Grosso, mas eu acredito que algumas questões já estão começando a avançar e o CONASS trabalhou fortemente neste sentido junto com o ministro Temporão para que pudesse haver um melhoramento na remuneração dos procedimentos médicos, saiu recente esta semana tabelas novas de remuneração de serviços. Acredito que é um dos pontos que possa manter sustentabilidade destas Unidades de Saúde é que haja uma remuneração adequada dos serviços ali feitos, porque o Estado hoje tem praticamente todos os procedimentos de Alta Complexidade e existe um complemento financeiro do Estado, nós também não suportamos mais fazer complementos.

Nesta ótica a nossa receita não suporta, se pegarmos a questão, por exemplo das UTI's, hoje o investimento para que a gente possa manter em torno de 239 leitos de UTI's em todas as regiões do Estado, haverá um desembolso de 35 milhões por ano, então é recurso que nós podemos estar investindo na Atenção Básica, no investimento, na reestruturação, mas infelizmente também é necessário isso porque não dispomos de leitos públicos suficientes e aí já vem o questionamento da necessidade das UTI's Móveis e Terrestres. Nós, Estado, temos priorizado a UTI Aérea que é caro, em torno de 30 mil reais cada viagem e que os Municípios não suportam. Nós temos procurado dar um suporte maior nesta questão e o transporte terrestre tem ficado por responsabilidade dos Municípios.

Para finalizar vou colocar uma situação: nós, gestores Municipais, Estaduais e a nível Federal, temos enfrentado a questão da judicialização que vem judiando da

gente. Eu até acredito que num momento como este, tão importante para a Saúde Pública necessitava do envolvimento do Ministério Público, do Tribunal de Justiça, da Assembléia Legislativa, para que a gente pudesse construir alternativas em conjunto, porque nós temos normalizações a seguir e se nós não seguirmos, somos pego pelo Tribunal de Contas, pela Corregedoria Geral da União, Tribunal de Contas da União. Constantemente estamos sendo notificados, mas nós precisamos fazer as coisas acontecerem e aí vem a questão da judicialização. Estamos fechando um levantamento e nós devemos fechar esse ano de 2007, com algo em torno de 5 milhões de reais em mandados judiciais, não só na área de medicamentos, mas também na questão de cirurgias especializadas, transporte terrestre de UTI's. Leitos de UTI, quando estão todos lotados, é requisitado o leito particular e aí nós pagamos o preço de tabela particular. Essas questões quando ocorrem fogem da rotina do Sistema de Saúde normal, na questão de tratar com igualdade. Então, através do mandado judicial você trata com desigualdade, principalmente medicamentos. Agora estamos aguardando a remessa de um medicamento que só fabrica na Suécia e custa sessenta mil dólares para tratar um paciente. Então são cento e vinte mil reais e isso é complicado. O paciente tem seu direito, mas vai cortar toda uma fila que nós poderíamos estar atendendo tantos outros. Então há necessidade de uma regularização do Sistema como um todo e tem sido feito alguns trabalhos nesse sentido. Estamos fazendo dois eventos nacionais e estamos em conversação aqui no Estado para ver se a gente consegue melhorar isso. Gostaria de dizer a todos que estamos à disposição. É importante que trabalhemos o Pacto na ótica de avanço. Não vamos analisar o Pacto como se fosse um problema para o Município. Nós temos a questão do Comando Único que estamos tratando com muito cuidado e eu acredito sinceramente que vamos poder ter as Unidades de Saúde do Estado, lá da ponta sendo geridas de uma melhor forma. Nós não conseguimos enxergar daqui a 500, 600 km, é muito difícil. Eu acredito que se houver a Regionalização de fato, a Organização Regional com discussões no sentido de que possamos estabelecer critérios justos para aquela Região e que os Municípios possam cada um colocar a disposição o serviço que ele possa oferecer, com certeza nós vamos avançar porque nós temos problemas de falta de profissionais especialistas no interior do Estado. Então nós precisamos maximizar o que nós temos, senão nós não vamos conseguir colocar profissionais. Com as tabelas que nós temos os municípios não agüentam pagar 20, 25, 10, 12, 15 mil reais para médicos e nós temos limitadores para pagar esses valores. Então é complicado, mas acredito que iremos sair deste fórum bem consciente e também com mentalidades

diferentes para podermos avançar em prol de um Sistema de Saúde com um futuro próximo bem melhor do que temos hoje.

MESA TEMÁTICA III: PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO HUMANO NA SAÚDE

Coordenação da Mesa: Maria Cândida dos Nascimento, conselheira estadual de saúde e Coordenadora da Conferência Estadual e José Carlos Bazan, conselheiro estadual de saúde

Palestrantes: Marco Antonio Teixeira, Estela Márcia Scandola e Vânia Glória Alves de Oliveira

Debatedora: Eufrásia Candorim

Marcos Antônio Teixeira.

Boa tarde. Eu cumpro um dever de reconhecimento à organização da 6ª Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso, à medida que o Ministério Público foi convidado e reconheço neste gesto da organização da Conferência, a possibilidade de diálogo entre as duas instâncias do SUS. E sabemos que o Ministério Público é o advogado da sociedade em prol da execução de seus direitos em relação a ações dos serviços de saúde. Na sequência cumprimento meus ilustres companheiros e minhas ilustres companheiras de mesa e passo à minha exposição esperando que possa suscitar interesse talvez para o debate dos senhores e das senhoras.

A primeira questão quando falamos em materializar o Direito à Saúde como Direito Humano que é entendermos bem do que falamos. Todos nós conhecemos a redação do artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que diz *“saúde é direito de todos e dever do estado”*, porém nós temos que aprofundar a leitura para que possamos ter uma idéia clara de qual é a regra do jogo. Saúde é dever do Estado sim, mas também das pessoas, das famílias, das empresas e da sociedade. E quando a sociedade cumpre seu papel de participar da formulação do Planejamento de Ações de Saúde, ela o faz inclusive no âmbito das Conferências. É um dos momentos em que a sociedade participa, um outro momento é quando ela participa dos Conselhos de Saúde. Portanto, nós temos aquela característica de cobrar as Ações de Saúde apenas dos Gestores (Município, Estado e Federal) o que é rigorosamente correto, mas incompleto, toda a sociedade tem que cumprir seu papel de discutir, propor e exigir resultados nas questões

de saúde que afinal de contas, é diretamente interessada. O momento da Conferência de Saúde é um momento muito interessante, com uma curiosidade ímpar. O que a Conferência faz? E talvez esta seja a riqueza do movimento em si, a Conferência “revisita” um conceito muito antigo que era exercido na Grécia, quando as pessoas iam para a praça discutir o que o governo fazia para a sociedade. Hoje, a Conferência cumpre esse papel. Não estamos numa praça, mas poderíamos estar. O importante de aprender esse significado da Conferência é que a sociedade deixa de ser objeto de ações da Administração Pública para se transformar numa assembléia dirigente. Coloca as Diretrizes para os próximos 4 anos. Fundamental essa reunião da sociedade, pois não há nada mais democrático e participativo. Importante que a Conferência saiba atingir o coração do Sistema. Quando dizemos numa Conferência de Saúde que está faltando médico no posto, por exemplo, é importante para aquela comunidade, mas não abrange a falta de médicos de outra comunidade e isso também ocorre. É importante que a Conferência diga o que quer dizer, mas se organize colocando no Eixo principal as Diretrizes. Vamos lembrar o conceito da Lei a esse respeito: a “*Conferência de saúde propõe Diretrizes*”. Muito bem, quando nós falamos da falta de médico do Município, por mais que seja importante para aquela comunidade, isso não é Diretriz. Portanto, se essa conclusão for colocada como Diretriz no documento final, tecnicamente, o gestor não tem a menor obrigação de acatá-la, pois é uma reivindicação pontual. Pode até constar no Relatório da Conferência, mas não é o que a Lei determina o que ela de principal faça.

Quanto à Efetivação do Direito à Saúde, nós ainda temos no SUS um Sistema predominantemente Estatal e não Público. Como no curso de Direito, nós dividimos o que existe na face da terra entre Público e Privado. Se aplicarmos a questão do Público e aplicarmos na questão da Saúde vai perceber uma realidade não muito promissora neste momento, pois o Sistema ainda é basicamente Estatal, porque os senhores são exemplos de ativismo, mas apesar de toda luta em Prol do SUS, vocês não são espelho da sociedade. As pessoas que estão na fila do Posto para serem atendidas, ou seja, o mundo externo a essa reunião aqui. O Sistema quando muito, é encarado como um mau Prestador de Serviço, porque às vezes, o exame que eu quero não está disponível. Muitas vezes o Sistema atua como adversário dos seus usuários, e enquanto isso acontecer neste País, ele não é um Sistema Público e sim, estatal – que é o SUS.

E por que é tão difícil realizar dentro do critério da universalidade, o Direito à Saúde? Por esse afastamento. Quando pegamos o Sistema formal de Estado na Saúde,

ele trata a sociedade como um objeto, ele não se insere no âmbito da sociedade. O Sistema está aqui, os usuários estão ali. O que resulta num estranhamento, desconhecimento profundo e real do que é a sociedade. Por que a sociedade está tão distante de se apropriar do que é seu? Um exemplo: o programa “HumanizaSUS”, poderia ser outro, mas peguei este que é de atenção diferenciada para o usuário, mas que é um programa de 3ª linha, pois as pessoas continuam não sendo acolhidas como prediz o programa que hoje anda *“a passos de formiga e sem vontade”*. Em segundo lugar, a precariedade hoje do Controle Social. Não se efetiva a saúde se o Controle Social que é uma alavanca mestra está precarizado, e não é necessariamente culpa dos conselheiros e das conselheiras, mas sim da absoluta falta instrumentação e faltam também por parte de muitos gestores condições de informação para esses Conselhos. Que fiscalização pode-se fazer no âmbito dos Conselhos se eu não sei o quanto tem depositado no Fundo Municipal de Saúde ou se aquele município está colocando 15% de receitas próprias no Fundo? E outra coisa que tem impactado no SUS e todos nós aqui queremos que o Sistema dê certo, é a construção sociológica do pobre no SUS. Hoje, a classe média não usa o Sistema, pelo menos na área de assistência médica. Só utiliza quando precisa da Alta Complexidade e seu plano não cobre. Quando questionado, por meio de pesquisa, sobre a solução, a sociedade mais pobre do Sistema disse: em termos de assistência adequada, minimamente eficiente para resolver seus problemas, *“não quero muito o SUS, eu quero é ter renda para pagar um bom plano de saúde”*. Uma sociedade que não está aqui hoje reunida, mas é uma população que precisa ser convencida de que as coisas não são assim. Até porque o Plano de Saúde que o grupo dessas pessoas quer, é Plano de Saúde limitada no atendimento. Num momento de maior custo, vai precisar buscar um atendimento no Sistema. Não há sentimento de pertencimento e o SUS não pertence ao patrimônio afetivo da sociedade, ainda, e os gestores do SUS não se servem do Sistema nem para si nem para suas famílias.

Um exemplo é o que dizem os representantes das Entidades Sindicais num determinado município ligado a essas entidades: *“a gente está aqui para defender uma causa, a causa da sociedade brasileira, a causa do SUS, mas em casa eu tenho Unimed para mim e para minha família.”* Essa contradição precisa ser superada, ou coloca esse Sistema para funcionar ou seremos vitimizados por essas incongruências. Se prestarmos atenção, a Lei diz Sistema Único de Saúde. Na prática temos Sistema de Saúde para funcionário público em vários Estados e Municípios, separados no Ministério da Saúde – o órgão é GEAP. Ora, se o próprio Ministério banca com Recursos Públicos, ainda

que parcialmente, com recursos que saem do Fundo Nacional de Saúde, um plano melhor para seus servidores, qual é o crédito que se pode ter no discurso do gestor, quando se discute a universalidade e eficiência do Sistema. Essa contradição tem que ser superada pela sociedade se ela quiser que realmente cumpra o que a Constituição Federal prometeu: Universal, Resolutivo, Integral.

E por último, como algo que nos afasta da realização do Direito à Saúde, existe uma portaria do Ministério da Saúde, do ano de 2006, que é a de nº 675, que surge como uma Cartilha de Direitos de Usuários do SUS após 16 anos de sua criação. O SUS aparece na legislação em 1990. Esse documento é um dos menos utilizado por todos nós e pelos próprios usuários. Ou alguém já viu algum usuário reivindicando um direito seu com base nessa portaria? É caso de laboratório, é caso de pesquisa porque é raríssimo. E também influi negativamente na possibilidade de realização do direito à saúde no âmbito do SUS, algumas situações que como eu disse pertencem à sociedade brasileira. Uma pesquisa feita pelo CONASS em 2002 disse que apenas 35% dos brasileiros sabem o que significa a sigla SUS. Isso é muito para dizer do trabalho que resta ser feito. Os usuários ainda não saíram da “ninguendade”, expressão usada pelo Darcy Ribeiro que significa “eu uso, mas não é minha”. E o que afasta mais a possibilidade de realização de Direitos à Saúde na ótica do SUS são as grandes contradições que existem entre as Leis e a Regulação Administrativa. Quando nós pensamos que a Lei nº 8080, principalmente no Art. 6º e a própria Constituição Federal no Art.200 diz quais são Atividades da Saúde que devem ser exercidas, e quando você vê o discurso das Normas Operacionais Básicas (NOB’s), discurso das Leis Orgânicas da Assistência Social (LOAS) e agora o discurso do Pacto pela Saúde que em muitos momentos são divergentes isso cria uma perplexidade muito grande, o que é que está valendo: o Pacto ou a Lei? É a LOAS ou a Constituição? E lembremos que o Pacto pela Saúde é terceira geração de Regulação desde que o Sistema existe, Sistema de Regulação que nem sempre conversa direito o que diz a Lei, e quando essas questões vão para o Judiciário formalmente entre uma contradição que exista na LOAS, que exista agora nos Pactos irá prevalecer o sistema da Lei, como gestor se acostumou a pensar e raciocinar apenas lendo o Pacto ou lendo a LOAS? E verá uma Ação Judicial desdizendo em alguns momentos o que diz o Pacto ou a LOAS? Isso vai gerar perplexidade e nós não podemos perder o eixo de centralidade da discussão quando se fala de realização de direitos que muitas vezes irá ser buscada no Judiciário e devemos lembrar que o Judiciário não integra o Sistema Único de Saúde, não percebe as lógicas

internas do Conselho, como os senhores e as senhoras percebem. As tendências de decisões que em alguns momentos vão “contra”, entre aspas, o que diz o Pacto, por exemplo, é uma possibilidade bastante concreta.

Para terminar, é importante se perguntar e se discutir a Efetivação de Direito a Saúde, realização em concreto desse Direito. Qual a Efetividade de nós estarmos aqui hoje reunidos? Porque centenas de pessoas estão aqui nesta sala se amanhã ou depois ninguém sabe Efetivamente se o que aqui se decidiu vai ser mesmo incorporado nas práticas de gestão quer dos Municípios, quer dos Estados. Então o importante que ganhamos em eficiência, saber quais foram as Diretrizes que foram aprovadas nos Municípios na 5ª Conferência. É importante nos perguntarmos: estas Diretrizes foram incorporadas nos Planos de Saúde dos Municípios? No Plano de Saúde dos Estados? E se forem incorporadas nestes Planos, o financiamento, ou seja, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária previram o custeio do que o Plano estabeleceu? Porque não adianta rigorosamente nada, apenas se transforma numa grande festa Democrática, se as Conferências não fizerem este retrospecto, porque se o que vocês aprovaram como Diretrizes, na última em relação a isso nada foi feito, eu pergunto “*qual é o sentido estarmos aqui a discutir novas diretrizes?*” talvez tenha o mesmo destino, então essa efetividade tem que ser buscada e depois concluindo, essas relações das Conferências com os Conselhos é fundamental. A Conferência deve pautar o Conselho de Saúde por quê? Se eu pudesse dar um outro nome para a Conferência de Saúde, eu a denominaria “*Conselho Superior de Saúde*” porque acima de cada Conselho esta a sociedade aqui reunida, que é um pouco a representação de cada um dos Conselhos. Oras se assim é, se a Conferência estabelecer Diretrizes como de fato se espera que estabeleça, para que não chegue daqui a 04 anos percebendo que essas Diretrizes não foram cumpridas, que isso não teve nenhuma repercussão nos Planos de Saúde do Estado e nem dos Municípios e não se tem uma sensação de perplexidade, de desânimo, de frustração, cabe às Conferências pautar os Conselhos de Saúde para que essas Diretrizes sejam provocadas para sua inclusão nas Políticas e execução de serviços e ações de cada município no Plano do Estado também. O Conselho deve ser o guardião das Diretrizes da Conferência. Se houver esta relação entre Conferências e Conselhos, se os Conselhos se sentirem absolutamente independentes do que aqui se disser muito do vigor, da luz que emana dessa reunião se perderá.

Quando eu falo de Conferência, quando eu falo de Sistema Único, quando eu falo a respeito dos Conselhos de Saúde, eu falo a partir de uma Instituição que é o

Ministério Público, que percebe o Sistema como um dos modelos de maior carga democrática e humanitária na área de saúde que o direito ocidental já concedeu nas últimas décadas. Não existe rigorosamente nada que se possa comparar ao Sistema Único de Saúde no Plano Jurídico Internacional no mundo ocidental (Europa, Américas). Isso não é pouco, isso é muito a ser defendido num país que ainda não é um país rico, este é país que tem muitos recursos, tem muito dinheiro, mas de um povo muito pobre, mas que as elites sempre foram impiedosas com os que não têm. Propor-se numa Constituição um Sistema com as características do Sistema Único, é um gesto de ousadia, mas uma ousadia santa, uma ousadia humanitária e é nesta perspectiva que o Ministério Público vê como dever seu defender o Sistema, estar junto com os Conselhos, estar nas Conferências quando convidados, porque se os senhores e senhoras foram procurar na Constituição Federal as inúmeras atribuições da Constituição entregou à minha Instituição a primeira delas no Art. nº 127 talvez a mais importante de todas é: cabe ao Ministério Público a defesa do Regime Democrático. Esta instituição que a Conferência de Saúde é, do ponto de vista mais claro, mais luminosos, mais crus no exercício da democracia, se não fosse por outras razões para defendê-las pelo menos essa é sua característica.

Faço por último e concluo aqui uma última observação porque me dirigi até este momento às estruturas do Sistema Único de Saúde, mas tenho que reconhecer que a minha Instituição e o próprio Judiciário, mas não quero falar do Judiciário, falo do Ministério Público, devem também temer suas atribuições e a prioridades delas em relação a áreas, por exemplo, Saúde e Educação. Se nós conseguirmos deslocar Promotores e Procuradores para atuar em maior número e com eficiência na Defesa desses Direitos: habitação, empregos, saúde, educação, políticas de direitos sociais, nós provavelmente precisaremos de menos procuradores, menos promotores nas varas criminais.

Dizendo isso e agradecendo a atenção amabilíssima de todos que me ouviram, eu agradeço o espaço da minha Instituição teve aqui deferido nesta Conferência e espero podermos conversar na seqüência.

Estela Márcia Scândola

Primeiramente eu quero pedir para o Pardal (José Carlos Bazan) que desconte 1 minuto meu, porque eu quero investir meu 1º minuto falando da minha admiração pelo Conselho Estadual de Saúde daqui de Mato Grosso. Ele é feito de gente teimosa,

briguenta, que se magoa, depois ri; que se abraça, é feito de amigos que às vezes brigam “para caramba”. Mas não teve nenhuma vez que tenha vindo a um evento que os conselheiros não estivessem aqui, prontos para o que der e vier e eles estão aqui hoje também. Quero parabenizar e dizer que vocês realmente são muito especiais e tem uma equipe linda, um povo que trabalha Secretaria Executiva, um povo que trabalha na Ouvidoria não só pelo emprego, mas também pela paixão. O maior presente que vocês poderiam ganhar era ter as 141 Conferências municipais realizadas, pois pouquíssimos Estados conseguiram fazer isso e Conselho daqui conseguiu.

Quero começar com poesia e quem me encanta profundamente é Manoel de Barros. Ele tem uma citação que diz que: *“o saber se aprende na escola e a sabedoria só no cotidiano da vida”*. Tem muitas coisas de Participação e Controle Social que aprendi nos livros, mas foi à militância em Direitos Humanos meu melhor currículo para discutir este eixo da Conferência. No 1º dia o pessoal falava que esta Conferência tem um pouco a cara da oitava Conferência Nacional de Saúde, mas acho que ela tem um dedo a mais de história. Ela já está com o SUS em andamento e isso fez a gente muitas vezes repensar muitas coisas. Por exemplo, essa série de Pactuações que tem sido feitas entre os âmbitos de Governo, eu não quero colocar um novo “bode” no meio da sala. Nosso problema maior em Saúde, não é o Pacto da Saúde, ele é só uma ação do SUS e não vamos pegar toda nossa Conferência e virar para o Pacto da Saúde. O que colocado para nós, hoje, é o modelo de desenvolvimento que estamos inseridos, nós do Centro Oeste, celeiro de grãos e de gado.

A nossa cidadania no Controle Social não pode ser só na fiscalização. Considero que a nossa participação, a nossa presença já é bastante importante. Eu achei lindo o que uma conselheira disse ontem no almoço que ela fica lá olhando o extrato do banco para ver se caiu ou não dinheiro, corre atrás, não pagou os funcionários? Denuncie! Isto é uma parte do Conselho de Saúde que é acompanhar a Ação de Gestores de Saúde que às vezes ainda são predadores financeiros e não gestores públicos. Aí o Conselho fica completamente envolvido em acompanhar passo a passo da gestão. Fica difícil fazer Controle Social em Saúde quando as intenções da gestão não estão voltadas para o SUS funcionar.

Outro aspecto que também ainda é comum é o Conselho de Saúde se colocar para fiscalizar os trabalhadores. Esses tempos eu fui a um Conselho Municipal deste Estado e o pessoal estava lá fazendo plantão na porta do hospital porque tinha um médico que não queria atender. Então cada conselheiro fazia plantão na porta do

hospital. Essa prática vai dando aos conselheiros um poder e uma função que não é deles, mas também fico pensando: como resolver emergencialmente os problemas de atendimento aos doentes quando a situação é de barbárie e não há eco nem no Executivo e o Ministério Público não está acessível ou próximo... Fico pensando que essas práticas têm o aspecto de criação de heróis, mas não é a Participação e o Controle Social, isso é outra coisa.

Participar é fazer Controle Social, é fazer política, fazer política no sentido mais profundo da palavra que é tomar para nós, para nossas mãos o direito de discutir aquilo que é importante para a nossa Comunidade. É avançar para além do que está visto. É compreender a complexidade dos problemas e encontrar caminhos coletivamente. O Controle Social no SUS foi construído por nós, tem coisas que são jurídicas como os Conselhos e as Conferências. As Plenárias não são jurídicas, mas é nossa forma dos Conselhos de Saúde se encontrarem, mais que isso, os conselheiros se encontrarem, trocar experiências e avançar localmente.

Construímos também os fóruns não governamentais, em muitos lugares tem os Fóruns de Usuários, Fóruns de Trabalhadores, Fóruns de Organizações Não Governamentais. Esses espaços foram muito importantes no processo de implantação do SUS, mas o que é que efetivamente eles resolveram dentro do sistema? Ainda não conseguimos ter uma participação forte fora das instâncias do SUS e tão forte quanto dentro das instâncias do SUS. As Conferências de quatro em quatro anos, nos possibilitam um encontro e onde fazemos a avaliação das deliberações da Conferência passada? No nosso Conselho a gente Delibera e, por exemplo: *“todos os Conselhos aqui presentes, os 141 que estão na Conferência já tem a data marcada que vai fazer seu planejamento a partir de 2008 e vai cumprir tudo que a Conferência decidiu ou todo mundo veio para cá e já nem lembra mais o que gente decidiu na Conferência Municipal?”*

Um ponto fundamental da Participação da sociedade no Controle Social é que muitos colegiados foram se cristalizando. Nós temos uma situação cristalizada no estado do Mato Grosso que é a composição do Conselho Estadual e esta é a terceira Conferência que falo disso, então não tem mais problema e ninguém irá ficar mais bravo comigo porque na primeira ficaram. A composição do Conselho Estadual ela é de tal forma acertada na Lei que não permite a mobilidade de outras organizações para compor. *“Quando é que a gente vai rediscutir isso de tal forma que possamos criar a*

vitalidade da recomposição do Conselho?” Muitas organizações querem participar, outras poderiam sair um pouco, arejar o pensamento do que está colocado.

Outro dado interessante é que neste ano, nós fizemos 06 Conferências: Cidades, Mulher, Criança e Adolescente, Assistência, Saúde e Meio Ambiente. Estas Conferências foram setorizadas, segmentadas, às vezes no mesmo Município e no mesmo dia tiveram 02 Conferências e uma Conferência não conversava com a outra, uma discutia Agrotóxico e outra Câncer, como se Agrotóxico e Câncer não conversassem entre si. E a pauta dos Conselhos ainda discute só o Atendimento, a Ambulância, toda vez que fazemos esta pergunta: *quando foi a última vez que discutimos promoção de saúde?* Como é que o nosso Conselho Municipal Deliberou por Ações de Proteção, Promoção e Prevenção da Saúde, nós ainda fazemos controle sobre a rede de serviços e nem é sobre o SUS inteiro, fazemos controle sobre o posto de atendimento, exemplo: o Pronto Socorro de Cuiabá, presente em todas as Conferências. Mas a contaminação da água, o desmatamento, os metais pesados das áreas de garimpo, esses estão ficando cada vez mais perto de nós nos problemas e longe de nós nos Conselhos.

Essa Conferência é sobre a rede de atendimento, sobre o SUS ou sobre a saúde? Esta é a pergunta central que a gente tem que se fazer, *“de que Controle Social estamos falando?”* Na verdade a gente precisa trabalhar é no Controle Social do modelo de desenvolvimento. Estes dias eu estava aqui com um grupo de Mato Grosso e dizia para eles assim: olha o que nós viramos: nós da região centro oeste com exceção de Brasília, o nosso desenvolvimento é um desenvolvimento de um produto primário, aqui no Mato Grosso a exportação é de soja e de boi, a mão de obra é barata e uso dos Recursos Ambientais pouco fiscalizados e controlados. É o boi que precisa de 50 litros de água para cada quilo de carne, é a soja que precisa de 20 litros de água para cada ½ tonelada na exportação, ou seja nós exportamos água, terra e força humana, é este o modelo de desenvolvimento de Mato Grosso e o que é que sobra para nós? solo e ar degradados, a água finda, muitos rios secando e água contaminada. Eu sempre lembro aqui os trabalhadores exauridos, não tem como deixar de falar que o Mato Grosso é o 2º em trabalho escravo neste país, é preciso que se entenda isso e insira isso na nossa pauta ou isso não é um problema de saúde, o meu estado Mato Grosso do Sul é o 3º e o Pará e o 1º, parece que estamos até numa reta que vem o Pará, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, nós somos os três primeiros em trabalho escravo e aí vamos trabalhando nesta exaustão do nosso povo e não vamos vendo e essa pauta não entra nos Conselhos de

Saúde, nas Conferências, nas Plenárias, porque se olharmos a realidade vamos pensar na destilaria, no frigorífico, na siderúrgica e aí veremos que o 1% mais rico deste país tem 13% do PIB e o 50% mais pobre tem 14% do PIB, ou seja aquilo que o 1% tem os 14% de riqueza, os 50% mais pobres vão ter igual ao 1%. Então nós temos uma desigualdade no ponto vista do acesso a riqueza muito grande e essa desigualdade vai se engendrando na nossa cultura que muitos de nós começa a acreditar que está correta esta realidade. Ou, pior que isso apoiamos os projetos de concentração de riquezas e de expropriação da nossa riqueza humana e ambiental.

A cristalização das formas de participação também é uma forma de impossibilitar a visibilidade dos grupos sociais que são diferentes e que estão emergindo na busca dos seus Direitos. Uma invisibilidade que nós temos como exemplo são os povos indígenas. Aqui no Mato Grosso, exceção do Brasil inteiro, conseguiu-se uma Conferência de povos indígenas e vagas específicas para os grupos. Por isso neste Estado têm uma delegação de povos indígenas presentes na Conferência além daqueles que conseguiram sair Delegados nos municípios. No meio dos povos indígenas, no entanto, há uma invisibilidade das mulheres, elas sequer são vistas por nós, pelo nosso Sistema. Pessoas com Deficiência acho que vi três, os quilombolas, a gente tem majoritariamente uma presença branca, a presença dos negros ainda é muito pequena no nosso meio, as mulheres, os homossexuais, não sei quantos teriam aqui que verdadeiramente representam as Organizações de Homossexuais, os Trabalhadores Rurais, os Trabalhadores Informais, os Jovens, ou seja, tem populações que são invisíveis para o Sistema e por vezes até rechaçados, por exemplo: Migrante. Migrante é população que ninguém enxerga, quando eu falava com o pessoal de Rondonópolis sobre caminhoneiros, *“o que é que a gente irá fazer? Como vamos abordar? Que serviços temos a oferecer neste, que talvez seja o município brasileiro com maior índice de gente circulando para todas as partes do Brasil?”* Esta é uma população invisível para o Sistema embora ela traga extremo custo humano e econômico, mas invisível. As mulheres *“cuidadoras”* dos deficientes e dos velhos e tudo.

Esta cidadania que a gente quer construir é uma cidadania que se precisa articular a diferença. Conselho que todo mundo pensa igual é Conselho ruim. Conselho que não briga é Conselho ruim. A diferença é que faz criar e construir a cidadania. O Conselho que todo mundo concorda com tudo não é Conselho é um grupo de amigos não muito verdadeiros, já que amigos verdadeiros pensam e se expressam sobre suas diferenças. Conselho e grupo de amigos é diferente, podem ser todos amigos, mas na

hora de ser Conselho tem quereres diferentes, é necessário que o querer seja diferente, pois na verdade, é sempre necessário a voz dissonante. Em um concerto não se faz com todo mundo tocando o mesmo instrumento e sim com vários instrumentos diferentes e assim é o Conselho.

Nos primeiros anos do SUS, nós criamos tantos critérios para não entrar pilantras nos Conselhos que agora, nós mesmos estamos com problemas. Atualmente um dos critérios mais utilizados é que para participar dos Conselhos tem que ter CNPJ. Tem que ter Organização, Três Atas e mais não sei o quê. Ou seja, na hora de compor o Conselho, somente algumas Organizações conseguem compô-lo e aí a pergunta que se faz: com o é que o SUS esta garantindo visibilidade para os novos movimentos que estão surgindo e mesmo sendo legítimos, não querem se legalizar? Como os grupos de Patologias podem ser representados sem ter uma organização formal?

Na última Plenária que fizemos o que percebemos? Que lá no Município a maioria dos participantes dos Conselhos é de mulheres e quando chega aqui na Conferência Estadual o número de mulheres diminui. Na hora de eleger os Delegados para a etapa Nacional, vão mais homens do que mulheres, ou seja, a cada nova forma de escolha de representação você vai desequilibrando o número das atrizes sociais que estão na base de participação do SUS. A outra coisa que é muito interessante: começam ir para as Conferências aqueles que falam bem, aqueles que são mais tímidos, muito embora representem a população, acabam não sendo eleitos para os Fóruns de âmbitos mais abrangentes como os Nacionais.

Uma situação bastante visível no Mato Grosso é a participação das diversas realidades territoriais. Aquelas pessoas que moram em Colniza, Aripuanã, quando é que eles serão Conselheiros Estaduais? O Conselho Estadual será baseado no pensamento majoritário de quem está em Cuiabá. Como é que a gente descentraliza para que o Conselho Estadual seja efetivamente representante do conjunto dos problemas deste Estado, e além disso pensar nas Mulheres, nos Deficientes, nos Homossexuais, nos Negros, Índios dos diferentes povos, como é que a gente faz do Conselho o lugar de pensar Saúde na diversidade?

Ainda um ponto que temos que nos debruçar muito é sobre a democracia construída no interior dos Conselhos. Os Conselhos são verdadeiramente democráticos ou eles são aqueles Conselhos em que em muitas reuniões acontecem por meditação, telepatia: cada um fica em sua casa e assina a Ata depois da reunião do Conselho? Como podemos ter um Conselho democrático se ainda acontece como um conselheiro

me relatou ontem: as pessoas não sabiam onde estava o Prefeito para assinar o cheque do dinheiro para virem para Conferência, aí, na tesouraria da Prefeitura deram o cheque na mão dele e ele foi procurar o Prefeito, pois queriam dar só o dinheiro para vir e não o dinheiro de volta. O quê este conselheiro iria ficar fazendo aqui, só iam vir e não iam voltar, ou seja, do que é que estamos falando? Que dinheiro é este? E a importância de se lembrar: dinheiro público é dinheiro do povo e não é dinheiro do governo, dinheiro é sempre público e público se faz fazendo política para a gente ter mais condições de aferir garantias de que o bem estar e o acesso aos direitos sejam de todos e não apenas de um grupo.

Imaginemos que os problemas de funcionamento burocrático e de estrutura estivessem superados, ainda teríamos problemas em pensar quais são as Pautas dos nossos Conselhos. Quando chega o Plano Municipal, precisamos nos perguntar: do que adoecem e morrem as pessoas? Por que adoecem e morrem desses problemas? Essa segunda pergunta nunca é feita. Eu gosto muito de sempre fazer uma pergunta: quantos municípios dos 141 aqui presentes tem convênio com o Hospital de Barretos? Quantos? 50? 100? Quantos irão fazer convênio com o Hospital de Barretos para atender os que precisam de Tratamento de Câncer? Desses já conveniados ou que vão conveniar, quantos tem um Programa de Eliminação do Agrotóxico na sua região? Porque se não enfrentam o Agrotóxico, não vão enfrentar o câncer, senão faz uma coisa, não faz a outra. Quanto é que a gente investe para tratar o câncer, quanto é que a gente investe para prevenir e fazer saúde, se não fizermos esta dobradinha nós do Conselho estaremos brigando para um atendimento e teremos cada vez mais gente doente.

Então é preciso perguntar do que adoecem as pessoas? Como vivem? Como vacinam? Como trabalham? Quantas estradas têm? Como moram? Qual a contaminação do rio? Do ar e do solo, nem preciso falar disso porque muitos vivem em cidade cinza, imaginamos nós que moramos no centro oeste lindo e vivendo numa cidade cinza. Por que temos dengue? Por que temos acidentes de trânsito? Então conhecer a realidade não é responder assim: temos 5 casos de câncer no município, vamos fazer convênio com Hospital de Barretos. Temos 5 casos de câncer porque temos, quais foram os motivos que originaram estes casos? Como é que podemos prevenir para termos mais saúde? Essas perguntas precisam ser feitas e implicam em perceber que o Sistema de Saúde não se completa. Quem disser que a saúde é a melhor política do mundo está errado, a saúde sozinha não vai a lugar nenhum, o SUS sozinho não vai a lugar nenhum, precisamos trabalhar com a Saúde e Ambiente juntos, precisamos de Saúde e Previdência,

Saúde/Criança/Adolescente, Saúde e Assistência, ou seja, nós precisamos compreender que nós que estamos na batalha pela vida por meio SUS e precisamos ter a humildade de nos colocarmos com as outras políticas. Mais do que isso: de convidar as outras políticas para estar conosco. Fazer participação e controle social, não é uma luta contra ninguém. É a favor de nós mesmos. A favor de nossos filhos, de nossos netos.

Quando a questão do Meio Ambiente diz que o Meio Ambiente é um Direito desta e das futuras gerações, preservar o Meio Ambiente não é uma obrigação do pessoal da SEMA, do pessoal da Ong's Ambientalistas. É um dever nosso, porque a partir daí nós vamos garantir que nossos netos continuem a ver e sobreviver nesse Planeta. Mas mais do que isso, é mudar o paradigma de ser uma ativista do Movimento Sanitário. Para entender bem de SUS e querer fazer saúde, tem que ir além de tudo isso e ser um bom articulador. É articular com outras políticas. É pôr-se a caminho de conversar com outras políticas. Esse é o nosso grande desafio. E esse alimentar de sonho, nosso é porque acreditamos que num outro jeito de viver em sociedade, é possível. É possível enfrentar o Agrotóxico, é possível enfrentar o mercúrio, é possível enfrentar o desmatamento, é possível enfrentar o avanço da fronteira agrícola, é possível ter saúde. É possível sonhar. E um sonho e a utopia é o que nos faz viver e caminhar. Hoje é um dia de meditação, de sonho e de forró, hoje à noite. Obrigada.

Eufrásia Candorim

Em nome do Secretário de Saúde, cumprimento a mesa, cumprimento os delegados, convidados e observadores. Instigar o debate a respeito desse Eixo, não é tarefa muito fácil no sentido de que nós, militantes da saúde já somos naturalmente debatedores. Não é à toa que conseguimos construir esse Sistema Único que é tão universal, tão completo como já foi falado aqui, por diversas vezes. Mas a gente percebe que apesar de tudo o que nós conseguimos construir até agora, nós ainda possuímos grandes entraves. Nós não conseguimos efetivar na prática essa Participação Popular. A Participação infelizmente tem se construído em espaços, como a Conferência e os Conselhos. Não que isso seja ruim, porque através das Conferências e dos Conselhos de Saúde a gente consegue propor as Diretrizes, dizer o que a gente quer. Mas a gente precisava envolver mais atores. A gente precisava mobilizar a sociedade, realmente, de forma mais efetiva. E aí a gente pode estar buscando um conceito do que seria essa participação na administração pública. Seria o poder que a sociedade possui de intervir num processo decisório qualquer.

Enquanto nós não conseguirmos colocar em prática a efetividade do poder deliberativo, que tem os Conselhos de Saúde, nós não vamos realmente conseguir efetivar esse nosso direito humano à saúde. Infelizmente, a gente percebe que após 17 anos da Promulgação da Lei nº 8.142/90, a gente não conseguiu dar conta de efetivar o nosso papel enquanto conselheiro. Então nós devemos começar a questionar o porquê de nossa fragilidade. O porquê do não envolvimento da sociedade na busca pelos seus direitos. O palestrante que me antecedeu, falou muito bem. Nós temos uma Cartilha em que foram gastos recursos públicos para informar aos usuários sobre seus Direitos e essa Cartilha não consegue chegar às mãos dos usuários, para que eles a tenham embaixo do braço e a utilizem como uma norma, como uma orientação para ir à luta por seus direitos? Isso se deve à quê? Precisamos estar buscando algumas reflexões nesse sentido, nos deparamos, infelizmente, com Conselhos cartoriais, no sentido que os Conselhos funcionam somente porque a Gestão os pauta. Quando deveria ser o inverso: os Conselhos é que deveriam pautar e dizer quais discussões quer estar trazendo a partir de Diretrizes macro apontadas nas Conferências de Saúde. E isso se deve por conta de uma Legislação que remete à responsabilidade da existência dos Conselhos de Saúde para que venham recursos aos Municípios. Forçou a formação dos Conselhos de Saúde em todos os municípios, mas nós não vemos a efetividade desses Conselhos na prática. Nós precisamos refletir sobre isso também. O que devemos fazer? É culpa de quem? Dos gestores que não querem ser fiscalizados? Dos conselheiros que muitas vezes são Eleitos, Indicados, ou até Cooptados, e eu digo isso porque a gente vê em municípios pequenos uma relação muito próxima do cidadão com o político. Eles são Cooptados para estarem no Conselho fazendo aquilo que a gestão quer, e isso é complicado. Como é que vamos conseguir efetivar esse direito?

Outra coisa, a gente tem que responsabilizar e trazer esse debate como um todo. Porque num país que se diz democrático, não dá para admitir intervenções políticas, cooptações nos Conselhos de Saúde, porque senão a gente não vai conseguir realmente colocar em prática o nosso direito. A autonomia dos Conselhos precisa sair do papel. Se nós formos observar que de quatro em quatro anos nós temos propostas, dizendo: *“autonomia financeira para os Conselhos de Saúde...”* E a gente vem repetindo ao longo dos anos sem conseguir colocar esta proposta em prática.

O que fazer então, para conseguir essa autonomia financeira que a gente delibera ano após ano e continua refém ainda, dos gestores. Quando querem fazer funcionar, ótimo. Mas quando vêem o Conselho como inimigo, quando não tem

compreensão do que é o Controle Social, emperram nosso trabalho enquanto conselheiros.

Nós precisamos criar mecanismos de avaliar os resultados da Conferência. Não dá para gente participar das Conferências Nacionais, voltar para casa e não acompanhar se está sendo cumprido. E eu vou muito além dos Planos de Saúde. A lógica é: realizamos nossa Conferência, traçamos Diretrizes para o Plano de Saúde programando por quatro anos, temos o Relatório Anual de Gestão que os conselheiros usam para estar avaliando o que foi cumprido, ou não. E a se os conselheiros não conseguirem acompanhar nem isso. Se nós chegarmos ao Município e perguntarmos, *“você conhece o Relatório de Gestão do Conselho Municipal de Saúde, você sabe o que está sendo programado?”*, muitos conselheiros vão dizer que *“não”*. Porque a gente não tem isso como hábito. A gente não utiliza os Instrumentos de Gestão temos para acompanhar realmente se as Deliberações das nossas Conferências estão sendo cumpridas.

Eu convido os conselheiros, aqui reunidos, para exercitar esse papel. Isso é uma das formas que temos de avaliar que aquilo que foi definido aqui nas Conferências, está sendo cumprido. E esse convite, então, nos leva a outra reflexão: *“como está a relação dos conselheiros com a sua base?”*, *“Nós, que fomos colocados lá, no Conselho de Saúde, estamos garantindo a representatividade?”*, *“Estou no Conselho de Saúde dizendo o que eu penso ser melhor, ou eu estou discutindo lá, com o meu sindicato, com a minha entidade, antes da reunião do Conselho?”*, *“Será que isso é prática habitual ou a gente representa a nós mesmos, no Conselho?”* É preciso começar a pensar sobre isso, também. Muitas vezes, eu tenho boa vontade, mas nós sabemos que o conhecimento construído com mais pessoas, as propostas tem muito mais chances de dar certo.

Além disso, percebemos que há, infelizmente, espaços que deveriam ser de Usuários e Trabalhadores, sendo ocupados por Gestores. Se observarmos em muitos Estados, não sei aqui em Mato Grosso, que não conheço os Conselhos de Saúde, mas em outros Estados, pessoas que são ocupam cargos comissionados ligados ao governo, participam dos Conselhos de Saúde nas vagas disponibilizadas ao segmento de Usuários e de Trabalhadores. E aí eu pergunto: *“a quem esses conselheiros vão representar?”*, *“Será que no momento que houver um embate, uma divergência de opinião – salutar, como foram elencados anteriormente, aqui – a quem eu, conselheiro que ocupo a vaga de usuário, mas que tenha um vínculo com o governo, de cargo comissionado, a quem*

eu vou representar?”. Isso também precisa ser discutido. A representatividade, os lugares que ocupados nos Conselhos. É por isso que os espaços do Conselho, os espaços do Controle Social, eles sempre são ricos, porque eles sempre precisam das três visões dos segmentos. Para que quando tivermos a co-relação de forças, nenhum Segmento saia prejudicado. Não dá mais para aceitarmos que num país democrático de direito, gestores não acatem as deliberações do Conselho. Prova disso, e aí eu não vou muito longe, eu vou num exemplo que nós temos no Conselho Nacional de Saúde, quando nós discutimos em junho, um Projeto de Fundação Estatal, encaminhado para o Colegiado e à revelia do que foi decidido no Pleno do Conselho, o projeto foi encaminhado à Câmara e encontra-se tramitando, mesmo com o parecer contrário do Conselho Nacional de Saúde, dizendo que essa não era a modalidade de gestão que queremos. *“E o nosso posicionamento? Será que nós não temos condições de pensar no que é melhor para a gestão?”* E o Conselho Nacional não se furta a esse debate de modalidade de gestão, porque ele sabe que realmente o SUS enfrenta muitos problemas.

Em nome da Promoção à Saúde, da Prevenção que não temos conseguido avançar muito, então não adianta discutirmos Modelo de Gestão, sem discutir Modelo de Atenção. Não dá para colocarmos a culpa *no problema que está havendo hoje na saúde e nos trabalhadores da saúde que são muito comprometidos, que trabalham nos hospitais, nas unidades básicas de saúde, estão de casa em casa*, como é o caso dos agentes de saúde e agentes de endemias, e culpá-los como se fossem responsáveis pelo que está acontecendo hoje, infelizmente, com o nosso SUS.

Então precisamos colocar em prática o nosso papel de conselheiros de saúde, nós temos a Legislação e o Sistema Único que é universal, mas a gente não consegue exercer de fato o Controle Social. O Conselho de Saúde pode ser mais atuante, mais propositivo, mas se o gestor não quiser, não implementa e não incentiva os Conselhos, e isso nos deixa muitas vezes reféns. Mas graças a Deus que temos gestores que compreendem a necessidade do Controle Social ser parceiro nesse sentido. Nós reafirmamos o SUS como um dever do Estado, então ele deve ser público, inclusive na gestão e no gerenciamento das unidades públicas. Então eu convido os delegados a fazerem uma reflexão em torno dessa proposta sobre Fundação Estatal e colocar no seu relatório alguma deliberação nesse sentido.

Outro aspecto que precisamos observar é a relação do SUS com o Poder Judiciário. Infelizmente em alguns Estados, o Ministério Público vai contra as decisões

e as deliberações do Conselho por diversos motivos. Temos Estados que o Ministério Público “*chegou*” com uma liminar suspendendo uma Conferência, um Conselho Municipal de Saúde, dizendo que não é legítimo ou porque não está cumprindo uma determinação do prefeito, que na verdade não quer ver o Conselho funcionar. Então precisamos definir realmente como se vão dar essas relações. Mas em alguns Estados estamos conseguindo avançar no sentido de que o Ministério Público seja um mediador entre os conflitos que se tem entre os Conselhos de Saúde e a Gestão.

Como é que podemos garantir a democratização dos Conselhos de Saúde através da eleição do Presidente e dos seus Membros? Outra reflexão: “*Como agir quando o gestor não cumpre as Deliberações? Como fazer cumprir as Leis e as Normas que existem hoje no SUS? O que fazer então para diminuir a fragilidade da representação da sociedade e mobilizar pessoas para o interesse nas questões de Saúde? Enfim, como podemos na prática mobilizar a sociedade para Efetivar esse Direito humano à Saúde?*” E para concluir, porque percebemos que existem muitos entraves e muitos problemas, mas se estamos aqui é porque acreditamos que o Sistema Único de Saúde é o melhor sistema do mundo, é através dele que nós podemos garantir a qualidade de vida da população e, é por conta dele, inclusive, que nós existimos.

Então, para que possamos refletir, eu gostaria de deixar uma frase de Charles Chaplin que diz o seguinte: “***bom mesmo é ir à luta com determinação, abraçar a vida e viver com paixão. Perder com classe e vencer com ousadia, porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é muito para ser insignificante***”. Obrigada.

DEBATE EIXO TEMÁTICO III

Maria Luiza Bartmeyer Zanirato, conselheira estadual, Segmento Usuários: Boa tarde! Agradeço as pessoas que expuseram o tema, que enriqueceram, principalmente para nós que militamos nos Conselhos, e trouxeram reflexões que também são nossas e eu gostaria de provocá-los com mais algumas. Uma coisa que eu sempre me pergunto é por que o Conselho Estadual de Saúde não bloqueia as contas das Prefeituras que estão irregulares em relação à saúde. Não conseguimos fazer isso nunca. Temos o poder enquanto Conselho Estadual de Saúde de bloquear os recursos, mas não temos coragem de fazer isso. Segunda pergunta é sobre esse Controle que podemos ter ou não sobre a gestão. Parece que quando a gente vê o erro e chama atenção no Conselho de Saúde, o

gestor disse que nós não temos que nos intrometer na administração e que isso não é da nossa alçada. Então, até onde vai o Conselho, o Gestor e até onde um pode ser maior que o outro? Particularmente eu entendo que Conselho Estadual de Saúde é maior que o governo, mas, isso ainda não está na consciência dos representantes que integram o Conselho. Mas juridicamente e politicamente até onde vai esse poder dos Conselhos de Saúde?

Marcelí, do Segmento de Governo, município de Jacira: Boa tarde! Minha pergunta é dirigida ao Sr. Marco Antonio, quando ele diz que é nosso advogado, advogado da sociedade, representante do Ministério Público. Quando se fala em Relatório de Gestão, estive em alguns Municípios da região Sul de Mato Grosso e o que tenho observado, e eu faço parte do Conselho Municipal de Saúde, é que o Relatório de Gestão chega grosso, no fim do ano e é imposto aos conselheiros. Ou você aprova, ou corta os recursos. E quando o Conselho Municipal de Saúde não aprova, não acontece absolutamente nada, tudo continua do mesmo jeito. O que nós, conselheiros municipais de Saúde devemos fazer? Porque se encaminha o Relatório para o Escritório Regional de Saúde, nada se faz. Aí pergunto onde fica a credibilidade? Como não fiscalizar, participando? O que fazer? Outra pergunta, dirigida à Cândida e Estela Márcia, se fala muito em Controle Social e a Política de Educação Permanente para fortalecimento do Controle Social? Eu lembro muito das palavras do Gilson de Carvalho quando ele diz da Lei dos “Cinco E’s”: Educação para o Ministério Público, Educação para os gestores, Educação para o legislativo...onde estão eles? Nas Conferências Municipais de Saúde dava para contar quem de vereador estava. Aqui tem algum deputado? Algum vereador? Algum prefeito? Como vamos fazer essa Política de Educação Permanente para a sociedade, para os usuários e principalmente para os Conselheiros? Então a minha pergunta é quando vai haver uma concretização de uma Política de Educação Permanente para Fortalecer o Controle Social? Ainda tem mais uma pergunta: na Lei nº 8.142 já se fala no Gerenciamento do Recurso Público pela Secretaria Municipal de Saúde. O que não acontece, por que os prefeitos não deixam, visando votos. Como o Conselho agir para concretizar o que está nesta Lei?

Jean Carlos: eu vim mais para fazer um apelo à Plenária. A participação da sociedade na efetivação do direito à saúde. Agente já discutiu bastante e em algumas situações já estamos repetitivos e isso é bom até para que aprendamos. O apelo que quero dizer à Plenária é com relação ao que foi exposto pelos palestrantes aqui. Logo no início,

Marco Antonio Teixeira falou sobre o “*Humaniza SUS*” e trouxe uma informação: 35% dos brasileiros sabem o que significa a sigla SUS, portanto saber o que significa Sistema Único de Saúde é uma coisa. Imagina entender o Sistema. Para quem está aqui, sair entendendo um pouco mais do que é o SUS além de entender o que é a sigla. Foi falado também da efetividade das Conferências de Saúde. O que foi aprovado nas anteriores, o que está sendo aprovado nesta. Vamos acompanhar. Quem for representante, a gente já sabe que tem uma organização para mandar representante para Conferência Nacional, traz de volta para os seus Municípios e para a próxima Conferência. Ou capacita pessoas lá nos municípios. Sobre a contradição entre Leis e Diretrizes, seria importante o Judiciário estar presente em nossas Conferências. Fico feliz em ver conselheiros participativos, trabalhadores de saúde que ajudem nos seus PSF’s na atenção básica, no que for possível. Para concluir, Relatório de Gestão: tem que ser estudado na íntegra antes, não adianta só na hora que ele chega. Obrigado.

Dr. Marco Antonio:

Primeira: Porque os promotores não conseguem fazer o Governo aplicar o dinheiro da CPMF na Saúde? São duas questões. A primeira é essa. Eu quero dizer ao delegado que existe uma ação no sentido que o recurso integral seja canalizado na saúde. Essa é a boa notícia. A ruim é que esse tipo de Ação por mais significativa que seja não é daquelas que a nossa lei integre com caráter de urgência, como seria, por exemplo, um problema de réu preso que envolve a inviolabilidade do direito à liberdade. Esse tipo de Ação que tem um significado coletivo enorme, não anda na frente. Então essa Ação vai ficar na pilha do judiciário até que se decida.

A segunda questão inscrita, “por que os promotores não conseguem fazer com que os prefeitos cumpram a aplicação de recursos de modo coercitivo?” O nosso modelo de administração de saúde precisa ser pensado de forma muito clara: 1º) as pessoas moram nos municípios, se tiver que ajuizar algo contra alguém, o maior acionado sempre será o município, pois é onde as pessoas residem. Acionar o Estado ou a União, é difícil, depende de deslocamento, então há uma tendência muito clara nesse sentido. Então, os Municípios precisam se organizar, se são os mais ajuizados, porque se cobra deles a prestação à saúde do cidadão, não há contrapartida do Estado ou da União que permita o município cumprir seu dever. Na Lei Orgânica da Saúde Art. 18, entre União, Estados e Municípios, os que têm que prestar serviços à saúde diretamente, majoritariamente, é o Município. A União é a grande financiadora, mas é uma

subfinanciadora, porque remete muito menos recursos do que o necessário, além de inventar estratégias como a Desvinculação dos Recursos da União (DRU), e a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF). E o Estado tem essa crise de identidade: ele nem é um grande prestador de serviços diretos à população e nem é um grande financiador, ao contrário, o movimento que se detecta em relação a muitos Estados é o de se retrair mais ainda. Todos recordam no início do segundo governo do atual presidente da república, houve um documento engendrado no Paraná e assinado por muitos Estados, que reduzia o percentual dos estados devido à saúde de 12% para 10%. Portanto, os municípios se organizam, já que é deles que se cobra na Legislação e no Pacto pela Saúde é reforçado. Ou eles se organizam de forma a garantir os recursos previstos no próprio Pacto ou eles tenderão a ser crucificados e massacrados, pois não terão recursos para atender toda a demanda. Da Prof. Maria Luiza: da questão do Conselho bloquear as contas das prefeituras. Eu gostaria que isso fosse possível legalmente, mas não é, porque o Conselho de Saúde não é pessoa jurídica. Então não pode mover ação embora seja justo. O que o Conselho pode e deve fazer quando essa situação estiver instalada e não houver nenhuma possibilidade de entendimento, de composição com o gestor, encaminhar a questão ao Ministério Público, que poderá fazê-lo. Eu acho que os Conselhos de Saúde poderão evoluir dependendo da pressão política da sociedade para configurarem no futuro, como pessoa jurídica que possam ter autonomia para providências como essa. No momento dependem de uma intermediação que pode ser feita no caso, pelo Ministério público. A outra questão foi a seguinte: que ouviu de um Prefeito que o Conselho de Saúde não tem que se intrometer na administração. Dependendo do contexto, isso é correto ou não. Se o Conselho está se inserindo nos atos tipicamente gestão, ele não deve fazê-lo, pois cabe a ele a fiscalização. Eu não posso ser fiscal e ao mesmo tempo autor de ato de gestão. Há uma incompatibilidade lógica. Agora, se o gestor diz que o Conselho não pode se intrometer como fiscal, diz mal, pois esta é a função do Conselho: de fiscalizar. Com relação à Marcely, de Jaciara que citou o que eu disse sobre o Ministério Público ser advogado da sociedade. De fato isso é verdade, só que tem um problema. É um advogado que pouco fala nos Conselhos e precisa ser mais buscado. E com relação ao Relatório de Gestão que existe várias pressões, ou se aprova ou não vai vir uma série de recursos e a responsabilidade vai ser de vocês. Qual é o conselheiro que enfrenta essa questão? Que vai dizer não aprovo e na rua ser apontado como aquele responsável por não haver dinheiro na saúde e não ter médico. Isso é uma questão absurda. O que se

deve fazer numa situação como essa? Em primeiro lugar, se me chega um Relatório de Gestão com 24h de antecedência, e com volume muito grande e for impossível do ponto de vista material que se analise aquilo: que o Conselho ou conselheiro diga que não analisa porque o documento veio com 24h de antecedência e este Conselho sequer tem assessoria técnica para auxiliar os conselheiros. Exemplo, no Paraná, Plano de Saúde chegava ao Conselho Estadual com dois ou três dias de antecedência e era aquela correria para aprovar porque senão vai perder prazo, vai dar problema, vai perder dinheiro, não vai ter recurso, aquela coisa toda. Até que o Ministério Público entrou com uma Ação no Judiciário para obrigar o Gestor Estadual apresentar esse Plano com no mínimo 15 dias de antecedência. O que vocês não podem é receber documentos como relatório de Gestão, Plano de Saúde, o que seja sem ter nenhuma informação técnica que os auxiliem. Nem todos os conselheiros têm formação jurídica, não é verdade? Correndo o risco de serem irresponsáveis, porque se você assina tal documentação sem conhecer nas minúcias a procedência daquilo, pode ser taxado como irresponsável e se não assina pode ser chamado de omissor. A alternativa é mudar o jogo.

Estela Scandola: eu queria dizer que é difícil, mas o conselheiro tem que ser maluco e dizer: peço vistas nesse processo, ao invés de ficar correndo atrás de quem vai fazer o Plano ou Relatório, eles é que vão ter que vir atrás de você. Outra coisa que acho fantástica é percebermos que é possível o Conselho ter uma agenda. Tem que ter um calendário. E aí o gestor público se prepara para uma Agenda Propositiva. O que não dá é o Conselho não ter uma Agenda e aí toda hora tem uma demanda diferente e ninguém sabe qual é a próxima demanda. Mês de junho, os Conselheiros não têm que fazer mais nada a não ser discutir LDO e Lei Orçamentária. Fecha para balanço. O que fico pensando é quando o delegado de Vila Rica pergunta assim: *“olha, nós estamos falando em desigualdade social, de agrotóxico, etc... O que a gente pode fazer?”* Eu duvido que no Código Sanitário desse Estado não esteja escrito qual é o papel da Vigilância Sanitária em relação ao uso de Agrotóxicos. Então, nós já temos Legislação suficiente para dizer o que temos que fazer, mas acontece que pagamos no financiamento da saúde um valor enorme para assistência e a gente não vê com a mesma grandeza o papel da Vigilância em Saúde. Tem que colocar sim o papel da Vigilância em Saúde e que tem que prestar contas ao Conselho. O Conselho tem que saber o que está acontecendo. Então temos que fazer essas artimanhas, não tem jeito. Qual a outra questão que está

colocada e que acho que dá muito certo? Quando o Conselho de Saúde se reúne com o Conselho Municipal de Meio Ambiente, vocês podem traçar uma agenda comum e vê como é que as coisas irão ser encaminhadas. Conselheiro tem que ser articulador, visitar outros Conselhos, e assim vamos avançar. Jean Carlos duvido que alguém venha aqui e diga que conhece o que é o SUS. No SUS a gente conhece o que está mais próximo de nós. O SUS é tão grande, tão rico e tão complexo e tão cheio de coisa, que nós nunca vamos conhecer o SUS inteiro. Nós vamos conhecer a parte que está perto de nós. É por isso que precisamos fazer aproximações sucessivas para conseguir entender o que é isso. Marcely, eu sou contra fazer formação de conselheiro de saúde, só com o pessoal do Conselho de Saúde. Formação de Conselheiro de Saúde se faz reunindo todo mundo que quer entender do SUS. Então, formação se faz com todo mundo. Abrindo para comunidade conhecer o que é SUS e conhecer os Conselheiros. E no Pacto da Saúde tem meta. Pessoal, uma Conferência é feita de debates e decisões políticas e não apenas em documentos técnicos e palavras bonitas, então nesse momento quero dizer que é importante que no 3º eixo a gente consiga aprovar que essa Comissão de Monitoramento do Conselho Estadual terá condições de visitar todos os municípios, que ela vai ter condições de chamar pelo menos uma plenária geral por ano e uma semestral para que os conselheiros se encontrem, possam se confraternizar e criar energia, e sobre tudo possam construir um novo modelo de fazer saúde.

Marco Antonio: Espero que minha presença nesta Conferência, embora de uma forma modesta por conta de minhas limitações possam ao menos ter sinalizado para algo de alguma transcendência que é a presença da instituição Ministério Público que pode contribuir em algum momento naquela comarca, naquele município, para que o Controle Social seja feito com maior rigor e assim sendo melhor atendendo aos cidadãos daquela região. Espero que minha presença tenha tido um significado maior de semear na mente dos senhores essa possibilidade. Vocês não estão sozinhos nessa luta pela efetivação do Sistema Único de Saúde.

Eufrásia Candorim: Agradeço ao convite e gostaria de lembrar que o Conselho Nacional aprovou as Diretrizes Nacionais para Educação Permanente para o Controle Social, na lógica de que essa Educação Permanente venha a partir das necessidades dos Conselhos, das instituições por município, a partir da realidade. A gente não pensa mais naqueles Cursos em que se tem um material para todo o Brasil sem considerar as necessidades de cada região. E essa proposta estará sendo melhor implementada a partir

do próximo ano, por conta de que este ano o Conselho está focando mais na Conferência de Saúde. Estou à disposição, lá no Conselho Nacional, e espero ter contribuído um pouquinho com o debate.

Augustinho Moro: Desculpas por não haver chegado desde o início. Perdi a fala do Dr. Marco Antônio, mas pude presenciar a fala da Dra. Estela Márcia e Eufrásia. Acredito que esse momento nos leva muito à reflexão de que precisamos discutir mais os problemas da comunidade junto a ela. Falo por isso porque recebo muitos encaminhamentos, inclusive nesta manhã, que não querem se identificar. Isso é preocupante. Nós precisamos acionar os vereadores lá do município, precisamos envolver o Legislativo, os deputados da região. Porque só os gestores municipais e estaduais que têm que executar as Políticas Públicas de Saúde? Se não tivermos envolvimento como um todo, ficamos sempre na berlinda. Quero dizer que existem coisas positivas, como vimos na abertura da Conferência, temos 141 Conselhos Municipais cadastrados em Mato Grosso junto ao Conselho Nacional. Significa que todos os municípios têm Conselhos implantados. Precisamos fazer funcionar, e chamo a atenção para a importância de estarem todos vendo junto aos municípios, se o Fundo Municipal de Saúde está efetivamente criado, se ele está recebendo os recursos da saúde até para uma melhor visualização disso. Então são pontos importantes no retorno de vocês, estarem se mobilizando porque isso ajuda a gestão municipal da saúde e a nós aqui, também. Se nós temos dificuldade aqui, imagine como é que é lá há 1000, 1300 km. A situação é complicada. Eu tenho andado pelo Estado, é difícil. Mas temos que erguer a cabeça e acredito que desse evento aqui, inúmeros encaminhamentos positivos vão sair para que a gente possa estar avançando. Obrigado.

PROPOSTAS APROVADAS PARA ESTADUAL E NACIONAL

Propostas Estaduais Eixo I

1. Promover Pactuações Interestaduais considerando o Sistema Único de Saúde; *(aprovada)*
2. Que a União, Estado e Municípios apliquem 15% da arrecadação na saúde, visando fortalecer os Municípios. *(aprovada)*
3. Que a União, Estado e Municípios fomentem maior repasse aos PSF's e Atenção Básica. *(aprovada)*
4. Que o SUS assegure aos pacientes indígenas, em tratamento médico-hospitalar, a presença do pajé quando solicitado pelos seus responsáveis; *(aprovada)*
5. Viabilizar a inserção contínua na mídia de informações sobre ações e serviços do SUS, contemplando com valores para cada programa repassados aos Municípios e Estados, direitos e deveres dos usuários e profissionais, assegurando espaço para etnias e demais grupos; *(aprovada)*
6. Implementar a Política de Prevenção, Integração e Reintegração dos “pessoas com deficiências”; transplantados; portadores de patologias especiais e de transtornos mentais. *(aprovada)*
7. Que a SES disponibilize no seu site, informações mensais atualizadas sobre os repasses de recursos Estaduais aos Municípios; *(aprovada)*
8. Propor ao Estado que o **Projeto Saúde + Educação = Protegendo Vidas**, seja inserido na Política de Educação em Saúde Estadual. *(aprovada)*
9. Qualificar os componentes do Conselho Municipal de Saúde para monitorar e avaliar a qualidade da Atenção à Saúde prestada pelos serviços públicos e privados no Estado. *(aprovada)*
10. Que a Secretaria Estadual de Saúde (SES) através da Escola de Saúde Pública (ESP) e as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) ofereçam Educação Permanente em Saúde aos três segmentos (Gestores, Trabalhadores e Usuários) seguindo a Diretriz da Descentralização. *(aprovada)*
11. Que o Governo Federal, Estadual e Municipal possam implementar as Políticas de Reabilitação com especial atenção à Formação de Equipes multiprofissionais com caráter interdisciplinar, ampliando a acessibilidade ao transporte, serviços e insumos às pessoas com deficiência; *(aprovada)*
12. Que a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) garantam transporte (ida e volta), alimentação e hospedagem para pacientes e acompanhantes quando necessário em Tratamento Fora de Domicílio; *(aprovada)*
13. Que a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) fortaleçam as ações de Promoção e Prevenção ao Controle do Consumo de Alcool, Drogas e de Exploração Infante – juvenil, por meio de convênios e parcerias com Instituições Públicas e Privadas, Ong's e outras entidades similares. *(aprovada)*

Propostas Estaduais Do Eixo II

1. Implantar Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST's) e Unidades Sentinelas nos Municípios do Estado; *(aprovado)*
2. Que a União, Estado e Municípios reavaliem os recursos destinados à Assistência Farmacêutica estendida aos PSFs; *(aprovado)*

3. Implementar o Cartão SUS, como mecanismo de Controle de Regulação das Ações do Município. *(aprovado)*
4. Garantir o repasse contínuo aos Municípios, dos medicamentos para Diabetes, Hanseníase, Tuberculose, HIV/AIDS, Transtornos Mentais, HAS, Renais e Transplantados. *(aprovado)*
5. Implementar os procedimentos médicos anticonceptivos (vasectomia, DIU e laqueaduras) nos Hospitais Municipais, *(aprovado)*
6. Fortalecer o papel dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no caráter de complementaridade do Sistema, obedecendo os critérios epidemiológicos regionais. *(aprovado)*
7. Que a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) garantam o retorno oportuno dos resultados de exames de média e alta complexidade aos usuários do SUS através dos LAREN's. *(aprovado)*
8. Garantir a Descentralização das análises laboratoriais para doenças e agravos de interesse da Vigilância Epidemiológica e Sanitária. *(aprovado)*
9. Que a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) fomentem a implantação da Política de Humanização do SUS nos serviços públicos e privados de saúde. *(aprovado)*
10. Aquisição de medicamentos pelo Estado e descentralizar a distribuição de medicamentos de excepcionais para os Escritórios Regionais. *(aprovado)*
11. Estruturar os Escritórios Regionais de Saúde (ERS's) para melhorar o suporte aos Municípios. *(aprovado)*
12. Implementar Políticas de Prevenção e Fiscalização da Segurança do Trabalho. *(aprovado)*
13. Realizar Auditoria Externa nos serviços dos Consórcios Intermunicipais e Hospitais Regionais visando à garantia da eficiência e efetividade na publicização dos resultados à sociedade. *(aprovado)*
14. Rever e cumprir a normatização quanto ao número de famílias por PSF tanto urbano quanto rural. *(aprovado)*
15. Garantir que seja cumprida a normatização pelo INCRA e INTERMAT para as famílias assentadas e quilombolas. *(aprovado)*
16. Que a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) invistam na implantação de Centros Regionais para dependentes químicos por meio de parcerias com instituições governamentais, não governamentais e iniciativa privada. *(aprovado)*
17. Fortalecer CIB Regional com maior apoio do Estado nas negociações. *(aprovado)*
18. Melhorar e garantir a manutenção e infra-estrutura física e tecnológica e de Recursos Humanos dos Hospitais Regionais e Municipais de Referência Regional. *(aprovado)*
19. Ampliar o número de vagas nas Centrais de Regulação e garantir o acesso dos usuários através do SISREG, bem como coibir e punir as práticas de favorecimento de pequenos grupos. *(aprovado)*
20. Que a SES auxilie, supervisione e as SMS viabilizem a implantação de CAPS, residência terapêutica, Hospital – Dia e Ambulatório de Saúde como serviços substitutivos para diagnóstico, tratamento e reinserção social da pessoa com distúrbio mental e/ou usuários de álcool e/ou drogas. *(aprovado)*
21. Efetivar parcerias entre a Secretaria Estadual e Municipais de Saúde, MPE, TCE, através de mesa de negociação contínua, referentes às demandas do SUS. *(aprovado)*

22. Criar mecanismos para que gestores Municipais adotem a Estratégia de Saúde da Família como instrumento de efetivação da Atenção Básica, priorizando a cobertura das áreas rurais. *(aprovado)*
23. Efetivar a realização das cirurgias reparadoras para tratamento de lipodistrofia/lipoatrofia em PVHA, bem como os procedimentos e insumos (medicamentos, órteses e próteses) necessárias para tratamento das seqüelas, doenças oportunistas, mediante protocolo de base multidisciplinar. *(aprovado)*
24. Implementar a Política de Prevenção do Câncer de Próstata, através da inclusão na rotina nas unidades de saúde o exame de PSA, com suporte de diagnóstico e tratamento garantindo assim a referência e contra referência. *(aprovado)*
25. Estabelecer rede de referencia e contra referencia em Saúde Mental. *(aprovado)*
26. Viabilizar junto ao ERS/SES e Secretários Municipais a Implantação do Consórcio de Saúde da Baixada Cuiabana, como estratégia para viabilizar referência de Alta e Média Complexidade e outras ações que pode ser contempladas através do Consórcio. *(aprovado)*
27. Ampliar e garantir na Rede SUS a referência para internação de pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA), e qualificar um maior número de profissionais de saúde que irão emitir o laudo e assumir o paciente no serviço secundário e/ou terciário (SAE/Hospitais) e implantar CTA's nos Municípios de Mato Grosso. *(aprovado)*
28. Implantar e estruturar o serviço de transplante sensibilizando a população para doação de órgãos para atender transplantes no Estado. *(aprovado)*
29. Que a Secretaria de Estado da Saúde /CRIDAC, agilize o processo de liberação dos pedidos de prótese e órteses, aparelhos auditivos, delegando a função de análise e deferimento da solicitação aos profissionais reguladores dos Escritórios Regionais. *(aprovado)*
30. Promover desburocratização no Sistema de atendimento no setor de regulação para os usuários do SUS. *(aprovado)*
31. Garantir equipamentos Hospitalares Básicos (Raio-X, Ultrassonografia, ECG) e laboratórios nos Hospitais Municipais de pequeno porte de acordo com o Plano Diretor de Investimento – PDI. E os Municípios de pequeno porte que não dispõem, desta referência e considerando as especificidades do Estado, elaborar Projeto para Implantação de Pronto Atendimento. *(aprovado)*
32. Que a Secretaria de Estado de Saúde tenha autonomia para realização das suas licitações independente da Secretaria de Administração do Estado de Mato Grosso. *(aprovado)*
33. Que o Ministério da Saúde e o Estado garantam ambulância para 100% dos Municípios e UTI móvel para os Hospitais Regionais e/ou referência. *(aprovado)*
34. Garantir e ampliar os serviços oferecidos pelo Centro de Nefrologia. *(aprovado)*
35. Garantir agilidade na manutenção preventiva e corretiva dos aparelhos dos Hospitais Regionais e outros que estão sobre a responsabilidade do Estado. *(aprovado)*
36. Efetivar a implantação e garantia de funcionamento da UTI Neonatal em Hospitais Regionais e Municipais de referência. *(aprovada)*
37. Garantir melhoria de trabalho para os Agentes Comunitários de Saúde disponibilizando motocicletas para os ACS que trabalham na zona rural. *(aprovado)*
38. Fortalecer a formação profissional do nível técnico do SUS, de acordo com preceitos do Art. nº 200, inciso 2º da Constituição Federal. *(aprovado)*

39. Descentralizar as ações a ESP/MT, de acordo com as peculiaridades Regionais. *(aprovado)*
40. Implementar, implantar e assegurar a realização de forma efetiva de exames de diagnóstico (laboratório e imagens), inclusive a 2º etapa do teste do pezinho, mediante as exigências, do protocolo de assistência, assim como capacitar os profissionais que atuam nessa área com a finalidade de garantir o atendimento de qualidade, resolutivo e humanizado aos usuários do SUS. *(aprovado)*
41. Inclusão de diagnóstico em doenças genéticas com serviço de aconselhamento e sistema de referência para acompanhamento pelo SUS. *(aprovado)*
42. Descentralização com construção e manutenção com qualidade de Centros de Ação Integrada Regionais para pessoa com deficiência e acompanhante com a participação direta e indiretamente das 03 esferas (com dormitório, refeitório, consultórios médicos, Ortopedia, Fonoaudiologia, Neurologia, Psicologia, Odontologia, Terapia Ocupacional, Nutricionista, Fisioterapia, Assistente Social, Pediatria, área de convivência, auditório, biblioteca, sala para oficinas, múltiplo – uso). *(aprovado)*
43. Que se crie mecanismos punição para os profissionais médicos que não cumprirem carga horária e não atenderem os pacientes de forma humanizada. *(aprovado)*
44. Que a União, Estado e Municípios aumentem o teto financeiro da Vigilância em Saúde (TFVS) e fomentem a implantação de infra- estrutura e equipe de Vigilância em Saúde. *(aprovada)*
45. Criar um Centro de Estudos e Aconselhamento Genético. *(aprovado)*
46. Assegurar o atendimento de média e alta complexidade aos Municípios do Estado. *(aprovado)*
47. Implantar/ implementar um Plano de Cargos Carreiras e Salários no Estado revendo em caráter de urgência a lei nº 8269/04; e nos Municípios adequando os planos já existentes às diretrizes do PCCS/SUS de acordo com a Portaria GM nº 1.318/2007. *(aprovado)*
48. Que o Ministério da Saúde, a SES e os Municípios criem mecanismos para pôr em funcionamentos todos os leitos de UTI já instalados no Estado e capacitação dos profissionais. *(aprovado)*
49. Reestruturação (melhorar a capacidade instalada) do Centro de Tratamento de Queimados - CTQ de referência Estadual com financiamento Estadual e Federal. *(aprovado)*
50. Ofertar aos Agentes Comunitários de Saúde e de endemias, Cursos Nível Técnico. *(aprovado)*

Recomendações Eixo II

1. Cumprir com as metas pactuadas no Pacto pela Saúde, com punições cabíveis quando não atingidas.
2. Implementar as ações da saúde e demais Políticas Públicas junto com a Pastoral da Criança e Saúde Popular.
3. Lutar por Política Nacional e Estadual que garanta recurso financeiro para implantação de rede de esgoto, pavimentação urbana para Municípios de pequenos porte.
4. Investir os recursos Municipais, Estadual e Federal em programas de lazer e esporte que visem à qualidade de vida.

5. Que o Estado e a União cumpram com seus percentuais obrigatórios a serem investidos na saúde.
6. Propor verbas específica para proteção das Matas Ciliares.
7. Viabilização de tomógrafo para atender o norte de Mato Grosso com instalação no Hospital Regional de Colíder.

Propostas Estaduais Eixo III

1. Criação de Fóruns Permanentes de discussão e articulação dos Conselhos Municipal e Estadual com Encontros semestrais ordinários. *(aprovado)*
2. Garantir dotação orçamentária fundo a fundo Governo Federal para o Fundo Municipal de Saúde para o desenvolvimento de atividades dos Conselhos Municipais com responsabilidade de prestação de contas pelas Secretarias Municipais de Saúde. *(aprovado)*
3. Estimular a articulação sistemática entre Conselhos/Conselheiros de Saúde e Sociedade Civil, abrindo suas reuniões à população, demonstrando publicamente a execução de seus gastos e suas ações. *(aprovado)*
4. Que a SES através da ESP, CES, CMS e as SMS garantam a realização da Política de Educação Permanente para conselheiros e agentes sociais para que conheçam suas atribuições e exerçam melhor sua autonomia, com participação nas decisões que lhes competem, em parceria com entidades governamentais e privadas. *(aprovado)*
5. Fomentar articulação Regional dos Conselhos Municipais de Saúde e garantir no CES para representações regionais de maneira paritária. *(aprovado)*
6. Melhorar a divulgação sobre os Conselhos de Saúde a nível Estadual e Municipal. *(aprovado)*
7. Realização de Conferências Regionais para o fortalecimento das propostas Municipais. *(aprovado)*
8. Efetivar as propostas da Conferência. *(aprovado)*
9. Que a Ouvidoria Estadual tenha um 0800. *(aprovado)*
10. Que seja garantida 01 (uma) vaga de representante indígena de Mato Grosso para participar da 13ª Conferência Nacional de Saúde. *(aprovado)*
11. Reestruturar a Legislação para que o Presidente do Conselho Estadual e Municipal seja qualquer Conselheiro eleito.
12. Que o Conselho Estadual de Saúde e os demais Conselhos questionem o uso indevido (objeto) da imagem da mulher e da criança (apelo sexual, uso de drogas lícitas na mídia).
13. Considerando saúde como resultante de um conjunto de ações intersetoriais que os Conselhos de Saúde liberem quanto à formatação, ao conteúdo e ao uso de estratégias de comunicação e informação em Escolas de Ensino Infantil, fundamental e ensino médio, promovendo e integrando nos Programas Escolares relacionados ao Direito Universal a Saúde ao funcionamento do SUS.
14. Rever os critérios de representação dos Conselhos, garantindo maior legitimidade através de eleições dos representantes seguidos limitando os mandatos consecutivos de pessoas e entidades, promovendo assim o revezamento democrático das representações nos Conselhos.
15. Garantir a qualidade da representação do segmento dos trabalhadores, através do cumprimento dos 25% dos representantes, conforme preconiza Resolução Federal nº 333/2003.

16. Reestruturação da Comissão de Monitoramento do Conselho Estadual de Saúde, cujo *objetivo deve ser de Monitorar a Política de Saúde do Estado e articular com o Município para qualificar os Conselheiros Municipais para revisão do conceito de monitoramento e acompanhamento.*
17. Que a representatividade do Conselho Estadual contemple assento conforme Regionalização/MT e a escolha dos membros seja através de Fóruns Municipais.

Recomendações Eixo III

1. Criar mecanismos de punição aos Municípios e Empresas Privadas que não derem ênfase em saneamento básico e não efetivar o controle de qualidade da água mensal conforme a Legislação vigente. *(aprovado)*
2. Garantir parceria com o Governo Federal para pavimentação da Rodovia MT 100. *(aprovado)*
3. Garantir parceria com o Governo Federal e Estadual para pavimentação asfáltica em todas as estradas Municipais Estaduais e Federais de Mato Grosso *(aprovado)*
4. Promover reuniões de sensibilização em parceria com o Conselho Municipal, Estadual e Federal de Saúde com as entidades que possuem sua representação assegurada no regimento interno do Conselho Municipal de Saúde. *(aprovado)*
5. Integrar e introduzir Saúde e Educação (SUS), na grade curricular de todos os níveis de formação, objetivando a conscientização dos cidadãos. *(aprovado)*
6. Recomendar à Secretaria de Segurança Pública a garantia de segurança nas Unidades de Saúde, principalmente aquelas que atendam o período noturno. *(aprovado)*
7. Implantação de Ouvidorias Regionais e Municipais. *(aprovado)*
8. Resolver a questão dos usuários da linha 45 que tem dificuldade de acesso ao seu Município (Novo Mundo/Rondônia). *(aprovado)*

Propostas aprovadas na 6ª Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso no período de 07 a 10/10/2007

Nacional - Eixo I

Parte 1

1. Que os Estados e a União promovam a Pactuação Interestadual e Internacional entre Municípios de Fronteira.
2. Que a União, Estados e Municípios apliquem 15% da arrecadação na saúde, visando fortalecer os Municípios.
3. Que a União, Estados e Municípios fomentem maior repasse aos PSFs e Atenção Básica.
4. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal divulguem as Leis que regem a defesa do meio ambiente e punam com rigor os infratores.
5. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal respeitem as decisões deliberadas nos Conselhos de Saúde, sejam eles indígenas ou não indígenas.

Parte 2

1. Que a União implemente a Política de Prevenção, Integração e Reintegração das pessoas com deficiências, transplantados, portadores de patologias especiais e de transtornos mentais.
2. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal implementem as Políticas de Reabilitação com especial atenção à formação de equipes multiprofissionais com caráter interdisciplinar, ampliando a acessibilidade ao transporte, serviços e insumos às pessoas com deficiência.
3. Que a União amplie incentivo para a Educação em Saúde com repasse direto aos Municípios.
4. Que o Ministério da Saúde garanta recursos para estruturação, reestruturação e manutenção física e de equipamentos das Unidades de Saúde, de acordo com as necessidades e especificidades da Micro-Região.

Parte 3

1. Que o SUS assegure aos pacientes indígenas em tratamento médico-hospitalar, a presença do pajé quando solicitado pelos seus responsáveis.
2. Que a União viabilize a inserção contínua na mídia de informações sobre ações e serviços do SUS, divulgando os valores repassados por programa aos Estados e Municípios, bem como os direitos e deveres dos Usuários e Profissionais, assegurando espaço para etnias e demais grupos.
3. Que a FUNASA disponibilize às Secretarias Municipais de Saúde dados e informações sobre os principais agravos que acometem a população indígena.
4. Que o Ministério da Saúde acelere a emissão/entrega do Cartão Nacional de Saúde.
5. Que o Governo Federal desvincule recursos da saúde destinados aos povos indígenas Nhambiquara da Coordenação de Rondônia para o Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá - Mato Grosso.
6. Que o ESAI/CORE's/DSEI's/CONDI's redefinam geograficamente, em conjunto com as comunidades indígenas (em especial a etnia Nhambiquara do Município de Comodoro, no Estado de Mato Grosso), quais CORE's e DSEI's prestarão atendimento de saúde a essa população.
7. Que o Ministério da Saúde reduza o número de habitantes para implantação do CAPs.

8. Que o Governo Federal garanta autonomia administrativa e financeira aos DSEI's.
9. Que o Governo Federal garanta recursos para segurança alimentar dos povos indígenas.
10. Que o Poder Legislativo apresente as Emendas Parlamentares, considerando os pareceres dos Conselhos de Saúde ou de audiências públicas.
11. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal divulguem as ações realizadas pelo SUS de forma contínua.
12. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal estabeleçam parcerias e/ou convênios com instituições governamentais e não-governamentais, como CONAB, para controle da desnutrição e carência alimentar infantil.
13. Que as Universidades e Escolas Públicas e Privadas privilegiem, nas respectivas matrizes curriculares, a Saúde Pública no Brasil.
14. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal adotem medidas para a diminuição do desemprego.
15. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal garantam a melhoria das rodovias para facilitar o acesso aos serviços de saúde.
16. Que o Governo Federal crie programas de incentivo para produção de hortas comunitárias visando a melhoria da qualidade de vida.
17. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal adotem a apresentação do Cartão de Vacinação atualizado, como critério para a matrícula das crianças, tanto na rede pública quanto na privada.
18. Que o Governo Federal garanta ao assegurado do INSS em tratamento pelo SUS, o direito ao benefício, sem a suspensão por dependência de exame ou cirurgias.
19. Que o Governo Federal garanta a estrutura necessária para a manutenção e conservação das atividades do saneamento básico nas aldeias indígenas.

Nacional - Eixo II

Parte 1

1. Que o Governo Federal e o Senado garantam a aprovação do Projeto de Lei Complementar nº. 01/2003 que regulamenta a Emenda Constitucional 29.
2. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal implantem Comissões Interinstitucionais de Saúde do Trabalhador e Unidades Sentinelas nos Municípios do Estado.
3. Que o Governo Federal amplie o repasse do Teto Financeiro da Vigilância em Saúde para os Municípios da Amazônia Legal.
4. Que o Governo Federal aumente o valor da remuneração nas tabelas SUS, e garanta que os valores sejam pagos de acordo com a complexidade e o custo dos procedimentos.
5. Que o Governo Federal atualize os recursos *per capita* e o Censo Populacional conforme o número real de habitantes do Município.
6. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal garantam o repasse de 5% da arrecadação dos Planos de Saúde particular para o SUS.
7. Que o Governo Federal assegure aos Municípios a integralidade do repasse fundo a fundo da CPMF, fundo perdido e ICMS a ser aplicado na saúde.
8. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal disponibilizem recursos financeiros e tecnológicos para atendimentos odontológicos de média complexidade à população indígena, como exemplo disponibilização de prótese e tratamento de canal.

9. Que o Governo Federal disponibilize, através da FUNASA/DSEI, recursos financeiros para aquisição de frota de veículos para traslado dos EMSI, para o desenvolvimento das ações básicas de saúde em áreas indígenas.
10. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal criem mecanismos para apurar responsabilidade civil e criminal dos infratores das leis de trânsito, trabalhistas etc.
11. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal invistam em saneamento básico em todo país até o ano de 2011.
12. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal implemente as ações da saúde e demais Políticas Públicas junto com a pastoral da criança e saúde popular.
13. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal lutem por uma Política que garanta recurso financeiro para implantação de rede de esgoto, pavimentação urbana para Municípios de pequeno porte.
14. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal invistam em programas de lazer e esporte que visem à qualidade de vida.
15. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal cumpram com seus percentuais obrigatórios a serem investidos na saúde.
16. Que o Ministério Público acompanhe o repasse das verbas para saúde nas três esferas de Governo e adote as medidas cabíveis quando não houver cumprimento.
17. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal assegurem recursos para abertura e conservação de estradas.
18. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal garantam/disponibilizem perícia médica nas Regionais atendendo os Municípios.
19. Que o Governo Federal proponha que o aluno contemplado com o financiamento do FIES, preste serviços em locais com escassez de profissionais por um período igual ao tempo do recebimento do mesmo.
20. Que o Governo Federal agilize a liberação do cadastro bolsa família.
21. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal garantam investimentos para o reflorestamento das margens do rio areia.
22. Que os Governos Federal, Estadual criem incentivos nos Municípios do Nortão do Mato Grosso para que se instalem indústrias que proporcionem melhorias tanto na qualidade de vida como na opção de renda para população.
23. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal garantam incentivos para população de baixa renda, com problemas de saneamento básico.
24. Que o Governo Federal implante Delegacias Regionais do Trabalho conforme os critérios exigidos.
25. O Plenário da 6ª Conferência Estadual de Saúde do Mato Grosso posiciona-se contrário ao Projeto da Lei Complementar 092/07 que cria as Fundações Públicas de Direito Privado na área de saúde.

Parte 2

1. Que a União reavalie os recursos destinados à Assistência Farmacêutica.
2. Que o Governo Federal garanta a efetivação do Cartão SUS como mecanismo de controle de regulação das ações dos Municípios.
3. Que os Governos Federal e Estadual garantam aos Municípios o repasse contínuo dos medicamentos para diabetes, hanseníase, tuberculose, HIV/aids, transtornos mentais, has, renais e transplantados.
4. Que o Governo Federal reveja e cumpra a normatização quanto ao número de famílias por PSF, tanto urbano quanto rural.

5. Que os Governos Federal e Estadual implantem e estruturem o serviço de transplante, sensibilizando a população para doação de órgãos para atender transplantes nos Estados.
6. Que o Governo Federal aumente o valor *per capita* do piso da Atenção Básica aos Municípios.
7. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal garantam incentivo financeiro aos profissionais que trabalham no interior.
8. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal garantam a Assistência à Saúde Indígena.
9. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal ampliem os repasses para a Atenção Básica, visando o fortalecimento das ações de prevenção e a qualificação profissional.
10. Que o Governo Federal acrescente medicamentos à lista da Política Nacional da Farmácia Básica e de alto custo e reavalie os valores *per capita*.
11. Que o Governo Federal implante Programa de Interiorização do Médico especialista, visando a fixação do profissional.
12. Que o Governo Federal determine prazo aos Municípios para a execução da Lei Complementar 11.350 e Emenda Constitucional 51, como também garantir a permanência do Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate a Endemias, que já estavam atuando na data da publicação.
13. Que o Governo Federal garanta a permanência de profissionais em áreas indígenas (PSF indígena) e melhoria das condições de trabalho, visando melhor qualidade na assistência prestada.
14. Que o Governo Federal reveja a portaria que regulamenta a aquisição de equipamentos de USG e outros, dando oportunidade a Municípios com menos de 20.000 habitantes.
15. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal cumpram a proposta feita na 12ª CNS que trata da implantação da Saúde Bucal em todas as equipes do PSF.
16. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal ampliem o número de aih's para os Hospitais credenciados junto ao SUS.
17. Que o Governo Federal destine os recursos financeiros para contratação de recursos humanos da área de saúde para Atenção Básica em área indígena para os DSEIs, criando assim, o Fundo Nacional e Distrital de Saúde Indígena, gerido pela FUNASA.
18. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal garantam condições de trabalho adequadas (salário digno, recursos humanos suficientes, equipamentos de proteção individual (EPI), uniformes, materiais e espaço físico) a todos os trabalhadores do SUS.

Parte 3

1. Que o Governo Federal garanta a assinatura do Pacto do Plano de Política para Mulheres.
2. Que o Governo Federal viabilize o auxílio da base aérea do cachimbo nas necessidades de UTI aérea da região.
3. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal garantam a participação de representantes indígenas dos CONDI's, Fórum de Presidentes, nas Conferências Nacional, Estadual e Municipal, para continuidade nas discussões sobre o Pacto pela Saúde.
4. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal respeitem os rituais dos povos indígenas integrando-os à Política Nacional de Saúde.

5. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal garantam a participação da FUNASA/ DSEIs em todas as discussões da consolidação do Pacto pela Saúde.
6. Que o Governo Federal defina o Plano de Carreira (Cargos e Salários) para os trabalhadores de saúde indígena.
7. Que o Governo Federal seja o responsável pela gestão e o financiamento da saúde indígena, garantindo aos DSEIs autonomia política, administrativa e financeira.
8. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal garantam recursos para qualificação dos profissionais de saúde que atuam nas referências secundária e terciária, com o objetivo de ampliar seus conhecimentos acerca dos aspectos étnicos e culturais que envolvem a atenção da saúde dos povos indígenas do Brasil, inserindo nas grades curriculares dos cursos de saúde em nível técnico e superior conteúdos relacionados aos aspectos sócio antropológico que envolve a organização dos serviços de saúde para a população indígena.
9. Que o Governo Federal garanta recursos financeiros para a construção e melhoria de infra-estrutura específica para a área de saúde e de saneamento básico nas comunidades indígenas.
10. Que o Governo Federal garanta que os serviços de atenção à saúde indígena sejam organizados na forma de distritos sanitários especiais indígenas, conforme a Lei nº. 9.836 de 23 de setembro de 1999.
11. Que o Governo Federal garanta que os recursos descentralizados para a área indígena sejam pactuados previamente pelo CONDISI, CMS e CIB.
12. Que a FUNASA desenvolva mecanismos de informação epidemiológica coerente com o sistema do SUS.
13. Que o Governo Federal e os Municípios viabilizem a implantação do Cartão SUS para 100% das populações indígenas.
14. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal promovam desburocratização no sistema de atendimento no setor de regulação para os usuários do SUS.
15. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal garantam a construção e manutenção, com qualidade, de centros de ação integrada regionais para pessoa com deficiência e acompanhante (com dormitório, refeitório, consultórios médicos, Ortopedia, Fonoaudiologia, Neurologia, Psicologia, Odontologia, Terapia Ocupacional, Nutricionista, Fisioterapia, Ass. Social, Pediatria, área de convivência, auditório, biblioteca, sala para oficinas e espaço de múltiplo-uso).
16. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal aumentem o teto financeiro da Vigilância em Saúde (TFVS) e fomentem a implantação de infra-estrutura e equipe de Vigilância em Saúde.
17. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal criem mecanismos para pôr em funcionamento todos os leitos de UTI já instalados no Estado, bem como capacitar os profissionais.
18. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal reestruturem (melhorar a capacidade instalada) o Centro de Tratamento de Queimados - CTQ de referência de Mato Grosso.
19. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal determine regime jurídico (estatutário) para regular o vínculo direto dos Agentes Comunitários de Saúde.
20. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal insiram o curso de libras como uma das qualificações dos Agentes Comunitários de Saúde.
21. Inserir cultura indígena nas temáticas curriculares nas Escolas de Ensino Fundamental e médio em todo país.

22. Que as terras indígenas sejam compreendidas como espaço de proteção e produção da saúde.
23. Integrar na saúde o Projeto Vida Nova-Empaer (MT) - criação de horta para geração de renda e efetivação de uma boa alimentação.
24. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal exija o cumprimento de metas pactuadas no Pacto pela Saúde, com punições cabíveis quando não atingidas.

Nacional – Eixo III

Parte 1

1. Que o Governo Federal reative a Comissão Especial Permanente de Saúde Indígena – CEPSEI, garantindo que sua composição será de responsabilidade da FUNASA com a representação dos 6 (seis) DSEIS de MT.
2. Que o Governo Federal garanta que a FUNASA/ DSEI, enquanto unidade gestora, tenha assento nas discussões da CIB, Conselhos, Conferências e Fóruns nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal.

Parte 2

1. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal garantam a criação de Fóruns Permanentes de discussão e articulação dos Conselhos de Saúde com encontros semestrais ordinários.
2. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal estimulem a articulação sistemática entre Conselhos/Conselheiros de Saúde e Sociedade Civil, abrindo suas reuniões à população, demonstrando publicamente a execução de seus gastos e suas ações.
3. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal garantam a participação indígena nas reuniões e Conferências de Saúde.
4. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal promovam o fortalecimento dos Conselhos de Saúde Indígenas, através da conscientização da comunidade sobre a importância do Controle Social.
5. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal assegurem a representatividade dos povos indígenas nos Conselhos de Saúde e nas Comissões de Capacitação Permanente.
6. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal garantam capacitação continuada para os Conselheiros Indígenas.
7. Promover reuniões de sensibilização em parceria com o Conselho Municipal, Estadual e Federal de Saúde com as entidades que possuem sua representação assegurada no regimento interno do Conselho Municipal de Saúde.
8. Que o Governo Federal viabilize Encontro entre os médicos e técnicos do INSS para esclarecer dúvidas relacionadas aos laudos e atestados exigidos pelas instituições.
9. Que o Governo Federal recomende aos Conselhos Estaduais de Saúde que viabilizem assento de representação indígena nos Conselhos Municipais de Saúde.

Parte 3

1. Que o Governo Federal garanta dotação orçamentária fundo a fundo para o desenvolvimento de atividades dos Conselhos de Saúde com responsabilidade de prestação de contas pelas Secretarias de Saúde.
2. Que o Governo Federal garanta o recurso para o Controle Social Indígena, quilombola, e populações tradicionais (ribeirinhos e pantaneiros).

3. Que as conveniadas da FUNASA garantam no seu plano orçamentário recurso específico para a realização de oficinas, abrangendo os seguintes temas: controle social, SUS, Políticas de Saúde Indígena e Segurança Alimentar, respeitando as organizações próprias de cada comunidade.
4. Que o Governo Federal garanta recursos financeiros para realização de Encontros e Fóruns anuais entre os Conselhos Distritais de Saúde Indígena.
5. Que o Governo Federal garanta recursos financeiros e reconheça como parte integrante da Conferência Nacional de Saúde a realização das Conferências Especiais dos Povos Indígenas de cada Estado e também a Pré-Conferência Nacional e Especial dos Povos Indígenas.
6. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal criem mecanismos de punição junto ao Ministério Público, aos Municípios e empresas privadas que não derem ênfase em saneamento básico e não efetivarem o controle de qualidade da água mensal conforme a Legislação vigente.
7. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal garantam investimento para pavimentação da Rodovia MT 100.
8. Que os Governos Federal, Estadual e Municipal garantam investimento para pavimentação asfáltica em todas as estradas Municipais Estaduais e Federais de Mato Grosso.

MESAS TEMÁTICAS

4.1 – EIXO I: DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO HUMANO À SAÚDE NO SÉCULO XXI: ESTADO, SOCIEDADE E PADRÕES DE DESENVOLVIMENTO.

Palestrantes: Marcos Henrique Machado, Wanderley Pignati e Luís Augusto Passos (Debatedor).

O Dr. Marcos Machado iniciou sua fala apresentando sua experiência na pasta da saúde. Fez um histórico da efetividade do direito à saúde desde 1948 – após a II Guerra Mundial até a situação do SUS hoje, enfatizando a Constituição Federal de 1988 no seu artigo 196 e a Lei 8080/90. Falou dos focos atuais da saúde, ou seja, epidemiologia, educação em saúde, pacto e gestão. Em seguida, discorreu sobre as ações e medidas necessárias para a consolidação do SUS:

1- Intersetorialidade, entre política e a gestão do meio ambiente, pois desde 1997 temos discutido sobre o aquecimento global, a tributação da água potável e sobre o fato de que a vigilância sanitária tem como competência trabalhar os efeitos poluidores do nosso ambiente.

2- Instrumentos da Auditoria: a Auditoria tem vários instrumentos importantes que podem auxiliar, como: fiscalização, inspeção, visita técnica e perícia técnica. É preciso que haja um monitoramento junto à política e a gestão econômica.

3- Enfrentamento direto às patologias sócio-comportamentais, é preciso que haja articulações, campanhas, mobilizações contra as imposições do mercado de produtos nocivos e prejudiciais à saúde.

EIXO II: POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA: O SUS NA SEGURIDADE SOCIAL E O PACTO PELA SAÚDE

Palestrantes: Gilson Cantarino, Neilton Araujo de Oliveira e Heloisa Helena (debatedora)

Para coordenar a mesa, Sr. Edivand de Pinto de França, vice-presidente do Conselho Estadual de Saúde. Convidamos para compor a mesa, Dr. Augustinho Moro, Presidente do Conselho Estadual de Saúde e Secretário Estadual de Saúde.

Dois eixos foram debatidos: Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida. Iniciou-se os trabalhos de acordo com o regimento, artigo 32,

O Dr. Gilson Cantarino iniciou o debate, relatando sua experiência de gestor, no qual veio atuando na Saúde Pública desde a educação integrada de saúde, foi Secretário Municipal em Niterói por 10 anos, Secretário de Estado por duas gestões, teve oportunidade neste processo de presidir o CONASS, então sua fala foi no sentido do olhar de gestor.

O eixo na Conferência tem um enfoque de resgate do papel da Seguridade Social, de alguma coisa que foi se perdendo ao longo deste período e evidentemente a questão do Pacto da Saúde, é a agenda que está posta na construção do Modelo de Atenção à Saúde daqui para frente. Colocou alguns conceituais, mas que são jurídicos também, está muito esquecido a referência pela 3ª Conferência Nacional de Saúde, ela foi em 1963 e que já apontava a descentralização dos serviços de saúde, já apontava a importância da necessidade de uma organização de base.

Fala sobre a Oitava Conferência que para ele foi o grande evento da saúde pública brasileira e foi o evento que uniu usuários, profissionais de saúde, trabalhadores, academia, que foi o momento que se propunha uma nova organização no sistema de saúde brasileiro, que é hoje o SUS, a Oitava Conferência é vitoriosa na Constituição de 1988 e incorpora praticamente todas principais teses ou quase todas, temos ali então o primeiro marco do SUS, aí a lei 8080/90, 8142/90, a primeira trata mais da organização do sistema e a segunda fala do controle social e aí começou o momento de instituição do que é talvez, para o debatedor o setor que tem a maior exuberância em democracia participativa, pelo controle social, pela Conferência de saúde e também pelas instâncias de pactuações e que começa a trazer uma outra transparência para o processo de trabalho difícil, difícilimo, pois o país que teve a ditadura de Vargas, que vem do império, que vem de uma ditadura militar extremamente violenta, a cultura da democracia participativa ela ainda é frágil diria, mas é uma conquista que saúde faz mais, cresceu na ação social, esta crescendo no meio ambiente, cresce algumas áreas da educação, mas acha que a 8142/90 deu este grande marco e então foi visto naquilo que seria o marco regulatório do SUS e como conduzi-lo.

Primeiro: as normas operacionais 91,92,93,96 começam tanto com o grande eixo da questão da descentralização, e embora se tenham ouvido que as municipalizações foram cartoriais mas não estou preocupado com essas discussões e o que seria deste país se não tivesse a organização de saúde nos Municípios, o que seria do controle social se não houvesse selos Municipais de saúde que pudessem fazer organização de base, o que seria do trabalhador de saúde se não tivessem também instâncias de pressão sobre o poder Municipal, então cartorial ou não temos mais de 5000 municípios com Secretarias Municipais de Saúde, Prefeituras com responsabilidades, e pensava no passado quando era da SINE's em Niterói quem mandava era o INAMPS e Pronto. O Secretário de Saúde era apenas uma figura decorativa e o Estado tinha lá suas unidades sucateadas e o poder era o poder da Previdência Social na compra de serviços e mais, influência sobre os parlamentares a descentralização teve o viés da qualificação sim, a primeira gestão incipiente, semiplena, depois partimos para a lógica da plena.

A Constituição de 88, o palestrante costuma definir que é uma constituição de Estado de bem estar social, o que universalmente costuma se chamar em inglês “fat states” a Constituição de 88 para a saúde, representa um avanço notável.

A Constituição de 88 começou a sofrer para a área de saúde uma contradição Política de bem estar social, no sistema universal de saúde, público, forte e gratuito, não é todo que contribui, pois quando eu bebo a água tem um desconto que vai entrar para o financiamento, portanto financiado por todos e uma política econômica de ajuste internacional de cumprimento de compromissos internacionais.

Então na gestão Collor houve a primeira quebra do Conselho da Seguridade Social, o financiamento da saúde era de 30% dos recursos da seguridade social.

Seguridade Social enquanto saúde, ação social e previdência social, naquele momento sai desta lógica e passa a ter fontes que são desvinculados da seguridade, então o Conselho de Seguridade começa a sofrer um abalo e por outro lado o Ministério da Saúde institui uma nova forma de financiamento, onde o público privado passou a ter um financiamento igual, ou seja o Governo Federal comprava do poder público com a mesma tabela, com o mesmo lote de recursos que comprava do setor privado.

Fazendo um quadro comparativo do gasto público de saúde em relação ao gasto total de saúde, que desejava em torno de 75%, o Brasil tem um gasto público que representa apenas 45,3% do gasto total de saúde.

Segundo o debatedor :

“Nós estamos num per capita de 212 dólares habitante/ano, dados de 2006 da Organização Mundial de Saúde por per capita público de 96 dólares, então o dinheiro que circula na atenção privada é muito maior que na atenção pública. Aí você faz a saúde com a qualidade que se deve fazer com 96 dólares cidadão ano, num país que tem uma altíssima despesa com doenças crônicas, num perfil muito maior que de doença aguda, onde você tem uma sobrevida maior felizmente, onde a expectativa de vida da população é maior, você começa a gastar muito mais e aí tem esta inversão. Saiu uma publicação errada da Organização Mundial de Saúde, onde o gasto público é maior do que o privado, saiu agora por erro que computou duas vezes o recurso do Ministério. Computou recurso do Ministério quando é repassado para Estados e Municípios e computou dentro dos recursos dos Estados e Municípios. Esses dados de 2006 é o dado mais real. Eu acho o Sistema Brasileiro muito centralizado, ainda. Todo o avanço que nós tivemos, e tivemos, eu não estou criticando o nosso avanço. Na verdade a gente tem um sistema de caixinhas de financiamento quem vem de herança de modelo sanitaria e controlador do Ministério da Saúde nas diversas campanhas “disso e disso e disso e daquilo” que não atinge a população em seu todo. Atinge a população em parte. O financiamento é ditado pelas regras que o Governo Federal coloca no financiamento. Isso prejudicou muito a constituição dos Sistemas Municipais de Saúde e dos Sistemas Estaduais de Saúde. Isso é uma herança do Estado autoritário. As ações ficam compartimentalizadas e claro, os modelos acabam não sendo aqueles que atendem a realidade local e aí tem toda a questão do debate que está no pacto hoje. Nós financiamos pela oferta e temos tanto dinheiro pra fazer determinado controle de doença... Mas qual a necessidade da população? Naquela comunidade? Naquela cidade, naquela região? Se financia como? Por uma caixinha, eu digo. Quem está doente assim, vai ser atendido ali, ou no planejamento financeiro que atende a lógica da necessidade daquele grupo populacional?. A integralidade, na verdade, vai de toda ação que vai desde a chamada atenção básica até habitação. Eu quero falar da importância da promoção da saúde, da atenção primária, do modelo de atenção, dos recursos humanos e da intersetorialidade. Eu quis colocar o seguinte: não tem saúde sem promoção de saúde. Promoção de Saúde não se faz só através da saúde. Promoção de Saúde envolve meio ambiente, promoção de saúde é qualidade de vida, é uma Política de Governo como um todo. Mas a saúde tem que fazer promoção de saúde também. Quando discute tabagismo, câncer, doenças cardiovasculares, diabetes, etc. Ela tem que possuir uma ação de promoção. Atenção primária é o eixo fundamental de qualquer organização. Eu sou um defensor do modelo do PSF, eu sou o defensor do modelo de Agentes Comunitários de Saúde. Mas mais do que isso, eu sou o defensor de um modelo onde a unidade que atenda, saiba que população ela tem obrigação de atender e como é que ela vai viabilizar o fluxo dessa população com as outras áreas de atendimento. É uma questão de responsabilidade sanitária. Se algum entende que deve fazer através de um Centro de Saúde, que faça. Mas o Centro de Saúde tem que saber de que população tem que dar conta, embora eu prefira o modelo do PSF.”.

Alem disso também diz que : “O que seria a seguridade social na lógica do pacto? O pacto é um eixo importante da Conferência, que é a proposta colocada e aprovada de construção de estrutura. Não é norma, não é uma verificação de missões cumpridas, não tem um pacote definido e não classifica gestão. Todos são gestores solidários. A lógica da gestão do Pacto pela Saúde, é uma lógica que se faz com solidariedade.

Temos que avaliar permanentemente o processo de trabalho. Temos que dar conta de como é que está sendo visto esse processo, focar a gestão nos resultados e tem

que ter uma adesão, uma pactuação. O pacto não tem que ser à jato. Qualquer pressão é pressão pra mostrar números. Tantos Estados já assinaram, tantos Municípios já assinaram. O pacto tem que mudar a lógica. O pacto tem que ser construído em cima da realidade da população e não em cima das nossas necessidades da oferta de serviço.

O pacto se divide em 3:

Pacto pela vida: ele tem alguns eixos mais elegíveis, como fortalecimento da atenção básica, saúde do idoso, controle do câncer do colo do útero, mortalidade infantil e materna, dengue, hanseníase, malária e doenças emergentes, promoção da saúde.

Pacto pela defesa do SUS: esse pacto traz o debate para um assento político. Hoje a visão da saúde é de fracasso da gestão, de excesso de reunião. Uma visão preconceituosa de quem na verdade já tem sua necessidade individual já satisfeita. E a elite não tem a visão de que ela depende da saúde pública. Ela esquece que o que ela ingere é controlado pela saúde pública. A visão que ela tem é do consumo pessoal. Nós temos que colocar a saúde na pauta do debate político outra vez. Voltar a ter capacidade como tivemos em 88 de falar para o país. Isso não acontece mais. Eu me lembro que cada vez que eu ia ao ar como Secretário de Estado num telejornal qualquer pela Unimed ou pela Golden Cross, promovia a cidadania, garantia a mobilização social e com isso conseguia também um melhor financiamento.”.

Todos os programas são prioritários, pela situação que hoje se observa de saúde da população e isso não é pra excluir o resto: a questão da defesa do SUS e a questão do Pacto de Gestão como um todo. Traz um dado do CONASS. Tem uma nota técnica nº 13, onde estão à disposição de todos, as teses dos Secretários de Estado para 13ª Conferência. O eixo da Assistência Farmacêutica, Atenção Primária, Ciência e Tecnologia, Comunicação Social, Controle Social, Financiamento, Formação em Informática, Gestão do Trabalho, o desafio do Modelo de Atenção, o Pacto pela Saúde e promoção da saúde e Vigilância da Saúde. Isso está disponível no site do CONASS junto com várias outras publicações interessantes.

Para encerrar colocou alguns pontos; Primeiro é a função social do trabalhador. O Brasil tem um pensamento absolutamente liberal da origem das pessoas. Tem que haver uma regulação do estado sobre a formação do profissional e a oferta de serviço para a população. Isso não é impedir o livre direito de formação. Nós temos tais ofertas, vamos disputar em cima das ofertas que estão aí em função das necessidades da população.

Outra questão: quem trabalha na área pública tem que possuir um compromisso ideológico com a área pública. Fazer saúde é fazer inclusão social, reduzir desigualdades. Trabalhador de saúde que atende com preconceito, que discrimina na porta de entrada, que não se envolve (inclusive o gestor) num processo de debate de construção de uma sociedade mais justa não está cumprindo seu papel enquanto função social. Para ele “É muito importante essa Conferência para o SUS. E é importante que essa Conferência coloque na agenda a politização do debate da saúde enquanto direito do cidadão e que a gente possa a partir daí obter novas conquistas, ampliar os nossos marcos e dar um salto de qualidade. E que esse SUS hoje, muito burocratizado em que as normas acabam engessando muito, seja ainda um SUS democrático para que possamos ampliar nossa capacidade na qualidade e ampliar nossa capacidade de ajudar a promover justiça social no Brasil.”.

O Dr. Neilton Araújo de Oliveira inicia seu debate dizendo que “Não há dúvidas de que nós que estamos na Região Amazônica, na Região Norte, na Região Centro-Oeste, nós temos uma identidade maior com a natureza então é papel nosso,

levar para o debate nacional da nossa Conferência os aspectos que muitas vezes o sul maravilha do nosso país ainda não está sensibilizado para ele.”.

A questão levantada pelo debatedor é a de se o pacto está claro para os três gestores?

Por que em alguns momentos nós ouviremos Município dizer que o problema é do Estado e vice-versa, os dois dizerem que problema é do Ministério e o Ministério dizer que problema é do Estado e nós sabemos que na construção do SUS a gestão é solidária, cada um é gestor autônomo e único no seu grau de abrangência, mas a responsabilidade é solidária pois se um não vai bem a responsabilidade é dos três.

E para a população, está claro?

Ele está sendo cumprido pelo menos naquelas etapas que foram programadas?

“Nós vimos no primeiro eixo, que nós estamos trabalhando a saúde nesta linha, não só na qualidade de vida, mas do desenvolvimento, e a gente pensa desenvolvimento na área econômica, industrial e no fundo o que nós estamos querendo dizer é que nesta etapa da Conferência, que desenvolvimento é qualidade de vida, é felicidade das pessoas mas não meia dúzia delas, não uma felicidade individualizada e sim coletiva, um bem estar onde a gente se sinta participe do processo de construção da saúde, não só enquanto direito mas enquanto fruto da nossa condição de cidadão.”

A questão do financiamento talvez seja a questão mais uniformizadora das nossas lutas, porque se nós pegarmos e perguntarmos para os usuários qual é o foco maior de seus interesses, naturalmente não vai ser o mesmo foco de maior interesse dos trabalhadores, e que não será o mesmo foco de interesses de gestores.

“Então qual é o foco que nos irmana, que nos junta, movimento social, prestadores, trabalhadores e gestores, neste momento talvez a bandeira mais importante para nós seja a regulamentação da Emenda Constitucional 29, porque se não aumentarmos os recursos financeiros na área da saúde, nós não vamos poder dar os passos que já estamos atrasados para reconstruir em termos de mais ofertas, não só ofertas de acordo com interesse das indústrias farmacêutica ou da tecnologia médica, mas ofertas em cima das necessidades de saúde da população.”

A formação de pessoal é desafio que ainda está meio escondido, muito poucas pessoas perceberam a importância e relevância deste item, os nossos profissionais de saúde em sua grande maioria estão sendo formados com uma lógica completamente diferente, distante daquilo que sus precisa e daquilo que necessidade da população aponta. Então nós formamos médicos, enfermeiras, bioquímicos e tantos outros profissionais da área da saúde com uma visão muito mais da doença, da indústria farmacêutica, do interesse econômico, do em cima da visão ampliada da saúde, da promoção, da proteção e educação em saúde assim por diante, então este é um desafio pra nós nesta etapa que precisamos pensar como precisamos apontar, não para discutir apenas lá na nacional, mas aqui em Cuiabá de como podemos juntar hoje os dirigentes das escolas médicas, das escolas de outros profissionais, com gestores pra definir prioridades com a participação do Conselho para apontar rumos, para dizermos: nós podemos avançar rapidamente aqui em Cuiabá, com nossa caracterização própria e local.

O debatedor diz que não pode falar em nenhum aspecto da construção do SUS, da participação social, da qualidade da gestão, etc...se não entendermos que setor saúde é setor nobre da vida de qualquer país e de qualquer região, ele perpassa todas as áreas não só do conhecimento mas da organização social.

Ele é um dos setores mais dinâmicos em termos de movimentação financeira, até do ponto de vista econômico, que as vezes damos a importância menor que ele tem, 11% dos desempregos dos cargos de trabalhos, dos espaços de trabalho no Brasil, 11% é do setor saúde pois se você pegar a quantidade de outros setores, vão ver que este é um setor robusto, e nós ainda estamos centrados no modelo que tem como foco a doença, mas nós estamos avançando, talvez se pudéssemos fazer uma retrospectiva mais detalhada dos últimos 17 anos, que o SUS nasce na constituição de 88 mas que ele se efetiva com a lei 8080 e 8142 de 1990. Portanto este sistema adolescente já apresenta dados, respostas e resultados fantásticos, fruto da participação coletiva de todos nós, suprapartidária, multi institucional, com a cara de cada região.

O direito da saúde não depende de Leis, é direito humano e universal mas nós fomos competentes para escrever na nossa constituição que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, mas a maioria de nós esquece de completar a frase que está lá no art.196 que é garantido perante Políticas Públicas, sociais e econômicas, portanto não é só serviços médicos, laboratoriais, remédios, hospitais, não é só doutor é tudo isto que nós queremos construir na linha da produção, produção e recuperação da saúde, saúde é qualidade de vida com as características pessoais, intermediárias e remotas, saúde também é influenciada por um conjunto de setores: trabalho e renda, educação, alimentação, meio ambiente, previdência, saneamento básico e assim por diante que nós estamos construindo este sistema único que é propriedade Nacional, numa realidade econômica cultural, agrária, geográfica, histórica muito diversa, se pegarmos aqui na região amazônica veremos que 90% das crianças e adolescentes estão na faixa da pobreza. Portanto precisa ter Políticas focadas neste problema prioritário, no nordeste 75% de crianças e adolescentes estão na faixa da pobreza, no sul: Paraná, Rio Grande do Sul, Santa Catarina apenas 2% estão dentro das famílias pobres, percebem que temos que focalizar em cada local a prioridade da nossa região, mas as diretrizes nacionais são uniformizadas, unificadas e articuladas entre nós. Para lembrar o quanto avançamos nos últimos 15 anos em termos de evolução da taxa de mortalidade infantil, em 1980 morriam 70 crianças com menos de 1 ano por cada 1000 nascidos vivos, em 2005 estava com 21, daqui para frente vai ser muito difícil baixar estas taxas porque vai se tornando mais complexo, mas evoluímos a expectativa de vida, estamos vendo uma promoção, uma transformação nas prioridades dos agravos e das doenças, se a 30,40 anos as doenças infecto parasitárias eram mais importantes, hoje algumas delas continuam importantes como a tuberculose, hanseníase aqui no nosso estado, região norte toda este é um mal que não deveria existir mais em nosso país, mas estamos com os cânceres, diabetes, hipertensão, ainda a desnutrição e se pegarmos populações específicas como a população indígena, ribeirinha, veremos problemas diferenciados e isso tem que merecer discussão da nossa Conferência Estadual de Saúde.

Diz não poder pensar tudo isso sem articular com a ciência, tecnologia, com o desenvolvimento tecnológico e assim por diante. E no entanto, “qual é o financiamento que a gente tem para incorporação de tudo isso? É fruto dessa mobilização de todos nós, um processo vitorioso da construção da saúde. Nós avançamos e podemos dizer que vencemos a etapa do ponto de vista jurídico, legal. Agora nós estamos com o desafio de trazer para concretização desse direito às ações de atendimento, etc.”

“Qual é a nossa relação entre esse setor e o outro? Qual é a interlocução que nós estamos fazendo entre nós mesmos? Nem a Seguridade Social e a saúde está se conversando. Então está na hora de respondermos a isso na linha da intersectorialidade. Porque nós vamos avançar muito pouco na área da saúde com ações específicas somente no setor saúde, isoladamente.”

O debatedor lembra que o financiamento que nós temos hoje não é a favor de nenhum partido. De nenhum governo. É fruto da contribuição de toda a população. As fontes de financiamento da área de saúde (154,153, a 151...) O PIS e o PASSEP, a CPMF que foi criada só para o setor saúde (que entrou por uma porta da saúde e o mesmo dinheiro saiu por outra). E hoje temos menos da metade do dinheiro da CPMF destinado ao setor da saúde. “Eu não sou favorável mais, à discussão da CPMF vir para a saúde ou não. Sou favorável à regulamentação do projeto que está no Congresso de destinar pelo menos 10% do dinheiro das receitas brutas do orçamento federal para a área da saúde mas nos estados nós temos que assegurar que os estados cumpram aquilo que já está definido de 12% do seu orçamento próprio na área da saúde. Agora o mais importante é que o estado às vezes está colocando 12%, mas está contando estes 12% em ações que não são da área da saúde. Os Municípios estão colocando 15% (e a maioria coloca mais do que 15%), porque na verdade a população está ali perto. Está cobrando, está exigindo. E com isso, o Município querendo ou não, podendo ou não, acaba tendo que colocar mais recurso. O que mostra a força e a importância do controle social e da participação social, porque vai mobilizando e produzindo melhor condição.”

Apresenta os números e resultados do sus: somos o segundo país do mundo em transplantes e somos o primeiro país do mundo em transplantes no serviço público. Temos um sistema de inclusão na área da Aids por exemplo, que hoje é modelo para o mundo.

Com toda essa reflexão, fazemos a pergunta central: como apesar das dificuldades, contando com as nossas vitórias, como avançar na construção do SUS? A questão da intersetorialidade é central, fundamental e urgente. Talvez seja muito mais importante do que criar um programa isolado e específico da área da saúde.

Termina sua fala dizendo que “Eu talvez pudesse sintetizar saídas pra gente trabalhar nesse avanço da construção do SUS, na compreensão da integralidade, em aumentar os recursos, combater a corrupção, mudar o modelo da saúde para o modelo da integralidade da saúde, ter eficiência no gasto que é a qualidade da gestão e transformar o Brasil, que significa a partir de hoje, aqueles que já estavam, qualificar melhor a sua participação e aqueles que não estavam abraçar com toda sua força, sua paixão, a construção da saúde como direito, como qualidade de vida.”

A ex-Senadora Heloísa Helena primeiro analisando os impassees para a efetivação do direito à saúde no âmbito do sistema de seguridade social, da qual também vou falar um pouco. Tal como definido, óbvio, na constituição de 88 e na legislação em vigor. O segundo ponto: a análise das bases técnicas, políticas e legais para efetivação dos princípios do SUS e proposições para ampliar e redefinir.

A avaliação da implementação do SUS, considerando os seus princípios, inclusive no âmbito organizacional, tendo como perspectivas as proposições do pacto pela saúde.

A construção dos termos de compromissos previstos no pacto.

As propostas de mudança nas relações entre as Esferas Públicas e Privada. E as propostas de adoção de preceitos de instrumentos de efetivação desses compromissos.

Heloisa diz não ter nenhuma dúvida que a área de saúde, com todo respeito a todas as outras áreas com as quais eu tenho identidade, que eu tenho militância como voluntária ou no movimento social ou na política partidária, mas eu tenho dito que nenhuma outra área é capaz de identificar com tanta precisão o que é um significado de um modelo concentrador de riqueza na mão de meia dúzia. E propagador de pobreza na grande maioria da população do que a área da saúde. Porque é a área de saúde que

consegue identificar inclusive na estrutura anátomo-fisiológica das pessoas, como um sistema excludente faz com que as pessoas nasçam de forma diferente. Vivam de forma diferente. Adoeçam de forma diferente. Morram de forma diferente. Com precisão cruel, perversa, dolorosa.

Diz também que nesta Conferência estaremos como em outras Conferências discutindo a prestação do serviço de saúde, portanto, garantindo os princípios doutrinários conquistados pela sociedade brasileira, porque nada da legislação em vigor foi concessão de uma elite político-econômica. Foi conquista da sociedade, dos movimentos sociais, das forças vivas da sociedade, controlando, monitorando, tendo recuos e avanços, mas sendo presente. Por isso que nós conquistamos ao longo da história contemporânea do Brasil e do mundo. Sempre foi assim: políticas sociais refletem as lutas cotidianas. Então nós estamos falando do serviço de saúde, seja na atenção básica – que dá conta de 60% dos estabelecimentos de saúde, seja na média complexidade e na alta complexidade. Sejam pessoas que estejam acometidas pela malária, febre amarela, tuberculose, hanseníase, ou as doenças consideradas da pobreza, da miserabilidade, do empobrecimento. Sejam as pessoas também pobres que estão adoecendo e morrendo de doenças crônico-degenerativas, cardiovasculares ou agravos externos.

“Mas nós estamos independentes de falarmos da atenção básica, da média e da alta complexidade, estamos falando da resolutividade e na eficácia de um serviço para garantir a atenção de saúde de milhões de pessoas brasileiras que não tem nenhuma outra possibilidade de opção. Nós não estamos falando de quem tem plano de saúde, nós não estamos falando de quem tem amigos trabalhadores no setor saúde, nós não estamos falando de quem tem possibilidade de conseguir furar a fila ou pela via do político honesto ou do político delinquente. Nós estamos falando de pessoas que não podem pensar, que não podem optar. E elas precisam. Se elas estão ardendo em febre, por uma doença vinculada à pobreza, se ela está com uma doença gravíssima como câncer e precisa passar quatro meses perambulando pela porta do serviço para conseguir se cadastrar na quimioterapia, na radioterapia...Então, o cuidar na área da saúde não cabe o mercantilismo, não cabe a tentativa de enriquecer, ou roubando os cofres públicos ou ganhando dinheiro, não cabe. Então é uma coisa muito, muito especial.”

Um país que tem um orçamento de um trilhão, oitocentos e setenta bilhões e ainda fazem a maior ladainha pra disponibilizar 36 bilhões pra um país que tem 5.563 municípios brasileiros com a diversidade epidemiológica tão grande que até nós que somos da área brigamos pra dizer se é transição epidemiológica, se é mosaico epidemiológico, qual é o tipo de formação do perfil epidemiológico da nossa sociedade, porque ao mesmo tempo nós temos as doenças caracterizadas da pobreza, as crônico-degenerativas (porque se a atenção básica não tem as quatro clínicas pra cuidar, tratar de uma hipertensão leve, ele já vai precisar num AVC na alta complexidade), então é um problema gravíssimo.

É a legislação em vigor mais avançada do planeta terra. É o Sistema Único de Saúde que foi uma conquista da sociedade, como eu disse anteriormente todas as políticas sociais no Brasil, como em outros lugares do mundo foram determinadas pela pressão da sociedade foram assim, ou por interesses comerciais portuários, ou por interesses econômicos sempre foi isso, ao longo da nossa história. Desde as primeiras políticas sociais no Brasil, quando a coroa portuguesa chegou aqui fugidas de Napoleão cheias de aventureiros, tiveram um surto de piolho tão grande que tiveram que as altas cabeleiras da corte portuguesa rasparem tudo para poder pensar numa política de saúde quando chegassem no Brasil, pensavam não pelo interesse no Brasil e sim porque comercialmente era importante, não podia estar morrendo todo mundo no Brasil, porque

se não ninguém queria consumir a produção econômica do Brasil. Aí vai fazendo as políticas de saúde.

“Então sempre foi isso – uma disputa com o capital ou uma disputa da sociedade de uma forma geral e o que é hoje a política de financiamento que é parte fundamental disso aqui. Por quê? Pra fazer contratação de pessoal a gente precisa de financiamento. Pra gente fazer reciclagem, capacitação, qualificação, nós precisamos de financiamento. Pra garantir que a rede básica funcione e que a média e alta complexidade funcionemos também, nós precisamos. Pra competir com o setor privado – porque é a melhor coisa do mundo pra eles, né. Porque ao setor privado que caberia como manda a constituição e a legislação em vigor no país, o caráter complementar, naquilo que significa ganhar dinheiro, porque são os procedimentos de alta complexidade, o setor público permite – o que é uma omissão do setor público – a partir do momento que não investe para garantir a alta tecnologia, a disponibilização do serviço na alta e média complexidade e prefere de forma omissa e subserviente comprar o serviço... É por isso que é uma cantilena desqualificada tecnicamente. É uma farsa técnica e uma fraude política dizer que o setor público da saúde vive em crise por falta de gestão. Não é não. Não estou a proteger todos os maus gestores, mas não é. O problema é também pelo financiamento do setor. Ora, se o setor privado atende 100 pessoas, garante os procedimentos, ele recebe por aqueles 100 atendidos e fecha a porta nos 101 que não entra nem que chore na porta. O setor público não. Se ele recebe no seu teto estabelecido por 100 pacientes, ele não fecha a porta. Ele atende 200 e 300, portanto tem que ter déficit. Então não tem nada a ver com problema de gestão. Pode até ter também.”.

Para a debatedora, todas as vezes que se fala em seguridade social diz-se que tem déficit, mas ninguém mostra no papel, mas dizem pra justificar reformas disso e daquilo. Mentem o tempo todo, como aprendizes de Guebels, que era o publicitário de estimação de Hitler, que dizia que mentira repetida muitas vezes vira verdade. E outra coisa que eles criam é a tal da desvinculação da receita da união, vejam: nós estamos ao mesmo tempo lutando – o que é correto – pela regulamentação e a estruturação do financiamento em relação a emenda 29. Ao mesmo tempo, o governo atual, imitando o anterior, manda a CPMF e ao mesmo tempo manda a DRU. Vocês sabem que a verborragia neoliberal tem aquele ar de sofisticação técnica, aquele povo com a maior cara de conteúdo, tudo pra mentir. Porque eles falam em responsabilidade fiscal – tudo mentira! Então, a política de irresponsabilidade fiscal, financeira, tributária, orçamentária e social, esse tipo de política... Ora, como é que tem justificativa dizer que temos um problema na área da saúde, grave, na área da seguridade social, grave, e aceitarmos a prorrogação da DRU (desvinculação da receita da união) que autoriza o estado brasileiro a saquear 20% do dinheiro da saúde pra jogar no superávit pra encher a pança dos banqueiros, aí não têm condição.

“Claro que nós sabemos que as condições objetivas, intelectuais e materiais de vida repercutem no estado de saúde. Sabemos que o saneamento básico, a habitação, melhoria de renda, educação, tudo isso potencializa a melhoria do serviço de saúde, mas nós não podemos aceitar que esses serviços por serem determinantes do setor saúde, sejam incluídos para reduzir o já reduzido orçamento da saúde. Porque toda vez é uma novidade: bolsa família melhora a saúde – então inclui no orçamento da saúde. Saneamento básico melhora a saúde – então inclui no orçamento da saúde.”.

O Brasil tem uma carga tributária gigantesca. Tem pouca disponibilização de políticas sociais, então é fundamental garantir a regulamentação da Emenda Constitucional 29 e isso define quais os percentuais a serem estabelecidos por todas as unidades federadas. A briga que aconteceu agora na comissão de assuntos econômicos

no senado foi porque incluíram o saneamento no percentual da saúde o que acho errado. Além disso, a discussão gerada, inclusive entre vários estados brasileiros recentemente, em relação à medida que foi aprovada a semana passada no senado, porque diz quem vai perder e quem vai ganhar. “Ao invés de trabalhar o financiamento dos estados com base naquilo que foi definido pela legislação em vigor, ou seja, perfil epidemiológico, população e capacidade instalada, começaram a briga porque tem um montante intocável que precisa ser redistribuído, para garantir o que é básico: resolutividade, eficácia, acesso ao serviço. Imediatamente impedir a prorrogação da DRU e viabilizar um projeto claro para garantir que a assistência à saúde nos municípios, nos estados e no governo federal seja feitos com aquilo que é princípio doutrinário do sus. Aliás, como digo sempre nem é preciso criar uma proposta nova para a área da saúde. É só cumprir.”.

Finaliza sua fala dizendo que o debate da universalidade, da participação social, é o debate relacionado a garantia da consolidação da hierarquização, como nossos conferencistas disseram: temos que garantir que qualquer pessoa possa ir até o final, naquilo que significa o atendimento com eficácia e resolutividade.

DEBATE DO EIXO II

No debate, varias questões foram abordadas, sobre questões ambientais, salariais, entre outras. Para um dos debatedores; “A injustiça nesse país é enorme. A exclusão é enorme. Neilton fala e os números indicam a melhoria da renda, mas 70% da população brasileira ganha até 3 salários mínimos. E 3 salários mínimos não representam nada. Não dão dignidade a ninguém. O país é muito pobre. A concentração de renda é muito grande. Pra que esse fórum existe. Pra lamentar? Não. Mas pra poder focalizar o cantão do Brasil? Claro que sim! Se a gente não trabalha com a informação do que ta acontecendo, os lugares que não tem espaço pra localização, nós não vamos chegar a lugar nenhum. Como é que o conselho estadual de saúde pode se organizar? Junto com o gestor municipal, de repente criando caminhos que possam veicular melhor. Todo mundo sabe o que é uma novela da globo. Agora, entre nós, difundir a informação é difícil. A desigualdade de informação é brutal. Dentro de uma própria secretaria, junto aos conselheiros, quem dirá nos conselhos municipais, os trabalhadores municipais. Nós temos que ter uma forma melhor de difundir a informação pra homogeneizar. Se nós sairmos de uma conferência estadual pra entrar numa conferência nacional, considerando que amos fazer uma mera repetição, acabou. Qual é o diagnóstico atual? Estamos esgotando um processo de trabalho. Não vamos nos iludir. Tudo o que aconteceu foi bom? Foi bom. Tudo o que aconteceu é acúmulo pra dar uma virada? É acúmulo pra dar uma virada. Agora, estamos burocratizados, não estamos tocando nas necessidades das populações. Tem gente que não ta chegando e a grande maioria que chega não está satisfeita em seu atendimento. Então, isso torna verdade tudo o que foi expresso. A forma que a população é voltada pra uma forma de atendimento privado? É. Existe isolamento? Pacto isolado e não pacto solidário? Existe. A ausência de responsabilidade definida? Existe. O que está se querendo? Construir um novo pacto, dentro do sus, com a lógica do sus, considerando que o processo saúde, doença, ele é mutante, ele evolui, ele se modifica. Um momento tem que ter uma estratégia, vamos sentar e municipalizar assim? Vamos municipalizar assim. No outro momento, tem que ter outra estratégia. Vamos fazer tudo isso com o pacto...”

“Gostaria de dizer a todos que estamos à disposição. É importante que trabalhemos o pacto na ótica de avanço. Não vamos analisar o pacto como se fosse um problema para o município. Nós temos a questão do comando único que estamos tratando com muito cuidado e eu acredito sinceramente que vamos poder ter as unidades de saúde do estado, lá da ponta sendo geridas de uma melhor forma. Nós não conseguimos enxergar daqui a 500, 600 km... É muito difícil. Eu acredito que se houver a regionalização de fato, a organização regional com discussões no sentido de que possamos estabelecer critérios justos para aquela região e que os municípios possam cada um colocar a disposição o serviço que ele possa oferecer, com certeza nós vamos avançar porque nós temos problemas de falta de profissionais especialistas no interior do estado. Então nós precisamos maximizar o que nós temos senão nós não vamos conseguir colocar profissionais. Com as tabelas que nós temos os municípios não agüentam pagar 20,25,10,12,15 mil reais para médicos e nós temos limitadores para pagar esses valores. Então é complicado, mas acredito que iremos sair deste fórum bem consciente e também com mentalidades diferentes para podermos avançar em prol de um sistema de saúde com um futuro próximo bem melhor do que estar hoje.”

* Todos os materiais permitidos pelos palestrantes estarão disponíveis para download no endereço www.saude.mt.gov.br/conferencia.

MESA TEMÁTICA III: PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO HUMANO NA SAÚDE

Palestrantes: Marco Antonio Teixeira, Estela Márcia Scandola e Eufrásia Cadormim (debatedora)

Marcos Antônio Teixeira inicia sua fala dizendo ser um dever de reconhecimento à organização da 6ª Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso, à medida que o Ministério Público foi convidado e reconhece neste gesto da organização da conferência, a possibilidade de diálogo entre as duas instâncias do SUS. Sabemos que o Ministério Público é o advogado das sociedades em prol da execução de seus direitos em relação às ações dos serviços de saúde.

“A primeira questão quando falamos em materializar o direito à saúde como direito humano que é entendermos bem do que falamos. Todos conhecemos a redação do artigo 196 da Constituição “saúde é direito de todos e dever do estado”, porém nós temos que aprofundar a leitura para que possamos ter uma ideia clara de qual é a regra do jogo. Saúde é dever do estado sim, mas também das pessoas, das famílias, das empresas e da sociedade. E quando a sociedade cumpre seu papel de participar da formulação do planejamento de ações de saúde, ela o faz inclusive no âmbito das conferências. É um dos momentos em que a sociedade participa. Um outro momento é quando ela participa dos Conselhos de Saúde. Portanto, nós temos aquela característica de cobrar as ações de saúde apenas dos gestores (Município, Estado e Federal) o que é rigorosamente correto mas incompleto. Toda a sociedade tem que cumprir seu papel de discutir, propor e exigir resultados nas questões de saúde que afinal de contas, são diretamente interessados. O momento da conferência de saúde é um momento muito interessante, com um curiosidade ímpar. O que a conferência faz, e esta seja a riqueza do movimento em si, a conferência “revisita” um conceito muito antigo que era exercido na Grécia, quando as pessoas iam para a praça discutir o que o governo fazia para a sociedade. Hoje, a conferência cumpre esse papel. Não estamos numa praça, mas poderíamos estar. O importante de aprender esse significado da conferência é que a sociedade deixa de ser objeto de ações da administração pública para se transformar numa assembléia dirigente. Coloca as diretrizes para os próximos 4 anos. Fundamental essa reunião da sociedade, pois não há nada mais democrático e participativo. Importante que a conferência saiba atingir o coração do sistema. Quando dizemos numa conferência de saúde que está faltando médico no posto por exemplo, do sertãozinho, é importante para aquela comunidade mas não abrange a falta de médicos de outra comunidade e isso também ocorre. É importante que a conferência diga o que quer dizer mas se organize colocando no eixo principal as diretrizes. Vamos lembrar o conceito da Lei a esse respeito: a “conferência de saúde propõe diretrizes”. Muito bem, quando nós falamos da falta de médico do município de sertãozinho, por mais que seja importante para aquela comunidade, isso não é diretriz. Portanto, se essa conclusão for colocada como diretriz no documento final, tecnicamente, o gestor não tem a menor obrigação de acatá-la pois é uma reivindicação pontual. Pode até constar no relatório da conferência, mas não é o que a lei determina o que ela de principal faça.”

Quanto à efetivação do direito à saúde, nós ainda temos no SUS um sistema predominantemente estatal e não público. Como no curso de direito, nós dividimos o que existe na face da terra entre público e privado. Se aplicarmos a questão do público e aplicarmos na questão da saúde vai perceber uma realidade não muito promissora neste momento, pois o sistema ainda é basicamente estatal, porque os senhores são exemplos

de ativismo, mas apesar de toda luta em prol do sus, vocês não é espelho da sociedade. As pessoas que estão na fila do posto para ser atendida, ou seja, o mundo externo à essa reunião aqui. O sistema quando muito, é encarado como um mal prestador de serviço, porque às vezes, o exame que eu quero não está disponível. Muitas vezes o sistema atua como adversário dos seus usuários. E enquanto isso acontecer nesse país, ele não é um sistema público e sim, estatal – que é o SUS.

“E por que é tão difícil realizar dentro do critério da universalidade, o direito à saúde? Por esse afastamento. Quando pegamos o sistema formal de estado na saúde, ele trata a sociedade como um objeto. Ele não se insere no âmbito da sociedade. O sistema está aqui, o usuário estão ali. O que resulta num estranhamento, desconhecimento profundo e real do que é a sociedade. Por que a sociedade está tão distante de se apropriar do que é seu? Um exemplo: o programa “humaniza sus”, poderia ser outro, mas peguei este que é de atenção diferenciada para o usuário, mas que é um programa de 3ª linha, pois as pessoas continuam não sendo acolhidas como prediz o programa que hoje anda “a passos de formiga e sem vontade”. Em segundo lugar, a precariedade hoje do controle social. Não se efetiva a saúde se o controle social que é uma alavanca mestra está precarizado. E não é necessariamente culpa dos conselheiros e conselheiros, mas sim da absoluta falta instrumentação e faltam também por parte de muitos gestores condições de informação para esses conselhos. Que fiscalização pode-se fazer no âmbito dos conselhos se eu não sei o quanto tem depositado no fundo municipal de saúde ou se aquele município está colocando 15% de receitas próprias no fundo. E outra coisa que tem impactado no sus e todos nós aqui queremos que o sistema dê certo, é a construção sociológica do pobre no sus. Hoje, a classe média não usa o sistema, pelo menos na área de assistência médica. Só utiliza quando precisa da alta complexidade e seu plano não cobre. Quando questionado por meio de pesquisa sobre a solução proposta, a sociedade mais pobre do sistema disse, em termos de assistência adequada, minimamente eficiente para resolver seus problemas: não quero muito o sus, eu quero é ter renda para pagar um bom plano de saúde”. Uma sociedade que não está aqui hoje reunida, mas é uma população que precisa ser convencida de que as coisas não são assim. Até porque o plano de saúde que o grupo dessas pessoas, é plano de saúde limitada no atendimento. Num momento de maior custo, vai precisar buscar um atendimento no sistema. Não há sentimento de pertencimento e o sus não pertence ao patrimônio afetivo da sociedade, ainda. E os gestores do sus não se servem do sistema nem pra si nem pra suas famílias.”

O palestrante Marcos Antônio Teixeira diz que se prestarmos atenção, a Lei diz Sistema Único de Saúde. Na prática temos sistema de saúde para funcionário público em vários estados e municípios, separados no ministério da saúde – o órgão é GEAP. Ora, se o próprio ministério banca com recursos públicos, ainda que parcialmente, com recursos que saem do fundo nacional de saúde, um plano melhor para seus servidores, qual é o crédito que se pode ter no discurso do gestor, quando se discute a universalidade e eficiência do sistema. Essa contradição tem que ser superadas pela sociedade se ela quiser que realmente cumpra o que a constituição prometeu: universal, resolutivo, integral.

Existe uma portaria do ministério da saúde, do ano de 2006, que é a 675, que surge como uma cartilha de direitos de usuários do sus após 16 anos de sua criação. O sus aparece na legislação em 1990. Esse documento é um dos menos utilizado por todos nós e pelos próprios usuários. Uma pesquisa feita pelo CONASS em 2002 diz que apenas 35% dos brasileiros sabiam o que significa a sigla sus. Isso é muito pra dizer do trabalho que resta ser feito. Os usuários ainda não saíram da “niguendade”, expressão usada pelo Darcy Ribeiro que significa “eu uso, mas não é minha”. E o que afasta mais

a possibilidade de realização de direitos à saúde na ótica do SUS são as grandes contradições que existem entre as leis e a regulação administrativa.

“Quando nesse eixo se discute efetivação de direito a saúde, realização em concreto desse direito é qual a efetividade de nós estarmos aqui hoje reunidos? Porque centenas de pessoas estão aqui nesta sala se amanhã ou depois ninguém sabe efetivamente se o que aqui se decidiu vai ser mesmo incorporado nas práticas de gestão quer dos municípios, quer dos estados, então é importante que como eu dissesse para que ganhem um coeficiente de eficiência do que decidem, do que se propõem as conferências que em primeiro lugar que nós tenhamos claro se na última conferência, na quinta, isto é fundamental pra qualquer debate para futuro e vocês propuseram diretrizes certamente na quinta conferência, foi a última e eu pergunto para os SRS e SRS: estas diretrizes foram incorporadas nos planos de saúde dos municípios? No plano de saúde dos estados? E se forem incorporadas nestes planos, o financiamento, ou seja, a LDO e a Lei Orçamentária previram o custeio do que o plano estabeleceu? Porque não adianta rigorosamente nada, apenas se transforma numa grande festa democrática, mas apenas numa festa democrática se as conferências não fizerem este retrospecto, porque se o que vocês aprovaram como diretrizes na última, em relação a isso nada foi feito, eu pergunto qual é o sentido estarmos aqui a discutir novas diretrizes, talvez tenha o mesmo destino, então essa efetividade tem que ser buscada e depois concluindo, essas relações das conferências com os conselhos é fundamental. A conferência deve pautar o conselho de saúde por quê? Se eu pudesse dar um outro nome para a conferência de saúde, eu a denominaria “conselho superior de saúde” porque acima de cada conselho esta a sociedade aqui reunida, que um pouco a representação de cada um dos conselhos. Ora se assim é, se a conferência estabelecer diretrizes como de fato se espera que estabeleça, para que não chegue daqui a 4 anos percebendo que essas diretrizes não foram cumpridas, que isso não teve nenhuma repercussão nos planos de saúde do estado e nem dos municípios e não se tem uma sensação de perplexidade, de desânimo, de frustração, cabe as conferências pautar os conselhos para que essas diretrizes sejam provocadas para sua inclusão nas políticas e execução de serviços e ações de cada município no plano do estado também. O conselho deve ser o guardião das diretrizes da conferência, se houver esta relação entre conferências e conselhos, se os conselhos se sentirem absolutamente independentes do que aqui se disser muito do vigor, da luz que emana dessa reunião se perderá.”.

Marcos Antônio Teixeira diz que ao falar de conferência, de sistema único, quando fala a respeito dos conselhos de saúde, no sentido de uma instituição que é o Ministério Público, que percebe o sistema como um dos modelos de maior carga democrática e humanitária na área de saúde que o direito ocidental já concedeu nas últimas décadas. Não existe rigorosamente nada que se possa comparar ao sistema único de saúde no plano jurídico internacional no mundo ocidental (Europa, Américas), isso não pouco, isso é muito a ser defendido num país que ainda não é um país rico, este é país que tem muitos recursos, tem muito dinheiro, mas de um povo muito pobre, mas que as elites sempre foram impiedosas com os que não tem, então propor uma constituição num sistema com as características do sistema único, é um gesto de ousadia, mas uma ousadia santa, uma ousadia humanitária e é nesta perspectiva que o ministério público vê como dever seu defender o sistema, estar junto com os conselhos, estar nas conferências quando convidados, porque na constituição federal dentre as inúmeras atribuições da constituição no art.127 talvez a mais importante de todas é: cabe ao ministério público a defesa do regime democrático. Esta instituição que a conferência de saúde é, do ponto de vista mais claro, mais luminosos, mais crus no

exercício da democracia, se não fosse por outras razões para defendê-las pelo menos essa é sua característica.

O palestrante conclui dizendo que em uma última observação tem que reconhecer que sua instituição e o próprio judiciário, devem também temer suas atribuições e a prioridades delas em relação a áreas, por exemplo, saúde e educação. Se nós conseguirmos deslocar promotores e procuradores para atuar em maior número, e com eficiência na defesa desses direitos: habitação, empregos, são políticas de direitos sociais, saúde, nós provavelmente precisaremos de menos procuradores, menos promotores nas varas criminais.

A Sra. Estela Márcia Scândola inicia sua fala citando Manoel de Barros que diz: “o saber se aprende na escola e a sabedoria só no cotidiano da vida” querendo dizer com isso que o que estava trazendo para a Conferencia sua experiencia como militante dos direitos humanos do que propriamente seu currículo como mestre. Diz que participar é fazer política e no sentido mais profundo da palavra que é “tomar para nós”, para nossas mãos o direito de discutir aquilo que é importante para a nossa comunidade, e de que temos uma situação cristalizada no estado do Mato Grosso que é a composição do Conselho Estadual e esta é a terceira conferencia que falo isso, então não tem mais problema e ninguém irá ficar mais bravo comigo porque na primeira ficaram, mas a composição do conselho estadual ela é de tal forma acertada na lei que não permite a mobilidade de outras organizações para compor, como é que a gente irá rediscutir isso de tal forma criar a vitalidade da recomposição do conselho.

Discute acerca do problema da setorização e segmentação das conferencias: “As vezes no mesmo município e no mesmo dia tiveram 2 conferencias e uma conferencia não conversava com a outra, uma discutia agrotóxico e outra câncer, como se agrotóxico e câncer não conversassem entre si e a pauta dos conselhos ainda a gente discuti atendimento, toda vez que fazemos esta pergunta: quando foi a ultima vez que discutimos promoção de saúde? Como é que o nosso conselho municipal deliberou por ações de proteção, promoção e prevenção da saúde, nós ainda fazemos controle sobre a rede de serviços e nem é sobre o sus inteiro, fazemos controle sobre o posto de atendimento, exemplo: o tal do Pronto Socorro de Cuiabá, eu nunca vim aqui querendo discutir sobre o PS de Cuiabá, mas quantas vezes na nossa conferencia de saúde nós discutimos a contaminação da água, o desmatamento, mas o PS de Cuiabá ele é recorrentemente um tema de todas as plenárias e todas as conferencias e a gente não discute a saúde, a pergunta que faço: afinal de contas essa conferência é sobre a rede de atendimento, sobre o sus ou sobre a saúde? Esta é a pergunta central que a gente tem que se fazer, de que controle social estamos falando? Na verdade a gente precisa trabalhar é sobre controle, sobre modelo de desenvolvimento, estes dias eu estava aqui com um grupo de mato grosso e dizia para eles assim: olha o que viramos? Nós que falo é da região centro oeste com exceção de Brasília, o nosso desenvolvimento é um desenvolvimento de um produto primário, aqui no mato grosso a exportação é de soja e de boi, a mão de obra barata e uns recursos ambientais, é o boi que precisa de 50 litros de água para cada quilo de carne, é a soja que precisa de 20 litros de água para cada ½ tonelada na exportação, ou seja nós exportamos água, terra e força humana, é disso que é o modelo de desenvolvimento de mato grosso e o que é que sobra para nós, solo e ar degradado, a água finda, muitos rios secando, e água contaminada. Eu sempre lembro aqui os trabalhadores exauridos, não tem como deixar de falar que o Mato Grosso é o 2º em trabalho escravo neste país, é preciso que se entenda isso ou isso não é um problema de saúde, o meu estado Mato Grosso do Sul é o 3º e o Pará e o 1º, parece que estamos até numa reta que vem o Pará, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, nós somos os três

primeiros em trabalho escravo e aí vamos trabalhando nesta exaustão do nosso povo e não vamos vendo, porque se olharmos a realidade vamos pensar na destilaria, no frigorífico, na siderúrgica e aí veremos que o 1% mais rico deste país tem 13% do PIB e o 50% mais pobre tem 14% do PIB, ou seja aquilo que o 1% tem os 14% tem os mais pobres, 50% mais pobres vai ter igual ao 1% então nós temos uma desigualdade no ponto de vista do acesso a riqueza muito grande e essa desigualdade vai se engendrando na nossa cultura que começamos a perceber o nosso sistema, por exemplo uma invisibilidade que nós temos a exemplo dos povos indígenas aqui em Mato Grosso, exceção do Brasil inteiro somente este estado fez isto tem uma delegação de povos indígenas presentes na conferência além das delegações que vieram dos municípios, mas há por exemplo no meio dos povos indígenas uma invisibilidade das mulheres, elas se quer são vistas por nós, pelo nosso sistema e nem pela nossa forma de participação, pessoas com deficiência acho que vi três, os quilombolas a gente tem majoritariamente uma presença branca, a presença dos negros ainda é muito pequena no nosso meio, as mulheres, os homossexuais, não sei quantos teriam aqui que verdadeiramente representa as organizações de homossexuais, os trabalhadores rurais, os trabalhadores informais, os jovens ou seja tem populações que são invisíveis para o sistema, por exemplo: migrante, migrante é população que ninguém enxerga, quando eu falava com o pessoal de Rondonópolis que os caminhoneiros, o que é que a gente irá fazer talvez seja o município brasileiro com maior índice de gente circulando para o lado dos caminhoneiros, esta é uma população invisível para o sistema embora ela traga extremo custo humano e econômico, mas invisível. As mulheres “cuidadoras dos deficientes”, dos velhos e tudo, então gente na verdade esta cidadania que a gente quer construir é uma cidadania que se precisa articular a diferença, conselho que tudo mundo pensa igual é conselho ruim, conselho que não briga é conselho ruim, a diferença é que faz criar e construir a cidadania, o conselho que todo mundo concorda com tudo não é conselho é um grupo de amigos pois conselho e grupo de amigos é diferente, pode ser todos amigos mas na hora de ser conselho tem querer diferentes, é necessário que o querer seja diferente pois na verdade é sempre necessário a voz dissonante, em um concerto não se faz com todo mundo tocando o mesmo instrumento e sim com vários instrumentos diferentes e assim é o conselho, nós do SUS como podemos fazer exigências para participar dos conselhos, tem que ter CNPJ, tem que ter organização, três atas e mais não sei o que ou seja na hora de compor o conselho somente algumas organizações conseguem compô-lo e aí a pergunta que se faz: com o que o SUS esta garantindo visibilidade para este grupo, como é que nós dentro deste espaço de controle social garantimos visibilidade por exemplo: na ultima plenária que fizemos, o que percebemos? Que lá no Município a maioria dos participantes são mulheres e quando chega aqui na Conferência Estadual o número de mulheres diminui, na hora de eleger os delegados para a nacional, vai mais homens do que mulheres ou seja a cada nova forma de escolha de representação você vai desequilibrando o número das atores sociais que estão na base de participação do SUS, a outra coisa que é muito interessante começam ir para as Conferências aqueles que falam bem, aqueles que são envergonhados muito embora representem a população acabam não sendo eleitos para os fóruns maiores e assim vai sendo o Conselho, aquelas pessoas que moram em Colniza, Aripuanã, quando é que eles serão Conselheiros Estaduais, me conta? O Conselho Estadual será baseado no pensamento majoritário de quem está em Cuiabá, como é que a gente descentraliza para que o Conselho Estadual seja efetivamente representante do conjunto dos problemas deste Estado, e mais do que isto é pensar nas mulheres, nos deficientes, nos homossexuais, os negros, os índios, como é que a gente faz do Conselho lugar de pensar saúde na adversidade, aí é mais do que a gente pensa

qual é a democracia construída no interior dos Conselhos? Os Conselhos são verdadeiramente democráticos ou eles são aqueles conselhos em que em muitas reuniões acontecem por meditação, cada um fica em sua casa e assina a ata depois da reunião do conselho ou então como é que você constrói um conselho democrático, como eu estava ouvindo ontem que o conselheiro não tem que pegar o cheque na mão e sair na rua procurando o Prefeito para assinar o cheque, porque ele queria dar só o dinheiro para vim e não pra ir, só não sei o que este conselheiro iria ficar fazendo aqui, só iam vir e não iam voltar ou seja do que é que estamos falando? Que dinheiro é este? E a importância de se lembrar: dinheiro público é dinheiro do povo e não é dinheiro do governo, dinheiro é sempre público e público se faz fazendo política para a gente ter mais condições de aferir garantias de que o bem estar seja de todos e não apenas de um grupo.”

Diz também que essas perguntas precisam ser feitas e implicam em perceber que a saúde não se completa, quem disser que a saúde é a melhor política do mundo está errado, a saúde sozinha não iria a lugar nenhum, segundo a palestrante o SUS sozinho não vai a lugar nenhum, é necessario trabalhar com a saúde e ambiente juntos, precisamos de saúde e previdência, saúde/criança/adolescente, saúde e assistência, ou seja, nós precisamos compreender que nós que estamos pela batalha pelo SUS precisamos ter a humildade de convocar as outras políticas. “Mais do que isso: de convidar as outras políticas pra estar conosco. Não é uma luta contra ninguém. Fazer participação não é uma luta contra ninguém. É a favor de nós mesmos. A favor de nossos filhos, de nossos netos... É possível enfrentar o agrotóxico, é possível enfrentar o mercúrio, é possível enfrentar o desmatamento, é possível enfrentar o avanço da fronteira agrícola, é possível ter saúde. É possível sonhar. E um sonho e a utopia é o que nos faz viver e caminhar. Hoje é um dia de meditação, de sonho e de forró, hoje à noite.”.

A próxima palestrante, a Eufrásia, debatedora começa dizendo que apesar de tudo o que nós conseguimos construir até agora, ainda possuímos grandes entraves. Nós não conseguimos efetivar na prática essa participação popular. A participação infelizmente tem se construído em espaços, como a Conferência e os Conselhos. Não que isso seja ruim, porque através das Conferências e dos Conselhos de Saúde a gente consegue propor as diretrizes, dizer o que a gente quer. Mas que é necessário envolver mais atores.

“A gente precisava mobilizar a sociedade, realmente, de forma mais efetiva. E aí a gente pode estar buscando um conceito do que seria essa participação na administração pública. Seria o poder que a sociedade possui de intervir num processo decisório qualquer. Então, enquanto nós não conseguirmos colocar em prática a efetividade do poder deliberativo, que tem os Conselhos de Saúde, nós não vamos realmente conseguir efetivar esse nosso direito humano à saúde. Infelizmente, a gente percebe que após 17 anos da Promulgação da Lei 8.141, a gente não conseguiu dar conta de efetivar o nosso papel enquanto conselheiro. Então nós devemos começar a questionar o porquê dessa nossa fragilidade. O porquê do não envolvimento da sociedade na busca pelos seus direitos. O palestrante que me antecedeu, falou muito bem. Nós temos uma cartilha em que foi gasto recursos públicos para informar aos usuários sobre seus direitos e essa cartilha não consegue chegar às mãos dos usuários, para que eles tenham essa cartilha embaixo do braço e a utilizem como uma norma, como uma orientação pra ir em busca dos seus direitos? Isso se deve por quê? A gente precisa estar buscando algumas reflexões nesse sentido. A gente se depara, infelizmente, com conselhos cartoriais, no sentido que os conselhos funcionam somente porque a gestão os pauta. Quando deveria ser o inverso: os conselhos é que deveriam pautar e

dizer quais discussões quer estar trazendo a partir de diretrizes macro apontadas nas Conferências de Saúde. E isso se deve por conta de uma legislação que remete à responsabilidade da existência dos Conselhos de Saúde para que venham recursos para o Municípios. Forçou a formação dos conselhos em todos os municípios, mas nós não vemos a efetividade desses conselhos na prática. Nós precisamos refletir sobre isso também. O que devemos fazer? É culpa de quem? Dos gestores que não querem ser fiscalizados? Dos conselheiros que muitas vezes são eleitos, indicados, ou até cooptados, e eu digo isso porque a gente vê em municípios pequenos uma relação muito próxima do cidadão com o político. Eles são cooptados para estarem no Conselho fazendo aquilo que a gestão quer. Isso é complicado. Como é que vamos conseguir efetivar esse direito? ”.

“Outra coisa, a gente tem que responsabilizar e trazer esse debate como um todo. Porque num país que se diz democrático, não dá pra admitir intervenções políticas, cooptações nos Conselhos de Saúde, porque senão a gente não vai conseguir realmente colocar em prática o nosso direito. A autonomia dos Conselhos precisa sair do papel. Se nós formos observar que de 4 em 4 anos nós temos propostas, dizendo: “autonomia financeira para os Conselhos de Saúde...” E a gente vem repetindo ao longo dos anos sem conseguir colocar em prática. O que fazer então, para conseguir essa autonomia financeira que a gente delibera ano após ano e continua refém ainda, dos gestores, quando querem fazer funcionar, ótimo. Mas quando vêem o Conselho como inimigo, quando não tem compreensão do que é o controle social, emperram nosso trabalho enquanto conselheiros. “.

Diz ser necessário criar mecanismos para avaliar os resultados da Conferência, pois atualmente não se utiliza os instrumentos de gestão que tem para estar acompanhando realmente se as deliberações das conferências estão sendo cumpridas.

Faz uma pergunta sobre como está a relação dos conselheiros com a sua base, se estão garantindo a representatividade E, além disso, diz que se percebe, infelizmente, espaços que deveriam ser de usuários e trabalhadores, sendo ocupados por gestores. É por isso que os espaços do conselho, os espaços do controle social, estariam sempre ricos, porque eles sempre precisam das três visões: dos segmentos. Mas isso em seu devido lugar. Para quando tiver a co-relação de forças, nenhum segmento saia prejudicado.

Não daria para colocar a culpa no problema que está havendo hoje na saúde e nos trabalhadores da saúde que são muito comprometidos, que trabalham nos hospitais e nas unidades básicas de saúde e estão de casa em casa como é o caso dos agentes de saúde e agentes de endemias, culpá-los como se fossem responsáveis pelo que está acontecendo hoje, infelizmente, no nosso sus. Para a debatedora deve-se colocar em prática o papel como conselheiro, que tem a legislação e o Sistema Único que é universal, mas que não conseguem exercer de fato o controle social. “O Conselho pode ser o mais atuante, o mais propositivo, mas se o gestor não quiser, ele não implementa. Nós ficamos muitas vezes reféns. Mas graças a deus que temos gestores que compreendem a necessidade do controle social ser parceiro nesse sentido. Nós reafirmamos o sus como um dever do estado, então ele deve ser público, inclusive na gestão e no gerenciamento das unidades públicas. Então eu convido os delegados a fazerem uma reflexão em torno dessa proposta sobre fundação estatal e colocar no seu relatório alguma deliberação nesse sentido. “.

Um outro aspecto que deveria ser observado é a relação do sus com o poder judiciário. Infelizmente em alguns estados, o ministério público vai contra as decisões e as deliberações do conselho por diversos motivos. Então seria preciso definir realmente como se vão dar essas relações.

Pergunta-se como se pode garantir a democratização dos Conselhos de Saúde através da eleição do presidente e dos seus membros e como agir quando o gestor não cumpre as deliberações, entre outras perguntas. Porque segundo a debatedora percebemos que existem muitos entraves e muitos problemas, “mas se estamos aqui é porque acreditamos que o sistema único de saúde é o melhor sistema do mundo, é através dele que nós podemos garantir a qualidade de vida da população, e é por conta dele, inclusive, que nós existimos.”.

DEBATE EIXO TEMÁTICO III

O debate começou com o questionamento de Maria Luiza, tratando da relação de juridicamente e politicamente até onde vai o poder dos Conselhos de Saúde? Outras questões foram colocadas, como a de Marceli que levantou a questão da fiscalização e do gerenciamento dos relatórios e em relação aos recursos captados. A questão do controle social, Políticas de Educação, e também da participação da sociedade na efetivação do direito à saúde foram questionadas durante o debate.

As respostas obtidas, dentre outras foram a de que, como por exemplo, na questão de “por que os promotores não conseguem fazer com que os prefeitos cumpram a aplicação de recursos de modo coercitivo?” O nosso modelo de administração de saúde precisa ser pensado de forma muito clara: 1º) as pessoas moram nos municípios, se tiver que ajuizar algo contra alguém, o maior acionado sempre será o município, pois é onde as pessoas residem. Acionar o estado ou a união, é difícil, depende de deslocamento, então há uma tendência muito clara nesse sentido. Então, os municípios precisam se organizar se são os mais ajuizados, porque se cobra deles a prestação à saúde do cidadão, não há contrapartida do estado ou da união que permita o município cumprir seu dever. Na Lei Orgânica da Saúde art. 18: “entre União, Estados e Municípios, os que têm que prestar serviços à saúde diretamente, majoritariamente, é o município. A União é a grande financiadora, mas é uma sub-financiadora porque remete muito menos recursos do que o necessário, além de inventar estratégias como a DRU. E a CPMF. E o Estado tem essa crise de identidade: ele nem é um grande prestador de serviços diretos à população e nem é um grande financiador. Ao contrário. O movimento que se detecta em relação a muitos estados é o de se retrair mais ainda. Todos recordam no início do segundo governo do atual presidente da república, houve um documento engendrado no Paraná e assinado por muitos Estados, que reduzia o percentual dos estados devido à saúde de 12% para 10%. Portanto, os municípios se organizam, já que é deles que se cobra na legislação e no pacto pela saúde é reforçado. Ou eles se organizam de forma a garantir os recursos previstos no próprio pacto ou eles tenderão a ser crucificados e massacrados, pois não terão recursos para atender toda a demanda.

O que o conselho pode e deve fazer quando essa situação estiver instalada e não houver nenhuma possibilidade de entendimento, de composição com o gestor, encaminhar a questão ao Ministério Público, que poderá fazê-lo. Eu acho que os conselhos de saúde poderão evoluir dependendo da pressão política da sociedade para configurarem no futuro, como pessoa jurídica que possam ter autonomia para providências como essa. No momento dependem de uma intermediação que pode ser feita no caso, pelo ministério público.

Estela Scandola respondeu que “...nós já temos legislação suficiente para dizer o que temos que fazer, mas acontece que pagamos no financiamento da saúde um valor

enorme pra assistência e a gente não vê com a mesma grandeza o papel da vigilância em saúde. Tem que colocar sim o papel da vigilância em saúde e que tem que prestar contas ao Conselho. O Conselho tem que saber o que está acontecendo. Então a gente tem que fazer essas artimanhas, não tem jeito.”

Quando o Conselho de Saúde se reúne com o Conselho Municipal de Meio Ambiente, pode-se traçar uma agenda comum e ver como é que as coisas irão ser encaminhadas. Conselheiro deve ter que ser articulador, visitar outros Conselhos, para assim avançar.

Para Jean Carlos o SUS é tão grande, tão rico e tão complexo e tão cheio de coisa, “... que nós nunca vamos conhecer o sus inteiro. Nós vamos conhecer a parte que está perto de nós. É por isso que precisamos fazer aproximações sucessivas pra conseguir entender o que é isso.”.

Uma Conferência é feita de debates e decisões políticas e não apenas em documentos técnicos e palavras bonitas, é importante que no 3º eixo se consiga aprovar que essa comissão de monitoramento do Conselho Estadual terá condições de visitar todos os municípios, que ela vai ter condições de chamar pelo menos uma plenária geral por ano e uma semestral para que os conselheiros se encontrem, possam se confraternizar e criar energia, e, sobretudo possam construir um novo modelo de fazer saúde.

Marco Antonio diz que espera “... que minha presença nesta Conferência, embora de uma forma modesta por conta de minhas limitações possam ao menos ter sinalizado para algo de alguma transcendência que é a presença da instituição ministério público que pode contribuir em algum momento naquela comarca, naquele município, para que o controle social seja feito com maior rigor e assim sendo melhor atendendo aos cidadãos daquela região. Espero que minha presença tenha tido um significado maior de semear na mente dos senhores essa possibilidade. Vocês não estão sozinhos nessa luta pela efetivação do Sistema Único de Saúde.”.

Em seguida fizeram-se a leitura do Relatório Consolidado das Conferências Municipais do Eixo Temático 3², discussão e aprovação das propostas, a Sra. Ione Bortoloto e Soraia Maciel, da comissão de Relatoria. Fez-se também a Mesa da Plenária Final ³ e a eleição dos delegados⁴

² Leitura do Relatório Consolidado das Conferências Municipais do Eixo Temático 3 em anexos.

³ Mesa da Plenária Final em anexo.

⁴ Eleição dos delegados em anexo.

Considerações Finais

A 6ª Conferência Estadual de Saúde foi um evento que marcou uma nova perspectiva nas questões relacionadas às políticas de saúde no Estado de Mato Grosso, pela dimensão do número de delegados, usuários, trabalhadores, representantes do governo e prestadores de serviço envolvidos nesse processo como também nas conferências municipais que antecederam a 6ª Conferência.

É indiscutível de que nesses quatro dias de conferência, o esforço de todos os participantes, independente de segmento e dos diversos interesses legitimamente representados, convergiram para a efetivação de propostas que colocadas em prática garantirão o direito à saúde de todos os cidadãos.

Agradecemos a todos os envolvidos nesse processo e só temos a comemorar os avanços e conquistas obtidas através da 6ª Conferência Estadual de Saúde.

Até a próxima!.

Sub Comissão de Relatoria

ANEXO I – TABELA CONTENDO DADOS POPULACIONAIS

Categoria	Município	Delegados
Municípios com número de habitantes superior a 300.000	Cuiabá	22
Municípios com número de habitantes inferior a 300.000 e superior a 250.000	Várzea Grande	12
Municípios com número de habitantes inferior a 250.000 e superior a 150.000	Rondonópolis	08
Municípios com número de habitantes inferior a 150.000 e superior a 100.000	Sinop	06
Municípios com número de habitante inferior a 100.000	Os demais	04

ANEXO II – RELATÓRIO CONSOLIDADO DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DO EIXO TEMÁTICO 3, DISCUSSÃO E APROVAÇÃO DAS PROPOSTAS.

Eixo 3.

1) Garantir o intercâmbio entre os Conselheiros Estadual, Municipal e Federal. Algum questionamento? Então vamos lendo e quem quiser fazer alguma emenda aditiva, supressiva ou modificativa, peça destaque, marcaremos e depois a gente volta. Os itens que não tiverem destaque, colocaremos em aprovação global. Vamos lá. Pedimos aos companheiros que façam silêncio por conta do atraso.

Seria interessante verificar para não invalidar o voto porque tem muito representante conferencista lá fora. Seria interessante chamar, pois existe a paridade – 50% usuário e tem o governo...

Bom, nós estamos pedindo a colaboração de todos os Conselheiros que estão lá fora articulando, no entanto todos tem a responsabilidade. Quem for lá fora, de qualquer segmento, ele não está garantindo o seu segmento aqui dentro. Vamos continuar?

Item 1 do Nacional: garantir o intercâmbio entre os Conselheiros Estadual, Municipal e Federal. Destaque? Por favor traga seu crachá aqui. Continuando, não é nada não.

2) Sede e legitimidade ao Conselho de Saúde, bem como a todos os Conselhos Municipais com dotação orçamentária capaz de prover a ajuda de custo aos seus atos executivos e administrativos. Podemos continuar?

Para o Nacional: sede e legitimidade ao Conselho de Saúde, bem como a todos os Conselhos Municipais com dotação orçamentária capaz de prover a ajuda de custo aos seus atos executivos e administrativos. Destaque? Por favor, traga seu crachá. Anota o destaque dele.

3) Estimular a articulação sistemática entre Conselheiros de Saúde e a sociedade civil, abrindo suas reuniões à população, demonstrando publicamente a execução de seus gastos e suas ações.

4) Que a SES e as Secretarias Municipais de Saúde garantam a realização de Capacitação Permanente para Conselheiros e Agentes Sociais, para que conheçam suas atribuições e exerçam melhor sua autonomia, na participação das decisões que lhes competem em parceria com as entidades governamentais e privadas. Destaque? Outro destaque, aqui da conselheira.

5) Criação de Conselho Intermunicipal de Saúde. Destaque? Traz aqui, Carlinhos.

6) Melhorar a divulgação sobre os Conselhos de Saúde, a Nível Estadual e Municipal.

7) Regionalização de Conferências Regionais para o fortalecimento das propostas municipais.

8) Efetivar as propostas da conferência.

Que a Ouvidoria Estadual tenha um 0800.

4) Para o Nível Nacional: que o Estado Brasileiro garanta o recurso para o Controle Social Indígena.

5) Para o Nível Nacional: garantir participação indígena nas reuniões, Conferência de Saúde Municipal, Estadual e Nacional.

6) Promover o fortalecimento dos Conselhos de Saúde Indígena, através da conscientização da comunidade sobre a importância do Controle Social junto às esferas Federal, Estadual e Municipal.

7) Assegurar que a representante dos povos indígenas do Conselho Estadual de Saúde seja integrante da Comissão de Capacitação Permanente do Conselho Estadual.

8) Que as conveniadas da FUNASA garantam no seu plano orçamentário, o recurso específico para a realização de oficinas abrangendo os seguintes temas: Controle Social, SUS, Políticas de Saúde Indígena e Segurança Alimentar, respeitando as organizações próprias de cada comunidade.

9) Reativar o CEPSEI- Comissão Especial Permanente de Saúde Indígena, sendo que sua composição será de responsabilidade da FUNASA e a representação dos seis “DISEIs” de Mato Grosso.

10) Que haja capacitação continuada para os Conselheiros Indígenas junto às Esferas Federal, Estadual e Municipal.

11) Que sejam garantidos recursos financeiros para a realização de encontros e fóruns anuais entre os Conselheiros Distritais de Saúde Indígena.

12) Que sejam garantidas dez vagas de delegados na 13ª Conferência Nacional de Saúde. (para os índios). É só fazer a complementação. Já tem um destaque.

13) Que o Governo Federal garanta recursos financeiros e reconheça como parte integrante da Conferência Nacional de Saúde, a realização das Conferências Especiais dos povos indígenas de cada estado e também a Pré-Conferência Nacional e Especial dos povos indígenas.

14) Garantir à FUNASA, DSEI – enquanto unidade gestora, assento nas discussões, CIB, Conselhos, Conferências e Fóruns, no âmbito Nacional, Estadual e Municipal.

Estadual:

1) Criar mecanismo de punição aos municípios que não derem ênfase em saneamento básico e não efetivarem o controle de água mensal.

2) Garantir parceria com o Governo Federal para pavimentação da rodovia MT 100. Destaque aqui. Mais algum destaque?

3) Promover reuniões de sensibilização em parceria com o Conselho Municipal, Estadual e Federal de Saúde com as Entidades que possuem sua representação assegurada no regimento interno do Conselho Municipal de Saúde.

4) Integrar e introduzir saúde e educação SUS na grade curricular de todos os níveis de formação objetivando a conscientização dos cidadãos.

5) Recomendar à Secretaria de Segurança Pública a garantia de segurança nas unidades de saúde, principalmente aquelas que atendam no período noturno.

6) Implantação de Ouvidoria Regionais e Municipais.

7) Resolver a questão dos usuários da linha 45, que tem dificuldade de acesso ao seu município. Novo mundo, Rondônia.

Na nacional, as recomendações são:

1) Criar mecanismo de punição aos municípios que não derem ênfase em saneamento básico e não efetivarem o controle de água mensal.

2) Garantir parceria com o governo federal para pavimentação da rodovia mt 100.

3) Promover reuniões de sensibilização em parceria com o Conselho Municipal, Estadual e Federal de Saúde com as entidades que possuem sua representação assegurada no regimento interno do Conselho Municipal de Saúde.

4) Viabilizar encontros entre médicos e técnicos do INSS para esclarecer dúvidas relacionadas aos laudos e atestados exigidos pelas instituições.

5) Recomendar ao Conselho Estadual de Saúde que viabilize assentos de representação indígena nos Conselhos Municipais de Saúde.

Existe aqui nesta proposta da Estadual, “garantir intercâmbio entre os Conselhos Estadual e Federal”, duas pessoas que fizeram destaque, então pedimos para Edilene e Nara que vocês possam consensuar a proposta de vocês.

Boa tarde. Advaldo de Alto da Boa Vista. Estou vendo ali, o seguinte: temos sim, obviamente, que garantir o orçamento para os Conselhos, só que a maior reclamação que estou vendo aqui é que os Municípios não repassam o recurso aos Conselhos, então sugiro que coloquemos que esse recurso fosse colocado “fundo a fundo”, especificamente para o Conselho Municipal de Saúde, direto do Governo Federal.

Alguém tem posição contrária à proposta? Não? Tem. Você é convidada, então tem direito à voz, mas não à voto.

Eu sou Sílvia, do Escritório Regional de Juara. A grande preocupação que eu tenho em relação a recurso financeiro a Conselho Municipal de Saúde, principalmente em municípios pequenos com 3, 5, 6 mil habitantes, que seja como o delegado disse “fundo a fundo”, quem vai (contador) gastar dinheiro pra prestar conta de pouco dinheiro? A grande preocupação é ter uma parte de um dinheiro que precisa de contador, encargos sociais... Então vai acabar gastando todo o dinheiro do Conselho pra ficar mantendo esse dinheiro “fundo a fundo”. Então, a sugestão seria: deixar no fundo municipal, sabendo digamos, 1% do orçamento/ano é destinado ao Conselho mas que seja gerenciado e contabilizado pela Secretaria Municipal de Saúde.

Conselheiro Ambrósio. Um favor e um contra. Questão de esclarecimento:

Na verdade, quero esclarecer e ao mesmo tempo colocar que como foi falado anteriormente pelos palestrantes, para que se tenha autonomia financeira, os Conselhos precisam da técnica que eu vou lhe falar e precisa se tornar uma unidade financeira. Então tem um trâmite, um processo e o Conselho Estadual já teve um estudo com a Lucinéia pra que a gente pudesse dar essa autonomia. A Dulcinéia poderia prestar esse esclarecimento para contribuir com todos os municípios aqui presentes, sobre se tornar unidade financeira, a questão do CNPJ, etc...

Então existem duas propostas para serem colocadas em votação.

Antes de colocar em votação, a mesa está entendendo que não há divergência de fundo nas duas propostas. O primeiro companheiro que fez sua proposta encaminhou para que o Governo Federal repassasse “fundo a fundo”, portanto, fundo nacional de saúde e fundo municipal de saúde – recursos destinado ao funcionamento das ações do conselho, certo? A outra companheira argumentou que esse “fundo a fundo” só poderia ser via Secretaria Municipal e que a prestação de contas então seria de responsabilidade da Secretaria Municipal. Gostaríamos de encaminhar uma proposta de redação, tudo bem?

Então vou ler aqui pra ver se vocês concordam, se não, os dois proponentes se reúnem pra encaminhar uma proposta alternativa:

“Garantir dotação orçamentária ‘fundo a fundo’ – Governo Federal para o fundo municipal de saúde para desenvolvimento das atividades dos Conselhos Municipais com responsabilidade de prestação de contas pelas Secretarias Municipais de Saúde”.

Nós vamos passar para a relatoria, para digitarem e vocês terem mais clareza na proposta que foi feita. Na verdade, com a intenção de contribuir com vocês, o conselho tem que estar dentro do orçamento do próprio município. Porque o Conselho

Municipal é que aprova o orçamento da Secretaria Municipal de Saúde. Quando ele for aprovar, ele já tem que estar destinando um recurso próprio para o funcionamento do Conselho. Mesmo quando não está no plano municipal, o Conselho é que aprova o orçamento da Secretaria Municipal de Saúde. E para que possa prestar contas, ele tem que ser uma unidade gestora, senão quem vai prestar contas é a Secretaria Municipal de Saúde. Essa é uma matéria muito importante.

Essa é uma proposta de emenda à proposta 1 do eixo 3. “criação de fóruns permanentes de discussão e articulação dos Conselhos Locais, Municipais e Estadual com encontros minimamente semestrais.” É uma proposta nova. Estou entendendo que é de acréscimo. A proposta é de esclarecer a maneira como será feita esse intercâmbio. Que seja feito através de fóruns locais, semestralmente. É isso?

O que me parece é que a idéia de intercâmbio é: “vou lá, visito outro Conselho, vejo como ele funciona e vejo mais ou menos como que se aproveita. A idéia que eu quis colocar é que isto seja realmente um fórum de articulação e discussão dos Conselhos. A outra é que temos em Cuiabá, não sei se tem em outros municípios, o Conselho Local que ajuda a Unidade de Saúde a gerir dentro de sua área de abrangência. Esses conselhos hoje, não tem uma participação efetiva, uma voz mais ativa dentro dos Conselhos Municipais. A idéia é que isso se faça de forma ascendente. Os Conselhos Locais discutem com os Municipais quais são as suas necessidades locais e os Conselhos Municipais se articulam e discutem com o Estadual quais são as suas necessidades em vez dessa coisa de intercâmbio, de visita... E sim uma coisa mais formal e permanente.

Obrigada. A plenária se sente esclarecida para colocarmos em votação?

Primeiramente a manutenção da proposta nº 1 que veio no relatório, por favor se manifeste quem for favorável. Contrários. Abstenções.

Aqueles que são favoráveis pela alteração da proposta nº 1 do texto, por favor se manifestem. Agora vamos colocar a questão da alteração porque ela está um pouco conturbada. Está aprovada, só vamos melhorar a alteração. Houveram 2 propostas de melhoria da redação. Está sendo digitada.

Vou sugerir ao plenário que ao invés de colocar minimamente, encontros semestrais ordinários, porque se houver necessidade, a gente chama outros encontros. Mas fica acertado que será semestral.

A plenária concorda? Em regime de votação. Aqueles que concordam com a alteração proposta ao item 1, por favor se manifestem. Contrários (1). Abstenções (5).

O próximo é o 2. Já está aprovado. Ficou de melhorar e adequar a redação, que ficou dessa forma: “Garantir dotação orçamentária ‘fundo a fundo’ – Governo Federal para o Fundo Municipal de Saúde para desenvolvimento das atividades dos Conselhos Municipais com responsabilidade de prestação de contas pelas Secretarias Municipais de Saúde”. Em regime de votação: favoráveis à alteração do texto, contrários (2), abstenções (3).

Proposta de 3. Em regime de votação, quem aprova o texto original, por favor se manifestem. Contrários? Abstenções (1).

A redação proposta ao item 4: “Que a SES, através da Escola de Saúde Pública, Conselho Estadual de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, garantam a realização da Política de Educação Permanente para conselheiros e agentes sociais para que conheçam suas atribuições e exerçam melhor sua autonomia com participação nas decisões que lhe competem em parceria com entidades governamentais e privadas.” A plenária se sente esclarecida?

Estou entendendo que o companheiro fez a proposta porque na parte de execução da política estão às instituições governamentais e o Conselhos Estadual e o

Conselho Municipal foi retirado. A proposta simplesmente de incluir também na parte da execução das políticas os Conselhos Municipais. Acho que não há problema em relação a isso. É só colocar depois da vírgula do SES, CMS.

A 6, a 7, a 8 e 9, não houve nenhum destaque, vamos adiantando e colocar em discussão. Aqueles que concordam pela sua aprovação com a redação como se encontra, por favor se manifestem. Aprovados.

Vamos fazer ajuste na redação e vamos votar os itens da nacional.

Item 1 da nacional: aqueles que concordam com a redação, por favor se manifestem. É igual.

É uma proposta de acréscimo. Vamos encaminhar da seguinte forma: existe uma proposta no item 4 do eixo 3, da nacional, com alteração do texto com complementação. A gente poderia fazer como está no regimento, a pessoa que propõe defende a favor e uma outra (se tiver defesa contrária), defende em contrário e depois a gente segue para a votação de alteração do texto conforme proposta apresentada ou manutenção. Pode ser?

Proposta de alteração, item 4 do nacional, vou ler novamente: “Que o Estado Brasileiro garanta o recurso para o controle social indígena quilombola e populações tradicionais (ribeirinhos e pantaneiros)”. Eu pergunto se há algum encaminhamento contrário a essa proposta de adendo ao item 4. Por favor se manifeste aqui no púlpito.

É pra gente tirar “o Estado Brasileiro” e colocar “que o Ministério da Saúde garanta recurso...”. Eu pergunto se alguém da plenária é contrário à proposta de alteração apresentada agora pelo companheiro. Então vamos encaminhar à votação, entendendo que a plenária está esclarecida. Em regime de votação, quem for favorável à manutenção do texto, por favor levante o crachá. A primeira é a manutenção do texto como ele está. A segunda é a proposta de alteração com a proposta de adendo que o companheiro apresentou aqui, pra colocar “Ministério da Saúde”, ok? Vou ler novamente: “Que o Ministério da Saúde garanta recurso para o controle social indígena quilombola e populações tradicionais (ribeirinhos e pantaneiros)”. Essa é a proposta de alteração ao texto que está aí.

Esclarecimento? Por favor, aqui. Peço paciência para que possamos esclarecer a todos.

Foi posto isso com relação ao “Estado Brasileiro”, o Ministério da Saúde já garante isso, através do plano distrital que já está incluso o controle social, só a título de esclarecimento. Apenas porque o povo brasileiro gosta de linguagem popular, então generalizando a situação seria mesmo isso: “Ministério da Saúde”.

O companheiro está defendendo que se mantenha o termo “ministério da saúde” ou “estado brasileiro”?

Eu consulto a plenária se há algum prejuízo de manutenção do termo “estado brasileiro”. Senão teremos que construir 3 propostas por causa desse termo. Não? Então, estou entendendo que a plenária quer que se encaminhe a proposta manutenção do termo “estado brasileiro”. Então, vou colocar as duas propostas em votação:

A primeira proposta: manutenção do texto original. Segunda proposta: alteração do texto. Regime de votação. Favoráveis à manutenção do texto original, por favor levantem o crachá. Número 2: proposta de alteração do texto. Venceu a segunda.

Os itens 6, 7 e 8, não houve destaque. Podemos votar em bloco para avançar um pouco?

Se a plenária não se manifestar de forma contrária, a mesa entende que está aprovado, ok? Então está aprovado.

A plenária manifestou que aqueles que não houverem destaque, está automaticamente aprovado. Porque o regimento fala diferente, por isso temos que respeitá-los. O próximo?

A 9,10 e 11 também não houve destaque, então está aprovado.

A plenária tem que prestar atenção na condução, porque não podemos voltar às matérias que já tenham sido aprovadas.

Item 12: O encaminhamento é o seguinte. A primeira votação: nós queremos dar tratamento especial aos povos indígenas, garantindo vagas a mais para que eles possam ser representados a partir desta plenária? Aí então vamos proceder à votação das outras propostas, se será uma vaga, 4 vagas...

A segunda votação: a plenária entende que os indígenas já estão contemplados nas 16 regionais. Se ganhar essa proposta, a outra fica prejudicada e encerramos a votação. Em regime de votação.

Proposta 1: quem é favorável à vagas especiais para indígenas para participação da 13ª Conferência Nacional. Vamos contar. Contrários. Abstenções.

Foi aprovada por contraste as vagas especiais para indígenas. Agora vamos proceder a como serão essas vagas.

Proposta 1) que esta plenária tire uma vaga de representação indígena para participação da 13ª Conferência Nacional.

Proposta 2) que esta plenária tire quatro vagas de representação indígena para participação da 13ª Conferência Nacional.

Repetindo: proposta 1 – uma vaga. Proposta 2 – duas vagas.

Alguém quer manter a proposta de 10 vagas? Não, né? Estou entendendo que foi suprimida.

Em regime de votação:

Nós tivemos a favor de 4 vagas: 131 votos.

A favor de uma vaga: 160 votos.

Eu vou pedir ao nosso apoio, para fazer a organização dos crachás. Enquanto organizamos os crachás por ordem alfabética, vamos dar um intervalo de 5 minutos.

Vamos voltar para podermos encaminhar o restante das propostas.

Dando continuidade, na nacional, a 13 e a 14 já estão aprovadas, porque não houve destaque.

Nós temos aqui, 2 propostas que foram encaminhadas à relatoria, no eixo 1, que na verdade pertencem ao eixo 3. Então, nós gostaríamos de consultar a plenária para saber se a gente pode estar deliberando. A plenária concorda em deliberar as propostas que foram encaminhadas ontem, por vocês mesmos?

A primeira: Reestruturar a legislação, para que o presidente do Conselho seja um conselheiro eleito. Em discussão. Não tem nenhum destaque? Em regime de votação. Aqueles que concordam com a proposta por favor se manifestem. Contrários? Abstenções? Aprovada.

A outra: Considerando saúde como resultante de um conjunto de ações intersetoriais, que os Conselhos de Saúde liberem quanto à formatação, ao conteúdo e ao uso de estratégias de comunicação, informação em escolas de ensino infantil, fundamental, ensino médio, promovendo e integrando os programas escolares relacionados ao direito universal à saúde, ao funcionamento do SUS. Em discussão. Aqueles que concordam com a proposta por favor se manifestem. Contrários? Abstenções? Sete. Aprovada.

Proposta da nacional: “Que a 13ª Conferência Nacional de Saúde recomende a prioridade da plena e rápida informação de todos os conselhos municipais e estaduais de saúde, do programa de inclusão digital, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde.

Microcomputador, conectividade, capacitação para acesso e busca de informações estratégicas na internet para análise de dados e de indicadores relevantes na perspectiva de controle social.”

Esta proposta foi feita ontem, no eixo 1 e foi remetida ao eixo 3. Algum destaque? Esta é a última. Então vamos colocar em regime de votação. Aqueles que concordam com a proposta, por favor, se manifestem. Contrários (2). Abstenções (7). Foi aprovada

Redação da proposta seguinte: Garantir parcerias com os Governos Federal e Estadual para pavimentação asfáltica em todas as estradas municipais e estaduais e federais de Mato Grosso vamos contemplar todo mundo.

Então aqueles que concordam com as duas alterações proposta, por favor, se manifestem.

Contrários? Ninguém.

Abstenções? Uma, duas, três, aprovado.

As recomendações foram aprovadas. Recomendação inserida pelo delegado Sandro de Cuiabá: “Instalação do Hospital Central de Cuiabá como Pronto Socorro”. Contrários? Nenhum. Abstenção? Aprovada.

Muito obrigado a todos.

ANEXO III - MESA DA PLENÁRIA FINAL

Composição da Mesa: Sr. Augustinho Mouro, Secretário Estadual de Saúde e Presidente do Conselho Estadual de Saúde, Sra. Leila Boabaid, Conselheira Estadual de Saúde, Sr. Genilson Kasomaio, Conselheiro Estadual de Saúde, Sr. Fabiano Tonako Borges, Conselheiro Estadual de Saúde, Sr. Soraia Maciel, da Comissão de Relatoria. Coordenador da Mesa o Sr. Carlos Alberto Eilert Conselheiro Estadual de Saúde.

Passamos a palavra ao Sr. Augustinho Mouro.

Bom dia a todos! Muito bom ver que no 3º dia de Conferência está todo mundo aqui firme, isso que é importante. E hoje sem dúvida nenhuma é importantíssima a presença e a participação para que a gente possa de fato aqui elencar as proposta que puderam contribuir na Conferência Nacional. Mas antes eu gostaria de parabenizar o pessoal de Vera, o Prefeito, o Maestro e todos aqui e a Banda que esteve aqui, que a gente vê no Estado de Mato Grosso apesar de nós estarmos aqui, discutindo saúde, principalmente vendo os problemas lá de saúde, nós temos muita coisa boa pra mostrar, e com certeza absoluta a partir desse momento, esse projeto de Vera vai estar sendo comentado em todos Municípios do Estado que estão todos aqui representados. Então exemplos também têm aqui em Cuiabá aquela Banda de Flautas que já esteve a nível internacional, sendo apresentado na França. É importante a gente saber que têm esses projetos. Porque essas crianças com esse trabalho não ficarão doentes, elas estão sendo aí sempre alimentadas pela harmonia da música. Aí eu gostaria de pedir que com base digamos assim, depois dessa apresentação, nós hoje tenhamos aqui um dia produtivo e que de fato a gente possa, conduzir os trabalhos de forma satisfatória e que a gente possa elencar de fato aquelas propostas que sejam estruturantes para o Sistema de Saúde. Que nós possamos estar levando para Brasília e depois os delegados que forem escolhidos à Brasília possam ir lá defender essas propostas que enriqueçam as Políticas Públicas de Saúde, proposituras que possam avançar, que possam contribuir para o Sistema de Saúde como um todo, e não ficarmos nas questões pontuais somente. A gente precisa avançar de forma geral. E aí também à tarde, a gente vai estar participando aqui do encerramento, aí eu queria também fazer algumas proposituras para que as próximas Conferências, a gente talvez pudesse mudar um pouco a forma de discussão, e no momento vou passar para Leila que vai Coordenar a Mesa.

Em seguida Leila passa para o Carlos para condução dos trabalhos.

Novamente Bom Dia a todos e a todas, primeiro dizer que está é uma Conferência vitoriosa. Nós tivemos nestes dias aqui mais de 1000, 1300 pessoas participando entre observadores e delegados. E aí nós temos o seguinte: foram inscritos como Delegados 124 representantes do Governo dos 141 municípios. Delegados de Trabalhadores 134 e Delegados de Usuários 257, então somos 515 Delegados nesta Conferência. Uma salva de palmas para todos nós e para Mato Grosso.

Nós temos que reconhecer o esforço que foi feito pela Secretaria de Estado de Saúde e pelos Municípios. Dando inicio, temos uma proposta pendente que está faltando ser terminada do Eixo nº 3.

Bom dia a todos e a todas! Eu gostaria de solicitar a organização e a mesa o aumento do prazo para a entrega das monções que foi acordado até as 10h00min, eu gostaria que passasse para 12h00min porque a gente esta passando as moções, e como a gente não teve apoio pra redigir aqui, teve que redigir fora, e houve os contratemplos, gostaria de solicitar a mesa, a organização esse descerramento desse prazo.

A mesa acata. Os companheiros que concordam que as moções sejam apresentadas até ao meio dia, por favor, levante o cartão de voto. Obrigado!

Abstenções?

Contrárias?

Nenhuma. Aprovada por unanimidade.

O nosso colega palestrante de ontem gostaria de dirigir umas palavras de despedida. Por favor, Dr. Neilton.

Tudo bem! Bom, é só pra dizer duas coisas. Primeiro muito obrigado pela acolhida é pela forma simples, calorosa, unitária, é com que não só eu fui recebido, mas eu vi vocês se situarem nessa Conferência. A segunda palavra é de cumprimentar vocês pelo trabalho que estão fazendo. Eu vi agora a leitura dessa resolução e desse encaminhamento que vocês estão propondo de apoio à regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, queria dizer que estou viajando muito o Brasil, estou na Comissão Nacional de Organização da Conferência, queria dizer pelo que conheço até agora o Mato Grosso é o primeiro Estado a fazer um encaminhamento com está mobilização e com essa seriedade, já vou levar notícias dessa iniciativa de vocês pra outros Estados, para animar outros Estados a fazerem algo semelhante, porque se nós não juntarmos forças, nós não andarmos com alegria e competência, nós não vamos conseguir a regulamentação da Emenda Constitucional antes da Etapa Nacional da Conferência, às vezes nem consiga. E pior às vezes consegue com uma regulamentação completamente distorcida e que pode representar perda de recursos financeiros para o setor de saúde. Queria desejar um bom final de Conferência, é muito importante que cada seguimento, cada delegado pense nos seus interesses, nas suas especificidades, é fundamental, já deixei a sugestão para Cândida e para o Edvand, e ao concluir a votação e a escolha dos delegados de Mato Grosso antes de viajarem para Brasília, a minha sugestão é fazer uma reunião, uma oficina com todos os delegados para ver o que é a prioridade de Mato Grosso, o que é prioridade da Amazônia Legal, o que é que podemos priorizar na Etapa Nacional. Um grande abraço a vocês e muito obrigado por tudo.

E para complementar a fala do Dr. Neilton dos 282 delegados usuários faltaram apenas 25, então o Estado está de parabéns.

A mesa sugere que as proposições que nós lemos sejam aprovadas em bloco e as que tenham algum desencontro de redação, venham à mesa. Os que concordam com essa proposta, por favor, levantem o cartão de voto.

Quem é contrário? Um voto contrário, dois contrário.

Abstenções? Uma, duas, três, quatro, cinco, seis, sete, oito, então, com dois votos contrários e oito abstenções, nós consideramos aprovados os textos como vieram que serão levados para a Nacional. Muito obrigado, mas não acabou o trabalho. Os delegados que concordam “Que a representatividade do Conselho Estadual contemple assento assegurando paridade conforme a regionalização, e as escolhas sejam através de fóruns regionais, levante seus cartões de votos.

Contrários? onze. Abstenções? oito. A proposta foi aprovada.

Dando encaminhamento ao nosso trabalho, Leila você pode me ajudar. Porque no que se refere as proposições e votações do Eixo nº 1, nós já aprovamos.

Leitura, discussão e aprovação do Eixo nº 2.

1 – Implantar CEIST e Unidades Sentinelas nos Municípios do Estado;

Há destaque? Não.

2- Promover a descentralização dos medicamentos de alto custo dando autonomia e repasse aos Municípios para aquisição. Não foi votado, ficou pendente.

3 – Que a União, Estado e Municípios reavaliem os recursos destinados Assistência Farmacêutica. Um favorável e um contrário.

Nova redação: Que a União e estados reavaliem os recursos destinados assistência farmacêutica estendida aos pfs. Não é isso? Muito bem, o companheiro disse se colocar unidade básica de saúde atinge a todos. Ok. Muito bem, então nós vamos substituir aí né, onde têm pfs para unidade básica de saúde. Os que concordam, então, por favor, levantem o cartão de voto.

Contrários? Abstenções? Com algumas abstenções foi aprovada a inclusão do texto e a modificação.

4 – Implementar o Cartão SUS como mecanismo de controle de regulação dos Municípios. Como não há destaque vamos para a votação. Já está aprovado.

5 – Garantir o repasse oportuno aos municípios dos medicamentos para diabetes, hanseníases, tuberculose, aids, etc. Nova redação: Garantir o repasse contínuo aos Municípios dos medicamentos para diabetes, hanseníases, tuberculose, HIV a Aids, transtornos mentais, renais e transplantados. Levantem o cartão de voto. Abstenções? Com algumas abstenções foi aprovada a mudança do texto.

6 – Implementar procedimento médicos anti-conceptivos: vasectomia, diu laqueadura nos Hospitais Regionais. Levantem o cartão de voto.

Os que são contrários? dois contrários. As abstenções: nenhuma. O texto foi aprovado com alterações.

7 – Garantir que os Consórcios Intermunicipais de Saúde atendam a demanda da média e alta complexidade de sua região. Foi suprimida

8 – Que a Secretaria Estadual de Saúde e as Municipais dos municípios de referência garanta o retorno em tempo oportuno dos resultados dos exames aos usuários através da descentralização dos Larens. Os que concordam, por favor, levantem o cartão de voto. Contrários? Abstenções? Com algumas abstenções, foi aprovada a modificação do texto.

9 – Garantir a descentralização da análise laboratorial para doença e agravos de interesse nos serviços públicos e privados de saúde. Alguém tem algum acréscimo? Destaque contrário? Muito bem, então, já está aprovada. Certo? Não há contrário, nem inclusão, a proposta nº 9 já está aprovada.

10 – Que a Secretaria Estadual de Saúde e as Municipais fomentem a implantação da Política de Humanização do SUS nos serviços públicos e privados de saúde. Os favoráveis ao item como está, por favor, levantem o cartão de voto do item nº 10. Um voto contrário. Foi aprovado o item nº 10.

11 – Descentralizar a distribuição de medicamento de alto custo para os Escritórios Regionais. Não foi votado, ficou pendente.

12- A proposta nº 12, com algumas abstenções, foi aprovada.

13 - Implementar Política de Prevenção e Fiscalização da Segurança do Trabalho. Os que concordam com a 13 levantem o cartão de voto. Os que concordam. Os contrários? Abstenções? Muito bem, com algumas abstenções foi aprovado.

14 - Realizar auditoria externa nos serviços dos Consórcios intermunicipais visando à eficiência e a qualidade do atendimento. Nova redação: “Realizar auditoria externa nos serviços de Consórcios Intermunicipais, e Hospitais Regionais visando à garantia da efetivação bem como a publicização dos resultados à sociedade”. Com um voto contrário foi aprovado.

15 - Rever a normatização quanto ao número de famílias por Programa de Saúde da Família.

Nova redação: Rever e cumprir a normatização quanto ao número de famílias por PSFs tanto urbano quanto rural. Levantem o cartão de voto da nº 15

Contrários? Abstenções? Cinco contrários, Sete abstenções foi aprovado o texto da nº 15.

Nova proposta: “Garantir que seja cumprido à normatização as famílias assentadas pela Secretaria Estadual de Saúde, Incra, Intermat e Quilombolas”. Levantem o cartão de voto. Um contrário. Abstenções? Com algumas abstenções e um contrário foi aprovada essa inclusão.

16 – “Que a Secretaria Estadual de Saúde e as Municipais, invistam em Centros Regionais para dependentes químicos por meio de parcerias de constituições governamentais e não governamentais e privadas. Levantem o cartão e voto. Contrários? Um voto contrário. Por abstenções? Duas abstenções e um contrário, foi aprovado.

17 – Fortalecer a CIB com maior apoio do Estado nas negociações. Levantem o cartão de voto. Os contrários? Um contrário. Abstenções? Com algumas abstenções e um contrário. Foi aprovado o texto.

18 - Melhorar a infra-estrutura física e tecnológica e recursos humanos dos Hospitais de Referência dos Consórcios.

Nova redação: “Melhorar e garantir a manutenção infra-estrutura física e tecnológica e recursos humanos nos Hospitais Regionais e Municipais de referência regional”.

Vamos votar. Os que concordam com a substituição e o acréscimo retirando a palavra consórcio, por favor, da 18, levantem o cartão de voto. Os contrários? Abstenções? Aprovado por unanimidade.

19 - Os delegados e delegadas que concordam com a supressão do item 7 e 19 sem prejuízo da nova redação por favor, levantem o cartão de voto. Contrários? Dois. Abstenções? Uma, duas, três, quatro. Quatro abstenções. Muito bem então foi suprimida.

Nova redação. “Fortalecer os papéis intermunicipais de saúde no caráter de complementaridade do sistema obedecendo aos critérios epidemiológicos regionais”

Agora os delegados que concordam com a Nova redação lida aqui no plenário, por favor, levantem o cartão de voto. Favor da nova redação que foi lida. Os contrários a nova redação? Uma, duas, três, quatro, cinco, seis, sete, oito. Abstenções? Uma. Com uma abstenção e oito contrários o texto da nova redação foi aprovado.

20 - Implantar mecanismos no sistema de regulação de vagas, para melhor agilizar o atendimento dos usuários.

Nova redação: Ampliar o número de vagas nas centrais de regulação e garantir o acesso dos usuários através do SISREG, bem como coibir e punir as práticas de favorecimento de pequenos grupos. Os que concordam com essa alteração da nº 20, por favor, levantem o cartão de voto. Os que são contrários? Abstenções? Com uma abstenção foi aprovada essa alteração.

21 – Que a Secretaria Estadual de Saúde auxilie, supervisione, e as Secretarias Municipais viabilizem a implantação da CAPS, residência terapêutica, Hospital Dia. Vamos votar agora as duas palavras de acréscimo. “auxilie e supervisione” os que concordam com esse acréscimo, por favor, levantem o cartão de voto. Contrários? Abstenções? Aprovado por unanimidade.

22 - Efetivar parceria com a Secretaria Estadual e Secretarias Municipais de Saúde, Ministério Público, Tribunal de Contas, através de Mesa de Negociações contínuas referente às demandas do SUS.

Os que concordam com essa proposta de mudança da redação de acréscimo, por favor, levantem o cartão de voto. Contrários? Um, dois, três, quatro

contrários. Abstenções? Uma, duas, três, quatro, cinco, seis. Com seis abstenções e quatro contrários. Foi aprovada a mudança do texto.

23 – “Ampliar a cobertura populacional da Atenção Básica por meio da Estratégia da Saúde Família e Saúde Bucal”. Substituição. “Criar mecanismo para que os Gestores Municipais adotem a Estratégia da Saúde da Família como instrumento de efetivação da Atenção Básica priorizando a cobertura nas áreas rurais”. Levantem o cartão de voto. Contrários? onze. Abstenções? duas. Foi aprovado a substituição integral do texto por esse que foi lido agora.

24 - “Garantir o acesso à cirurgia reparadora para tratamento de lipodistrofia, lipoatrofia e PVHA bem como os procedimentos e insumos, medicamentos, órteses e prótese necessárias para tratamentos e seqüelas, doenças oportunistas mediante protocolos de base multidisciplinar”. Nova redação: Efetivar as realizações das cirurgias reparadoras para tratamento de lipoestrosfia, lipoatrofia das pessoas vivendo da forma de PVHA e Aids e o restante do texto igual.

Os que concordam com essa nova redação, por favor, levantem o cartão de voto. Os contrários? Um. Abstenções? Uma, duas, três. Com algumas abstenções e um contrário, foi aprovado o texto com alguma modificação.

25 – Incluir o exame para diagnóstico do câncer de próstata dentro dos exames de atenção básica. Foi aprovada por unanimidade

26 – “Estabelecer Rede de Referência e Contra Referência em Saúde Mental”. Como não há manifestações da platéia, então vamos pra votação. Os delegados que concordam com essa redação, por favor, levantem o cartão de voto. Muito obrigado. Contrários? Abstenções? Muito bem, aprovado por unanimidade.

27 – “Viabilizar junto aos Escritórios Regionais de Saúde, Secretaria Estadual e Secretários Municipais, a implantação do Consórcio de Saúde da Baixada Cuiabana, como estratégias para viabilizar referência de alta e média complexidade e outras ações que podem ser contempladas através do consórcio.” Levantem o cartão de voto. Contrários? Oito contrários. Abstenções? Com doze abstenções. Com oito contrários e doze abstenções foi aprovada a proposta.

28 - “Que a Secretaria de Saúde garanta o retorno nas informações aos municípios semestralmente”.

Com uma abstenção foi aprovada a supressão do item nº 28.

29 – Ampliar e garantir na rede sus a referência para internação de pessoa vivendo com HIV/Aids, bem como definir maior números de profissionais que iram emitir o laudo e assumir o paciente no serviço secundário e/ou terciário, SAE e Hospitais. Aprovada.

30 – “Implantar o serviço de captação de órgão para transplantes nos Hospitais de Referência Regional. Aprovada

As demais proposições ficaram prejudicadas na plenária final e não foram votadas devido ao adiantada da hora e pela necessidade de compor a Mesa para Eleição dos Delegados para 13ª Conferência Nacional de Saúde.

ANEXO IV - ELEIÇÃO DOS DELEGADOS

Composição da Mesa Eleitoral: Maria Luiza Zanirato, Maria Cândida, pela experiência o Conselheiro João Luiz Dourado e também o Conselheiro José Carlos Bazan. Vamos passar a Coordenação da Mesa para o Conselheiro João Luiz Dourado e também a Conselheira Maria Luiza que é da Comissão Eleitoral, de acordo com o Regimento Interno.

“Observadoras, Observadoras, convidados e convidadas, nós estamos aqui na Comissão Eleitoral, para quem não me conhece, sou o João Luiz Dourado. Estou como Delegado do segmento de Usuário. Eu pediria a todos os delegados e delegadas que estão lá fora que entrem para nós possamos dar início ao processo eleitoral. Eu vou passar para a delegada Maria Zanirato para que ela leia o Regimento Interno, e depois quem tiver dúvida nós vamos saná-las para depois irmos para o processo eleitoral. É importante que a gente atente para o Regimento Interno. Peço silêncio aos delegados e delegadas porque esse ponto é importante e muitos querem ir para os seus municípios, então quanto mais rápidos andarmos com este processo é melhor”

“Então vamos lá, na Sessão II na Etapa Nacional o que prevê o Regimento Interno desta 6ª Conferência Estadual aprovado segunda-feira, no período matutino, Artigo 27 os delegados para a 13ª Conferência de Saúde serão eleitos na 6ª Conferência Estadual de Saúde às 14hs, já extrapolamos esse horário, em plenária específica por segmento resguardando os princípios de paridade. Parágrafo Único fica estabelecida à participação dos delegados da seguinte forma: conforme então o regulamento nacional das vagas que nós temos de Mato Grosso da participação na Conferência Nacional ficou estabelecida a seguinte participação, inciso 01: 20 delegados representantes do segmento de usuários, aqui nós tivemos um acréscimo da garantia de 01 usuário para cada regional do Mato Grosso conforme a distribuição que a SES organiza. Inciso 02: 10 delegados representantes do segmento trabalhadores da saúde. Inciso 03: 05 delegados representantes do segmento de gestores. Inciso 04: 05 delegados representantes do segmento prestadores de serviços. Art. 28 os delegados serão eleitos mediante voto aberto com apuração imediata dos votos. Parágrafo único serão considerados eleitos os candidatos com maior número de votos, e em caso de impedimento da participação do delegado eleito assume a vaga deste o imediatamente mais votado do segmento, sendo que em todos os casos quando houver empate, será utilizado o critério de maior idade. Art. 29 os candidatos da Conferência poderão se candidatar para compor a delegação do Estado de Mato Grosso da 13ª na categoria de observadores, sendo que o critério de vaga estabelecido pelo regimento desta em 10% dos delegados que participaram da Nacional da seguinte maneira: 02 observadores representantes do segmento dos usuários, 01 observador representante do segmento dos trabalhadores e um observador representante dos prestadores de serviço e do governo. Art. 30: os casos omissos desse regimento referente ao processo eleitoral serão deliberados pela Comissão Eleitoral da 6ª Conferência Estadual de Saúde. É, dos recursos ainda está previsto no capítulo 06 dos recursos, as despesas, não, só para esclarecer que a despesa em relação à ida dos delegados para Brasília será de responsabilidade do Município para encaminhar os delegados para Cuiabá, de Cuiabá à Brasília responsabilidade do Estado, e a estadia, alimentação em Brasília será por conta da Conferência Nacional. E o Estado vai arcar com as despesas apenas dos delegados daqui até Brasília. Fica claro então que quem arca com as despesas em relação à vinda para Cuiabá e de Cuiabá a Brasília e durante a permanência lá? Nós estamos propondo aqui, eu fui orientada pelo Conselho Nacional de Saúde de estar de repente fazendo uma

reunião com os delegados antes de ir para Brasília, ainda para orientarmos melhor a participação da delegação de Mato Grosso na Conferência Nacional, mas isso nós vamos ver dentro da Comissão Organizadora encaminhar posteriormente e será comunicado a vocês todos os procedimentos a respeito. Outro ponto ainda, nós vamos aferir a lista de credenciamento com as indicações que serão feitas e ainda vai necessariamente à pessoa que vai se eleger como delegado, titular ou suplente tem que preencher uma ficha hoje aqui antes de ir para casa, assinar essa ficha para ficar com a nossa Comissão Eleitoral, porque nós precisamos ter todos esses documentos para depois inscrever as pessoas na Conferência Nacional aqui através de uma senha que agente tem. Calma! Então não se esqueçam, não vão embora sem preencher essa ficha com todos os dados e devidamente assinada e conferida no relatório de credenciamento. Para não termos problema de lisura, de pessoa que não estava aqui na Conferência e depois sair como candidata para Conferência Nacional. Portanto tem de ter participado da Conferência Estadual integralmente, por isso vai ter de ficar até o final para preencher essa ficha.

No entendimento da Comissão Eleitoral, os 16 titulares das regionais já vêm com seus suplentes. Outra coisa que Eufrásia lembrou, lá em Brasília a hospedagem e alimentação esta prevista apenas para usuários e trabalhadores, gestores e prestadores de serviços não terão direito. Então os gestores e prestadores de serviços devem estar ciente disso.

Então, voltando aqui nos temos aqui o art. 27...

Coordenador só um minutinho, eu não sei se posso me inscrever agora para fazer um esclarecimento. Não sei se o que quero é uma duvida, um esclarecimento ou um protesto. Acho que é tudo junto. Posso falar? Eu penso assim gente, fica muito complicado, eu vou falar tranquilamente porque sou de Cuiabá e não vou precisar vir do interior para Cuiabá se for eleita, mas eu penso assim, para o usuário que o Município assume a passagem dele, já fica complicado por questão legais, o gestor não pode destinar passagem para pessoas que não são funcionários públicos, esse é um ponto. Outra coisa que eu percebo é que, se o estado de Mato Grosso realmente quer garantir o direito à saúde da população ele precisa garantir uma delegação de Mato Grosso com recursos do Estado, ele não vai ficar mais pobre se ele assumir, se a SES, Dr. Augustinho, assumir as passagens das pessoas que vem do interior, precisa sim, porque este Estado já fez isso muitas vezes, Conferência Estadual, delegado de Mato Grosso integralmente é custeado pelo Estado. O segmento de gestor é outra conversa, acho que é possível porque o segmento de gestor. O gestor, geralmente, é funcionário público e ele vai ter diária para trabalho e ele pode pagar, mas trabalhadores e usuários, delegação do interior tem de vir com passagens paga pelo Estado de Mato Grosso. Esta plenária a pessoa que se candidatar se ela for eleita ela não tem com o prefeito garantir a passagem, se o município falar que não tem esse dinheiro, você não vai, a pessoa não vem, gente. Vai criar um problema, não pode. Então eu penso que nós temos que começar a discutir aí, interior, delegado do interior, a SES tem de pagar a passagem e garantir a chegada dele até aqui, não pode deixar para o município porque ele não vai fazer isso, e aí a nossa delegação vai ficar prejudicada.

Gente, só um minuto. Nós temos uma Comissão Organizadora e uma Comissão de Orçamento, e nós vamos ter de arcar com despesa, o Governo Estadual vai arcar com a despesa de Cuiabá/Brasília e de Brasília/Cuiabá. Então nós temos uma planilha de custo, não este previsto na nossa planilha de custos a vinda do interior para Cuiabá.

Então não teremos delegado do interior.

Então você está fazendo um encaminhamento que nós não podemos responder aqui, tá?

Não adianta aprovar aqui.

Pessoal, só um pouquinho. Com licença. Eu gostaria de chamar o Secretário Augustinho Moro.

Pessoal, nós quando fizemos a previsão foi previsto daqui para Brasília então contando que os Municípios pudessem estar colocando o usuário até aqui em Cuiabá, mas diante da dificuldade eu só preciso ver a questão da legalidade também e, também tem essa questão para ver como é que possamos estar fazendo para assumir essa despesa lá do seu Município até aqui porque o restante já está assumido.

Ficou acertado que o Estado assumirá todas as despesas da delegação para Brasília, isso implica que a partir do momento que o delegado for eleito pra Nacional o Estado está assumindo a passagem ate Cuiabá e de Cuiabá para a Nacional.

“Delegados e delegadas de acordo com o art. 27 a eleição será feita por seguimento com parágrafo único a plenária entendeu que dentre esses vinte, 16 seria para as regionais, então antes da gente verificar o seguimento usuários, eu queria saber se o seguimento trabalhadores se reuniram e já tem a definição dos delegados. Já tem? Governo e prestadores de serviços, já tem a definição de seus delegados? Não?”

Vamos dar um encaminhamento, temos que respeitar o regimento interno. O que diz o regimento interno, me parece que ainda não está definido 100%, nós estamos com problema nos três seguimentos do regimento interno, o artigo 27 diz: definição por seguimento, então vamos fazer o seguinte, o seguimento dos usuários vai se reunir daquele lado lá, o seguimento dos trabalhadores neste ponto e lá no final governo e prestadores de serviços, lá no final observadores, só virá para cá a lista já fechada para homologação da plenária. Portanto, seguimento do usuário nesse lado, seguimento dos trabalhadores nesta parte e lá no final governo e prestadores de serviços, e observadores, só virá para cá as listas.

O seguimento dos usuários vai homologar os 16 nomes e resolver os 04 que estão lá para ser resolvido. Os três nomes porque um já ta resolvido é o indígena, o seguimento dos usuários vão definir os três nomes.

Ao final das discussões foram tirados os delegados dos três segmentos

DELEGADOS ELEITOS PARA 13ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE Usuários

Delegado : Aécio dias de Arruda
Delegado : Ana Célia de Souza
Delegado : Lilia Suely Alves dos Santos
Delegado : Ambrósio Moreira de Souza
Delegado : Mirela Rodrigues Padilha
Delegado : Luiza Merlin Maziero
Delegado : Ademar de Lima Carvalho
Delegado : Jurandir Aparecido de Carvalho
Delegado : Jacildo de Siqueira Pinho
Delegado : Leanda Boone da Conceição
Delegado : Osmar Francisco de Souza
Delegado : Arnaldo Zumizakae
Delegado : Madelaine Terezinha Stragiotto
Delegado : Francisco Carlos Machado Alves
Delegado : Samuel Oscar de Souza

Delegado : Gilberto de Souza Brauno
Delegado : Sandoval Torres Martins
Delegado : Cícero Guilherme da Silva
Delegado : Eloá Ferreira Santos
Delegado : Genilson André Kezomae

Trabalhadores

Delegado : Carlos Alberto Eilert
Delegado : Mirella Rubia Ortega
Delegado : Giancarlo Kisser Furrer
Delegado : Marli Okida Teixeira de Oliveira
Delegado : Juliana Herrero da Silva
Delegado : Márcia de Oliveira Costa
Delegado : João Cândido Neto
Delegado : Marina Silva Lara
Delegado : Nara Sandra do Nascimento
Delegado : Lucimar Moraes de Oliveira

Governo

01 – Sonia Maria de Souza;
02 – Agamenon Pereira de Souza;
03 – Atsumi Yoshimoto Miyazima;
04 – Marlon Pavanello;
05 – Maria Luiza Ortiz Nunes da Cunha;
06 – Luis Soares;
07 – Nei Cesar de Borba;
08 – Fabiano Tonaco Borges;
09 – Leila Maria Boabaid Levi;
10 – Nilva Maria Fernandes de Campos.

Observadores

Carla de Moraes E Silva
Claudia Maria Ourives Figueiredo de Souza
Emerson Silva da Costa
Lucinéia Soares da Silva

ANEXO V - PROPOSTAS QUE NÃO FORAM APROVADAS PELO PLENO DA CONFERÊNCIA, MAS REFERENDADAS PELO PLENO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE EM REUNIÃO DE 13/02/2008.

PROPOSTAS E RECOMENDAÇÕES NÃO INCLUSAS EIXO I

PROPOSTAS

1. Implantação de Pronto-Socorro Municipal nos Municípios com estrutura para atendimento emergencial como RX, Ultrassonografia e CTI
2. Garantir aos Municípios mais carentes e distantes dos grandes uma UTI móvel para atendimento emergencial
3. Garantir a revisão do teto financeiro para ampliação dos serviços oferecidos pelo Centro de Nefrologia de Rondonópolis
4. Garantir agilidade na manutenção preventiva e corretiva dos aparelhos dos Hospitais Regionais e outros que estão sobre a responsabilidade do Estado.
5. Instituir a Política Estadual de Atendimentos aos Portadores de Necessidade Auditiva.
6. Que a SEMA veicule propaganda nos meios de comunicação esclarecendo a população sobre o desmatamento legal e ilegal sobre as queimadas legais e ilegais e as penalidades para os infratores.
7. Que o Governo Federal e Estadual trabalhem a Saúde em conjunto com ministérios e as Secretárias Estaduais de Educação, Meio Ambiente Minas e Energia e Reforma Agrária.
8. Que a SES e as SMS implantem Políticas de Saúde voltada à população Negra, conforme proposta do Ministério de Saúde.
9. Iluminar e homologar pequenos aeroportos localizados no interior do Estado.
10. Que a SES e as SMS, criem, garantam, implementem e façam funcionar as 2 (duas) grandes Políticas de Prevenção para a Saúde Pública que são a implantação da Portaria nº 971 de 3 de maio de 2006 e Decreto nº 5813 de 22 de junho de 2006 da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (FITORERAPIA, HOMEOPATIA E ACUPUNTURA) e Política Nacional de Plantas Medicinais e Fototerapia no SUS (FITOTERAPIA), pois há incentivos inclusive financeiros em vários Ministérios e que a SES.
11. Que a SES garanta a implantação e funcionamento das 04 farmácias de manipulação, construídas em Cuiabá, Água Boa, Sinop e Tangara da Serra, promessa do Governador Blairo Maggi, com Política de Assistência Farmacêuticas no Estado, contempladas na Agenda Mato Grosso Mais Forte.
12. Que a SES garanta a implantação de casas de apoio para pacientes e acompanhantes em tratamento fora do domicílios.
13. Que os chefes dos DSEI'S sejam servidores do quadro da FUNASA, como determina a Portaria do DSEI'S.

RECOMENDAÇÕES

1. Integrar na saúde o Projeto Vida Nova – Empaer – Criação de Horta para geração de renda e efetivação de uma boa alimentação
2. Que a SMS, SES e MS garantam condições de trabalho adequadas (salário digno, recursos humanos suficientes, equipamentos de proteção individual (EPI), uniformes, materiais e espaços físicos) a todos os trabalhadores do SUS

3. Proporcionar que as Leis que regem a defesa do meio ambiente sejam divulgadas pelos Órgãos Federais, Estaduais, Municipais e cumpridas com rigor estabelecendo sanções para os infratores de forma contumaz
4. Que as Emendas Parlamentares considerem parecer do Conselho Estadual de Saúde ou de audiências públicas;
5. Que os gestores Federal, Estadual e Municipal, divulguem as ações realizadas pelo SUS de forma contínua.
6. Criar mecanismos de educação ambiental em parceria com a SEMA, com especial atenção com o Rio Araguaia
7. Que as eleições da diretoria dos Hospitais Municipais e Regionais sejam de democratizadas.
8. Que haja Eleições para diretoria administrativa e clinica dos Hospitais Regionais e Municipais, de forma democrática com participação dos servidores da unidade.
9. Criar escolinhas permanentes conveniadas à SEDUC de reeducação no trânsito;
10. Solicitar da SEMA e Conselho Estadual do Meio Ambiente, um estudo sobre impactos ambientais ocasionados pela agricultura de grande porte e análise da água dos mananciais de captação de água para consumo humano;
11. Implantação de Faculdades Regionais para a formação profissionais na área de saúde
12. Promover parcerias com a SEMA no sentido de evitar as queimadas urbanas, rurais e outros poluentes, cumprindo a Legislação Ambiental;
13. Que os responsáveis pela média e alta complexidade cumpram a Legislação vigente;
14. Articular com a Secretaria de Segurança Pública policiamento mais ostensivo, combate as drogas e acidentes e a criação de uma Policia Comunitária;
15. Ampliar fiscalização para poluição do meio ambiente.

PROPOSTAS NÃO INCLUSAS DO EIXO II

1. Fixar dentro da Tripartite o percentual de contra partida das Esferas Estaduais e Municipais ao Programa de Agente Comunitário de Saúde
2. Contemplar os Agentes de Combate a Endemias com as vantagens previstas na Portaria 1.761/07 do Ministério da Saúde
3. Determinar prazo aos Municípios para exercício da Lei 11.350 e da Emenda 51.
4. Repassar aos Agentes Comunitários de Saúde o valor de 532 previsto na Portaria 1.761/07 como valor mínimo de salário.
5. Inserir no PAC da Saúde os Agentes Comunitários da Saúde e Agentes de Combate as Endemias como prioridade
6. Que o Estado garanta a suplementação alimentar para os portadores de necessidades alimentares (desnutrição, deficiência de cálcio, HIV/AIDS, Anorexia, Bulimia, etc..)

ANEXO VI – MOÇÕES NÃO APROVADAS NA 6ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE MAS REFERENDADAS PELO PLENO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE NO DIA 13/02/2008

Moção de repúdio

Os delegados da VI Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso, vêm se posicionar veementemente contrários à implantação do Ente Jurídico Fundação de Direito Privado para gerir os Hospitais Universitários das Universidades Federais Brasileiras, ou, qualquer outro setor do serviço público Federal, Estadual e Municipal, com a compreensão de que todos os serviços públicos são típicos do Estado e que mais especificamente, Educação, Saúde, Previdência e Assistência Social, são áreas onde o Estado deve reclamar para si a oferta dos serviços, por se tratar de direitos básicos, universais e garantidos na Constituição. Que os Hospitais Universitários continuem a garantir a manutenção do tripé, Ensino, Pesquisa e Extensão, vinculada à assistência integrada na rede SUS, entendendo que o Hospital Universitário deve ofertar à população serviços públicos de qualidade, enquanto cumpre com seu papel de formação de profissionais para atuação na área de saúde e construção de conhecimentos, em linha de pesquisa que avancem na busca de soluções para as questões de saúde desde a atenção básica até os serviços mais especializados, construindo uma intervenção de qualidade e de referência na rede do SUS, na defesa da saúde com qualidade social, como dever do Estado e direito de todos.

Cuiabá, 10 de Outubro de 2007.

Moção de Recomendação

Para: Coordenadoria de Ações Programáticas da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso

De: Fórum Ongs Aids de Mato Grosso

Para que a sociedade civil organizada seja convocada para a elaboração do PAM (Plano de Ações e Metas) da Aids e possa indicar ações e propostas, também na questão da destinação dos recursos, uma vez que o PAM, segundo o Programa Nacional de DST/Aids do MS, preconiza 20% dos recursos sejam aplicados em ações para o fortalecimento do Controle Social nas questões das DST/Aids.

Moção de Recomendação

Que a SES/MT conclua, equipe e coloque em funcionamento o Hospital Central de Cuiabá, obra que se encontra inacabada e há mais de 20 anos em execução. E o transforme no Pronto Socorro da Grande Morada da Serra, atendendo assim a uma população de mais de 200 mil habitantes dentro do município de Cuiabá, com isso desafogando o Pronto Socorro Municipal de Cuiabá, que hoje atende uma população muito além da sua capacidade, sendo uma das mais importantes unidades de Atendimento de urgência e emergência em Mato Grosso. Essa conclusão se deve em respeito a população de Mato Grosso e especialmente de Cuiabá, que viu os recursos da

Saúde serem investidos esses anos todos naquela obra e não aceita vê-la transformada em mais um simples prédio de autarquias em nosso Estado

Moção de recomendação

Que a SES/MT construa em parceria com o MS a sede do Hospital Universitário Julio Muller dentro da área da UFMT, atendendo assim a uma antiga reivindicação da comunidade acadêmica.

Moção de pesar

O Presidente da 6ª Conferência Estadual de Saúde, Presidente do Conselho Estadual de Saúde e Secretário de Estado de Saúde, Excelentíssimo Senhor Augustinho Moro, juntamente com a Comissão Organizadora, Delegados, Convidados e Observadores, abaixo assinados, manifestam pesar pelo falecimento da Delegada, representante do segmento dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde, Ilustríssima Senhora Nanci Aparecida Doregam Arrias, do município de Nova Lacerda, que perdeu sua vida no trajeto para a vinda à 6ª Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso, na luta pelo controle social.

Moção de aplauso

Ao Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá pelo excelente trabalho na implantação dos conselhos gestores (em especial aos conselheiros que compõem a comissão específica de acompanhamento da implantação desses conselhos) reforçando o poder do controle social no município de Cuiabá.

Moção de apoio

Nós, delegados da 6ª Conferência Estadual de Saúde, abaixo assinado, reforçamos o apoio, em conformidade com a proposta aprovada na IV Conferência Nacional de Saúde Indígena, deliberando que a responsabilidade do financiamento da assistência de atenção básica da saúde da população indígena continue sob a responsabilidade do Governo Federal. E ainda que, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas sejam transformados em unidades gestoras com autonomia administrativa e financeira.

Moção de apoio

Nós, delegados da VI Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso – MT, apoiamos a aprovação da Lei Federal que inclui o fisioterapeuta na equipe mínima do Programa de Saúde da Família por entender da capacitação desse profissional nas ações de promoção e prevenção propostas por este programa.

Moção de repúdio

Nós, delegados da 6ª Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso, repudiamos a conduta administrativa da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) por vincularem a Nação Indígena Nambikwara, habitantes do município de Comodoro-MT, ao Distrito Sanitário Especial Indígena Vilhena – RO. A vinculação desse povo ao DSEI de outro Estado, está dificultando a qualidade e o atendimento da assistência de atenção básica

dos indígenas, causando transtornos irreparáveis ao bem estar daquelas comunidades. Mediante tais esclarecimentos, solicitamos que a FUNASA tome as devidas providencias cabíveis junto as suas Coordenações Regionais de MT e RO, para que o Povo Nambikwara de Comodoro, tenha o atendimento de saúde de qualidade que necessitam.

Moção de repúdio

Nós os delegados da VI Conferência Estadual de Saúde, abaixo assinado, repudiamos a construção das PCH – Pequenas Centrais Hidroelétricas do complexo Juruena na Região do Noroeste do Estado de Mato Grosso, pois além dos impactos ambientais, colocará em risco a alto sustentabilidade, práticas rituais, que terá impacto direto na qualidade de vida e na saúde dos Povos Indígenas Enawene, Myky, Erikbaktsa, Nambikwara e Parecis, que habitam a região e solicitamos providências no sentido de embargar a construção do referido complexo.

Moção de repúdio

Nós os delegados abaixo assinado, repudiamos a ausência dos Deputados Estaduais e Vereadores de Cuiabá, nas discussões que se propôs a VI Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso, fazendo ainda referência a ausência das Comissões de Saúde dessas casas de Leis.

Moção de repúdio

Ao preço superfaturado dos computadores entregues ao Conselhos Municipais de Saúde no valor de R\$ 2.480,00, tendo em vista que o preço do mesmo no mercado seria de menor valor.

Moção de repúdio

A Prefeitura e Secretaria Municipal de Saúde de Peixoto de Azevedo por não ter liberado custeio para locomoção dos conselheiros municipais de saúde para participarem da VI Conferência Estadual de Saúde, desrespeitando os direitos dos conselheiros.

Moção de repúdio

A Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, pelo descaso que vem tratando a questão das HIV/Aids, por hoje não termos um trabalho de prevenção e muito menos de assistência as PVHA. Pois Hoje não temos campanhas de prevenção no município de Cuiabá e o SAE municipal foi instalado de forma precária em local inapropriado e de difícil acesso.

Moção de repúdio

Ao Presidente da Câmara de Vereadores de Cuiabá Ver. Lutero Ponce e aos demais vereadores, salvo os vereadores Ludio Cabral, Enelinda Scala e Mauro Lucio, pela falta de apoio as questões referentes as demandas das PVHA e por esquecerem que também somos contribuintes e como qualquer usuário do SUS exigimos respeito quando de

nossas reivindicações. E aproveitamos para lembrar aos nobres que o seu papel nessa casa é de defender a população e não apenas de projetos pessoais e eleitoreiros.

Moção de repúdio

Nós os delegados da VI Conferência Estadual de Saúde, abaixo assinado, repudiamos a construção das PCH – Pequenas Centrais Hidroelétricas nos afluentes do Rio Xingu localizadas na Região Central do Mato Grosso, pois os estudos revelam impactos ambientais que colocarão em risco alto sustentabilidade, práticas rituais, que afetarão diretamente a qualidade de vida e a saúde dos quinze Povos Indígenas da Terra Indígena do Xingu e solicitamos providências no sentido de desativar a PCH Paranatinga II no Rio Kuluene e PCH do Rio Von Den Steinen, já instalados, e o impedimento da construção das PCH dos Rios Batovi e Rio Ronuro.

Moção de repúdio

A Prefeitura Municipal de Cuiabá, pelo descaso com os trabalhadores do município, não implantando o Plano de Cargos, Carreira e Salários aprovado em Lei desde março/2007.

Apêndice A

PROGRAMAÇÃO DA 6ª. CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MATO GROSSO

Local e Data

Data: 07 a 10 de outubro de 2007

Local: Hotel Fazenda Mato Grosso

07/10 – Domingo

08h – Início das atividades da 2ª Mostra de Saúde: Vigilância em Foco (de 07 a 10 de Outubro)

12h – Início da hospedagem

13h – Início do credenciamento dos Delegados

16h30 – Entrega dos computadores aos Conselhos Municipais de Saúde

19h – Solenidade de abertura, composição da mesa e saudação

20h – Apresentação do tema central: Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento – Representantes por segmentos

20h30min – Apresentação Cultural

21h – Jantar

08/10 – Segunda-feira

08h – Discussão e aprovação do Regimento Interno

10h – Apresentação do Eixo I: Desafios para a efetivação do Direito Humano na Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento. Palestrantes: Marcos Henrique Machado, Wanderley Pignatt e Luís Augusto Passos (Debatedor)

11h – Debates com a Plenária

12h – Encerramento das inscrições e dos credenciamentos

12h30 – Almoço

14h30 – Leitura do Relatório Consolidado das Conferências Municipais do Eixo Temático I. Discussão e aprovação de propostas.

17h30 – Encerramento dos trabalhos

18h – Apresentação cultural

19h – Jantar

09/10 – Terça-feira

08h – Eixo II: Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: O SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde. Palestrantes: Gilson Cantarino, Neilton Araújo de Oliveira e Heloísa Helena (Debatedora)

09h30 – Debates com a Plenária

10h30 – Leitura do Relatório Consolidado das Conferências Municipais do Eixo Temático II

12h – Almoço

13h – Eixo III: A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano na Saúde. Palestrante: Marco Antônio Teixeira, Estela Márcia Scandola e Eufrásia Cadorim (Debatedora)

14h30 – Debates com a Plenária

16h – Leitura do Relatório Consolidado das Conferências Municipais do Eixo Temático III.

19h – Jantar

21h – Confraternização dos Delegados

10/10 – Quarta-feira

08h – Apresentação cultural

08h30 – Plenária Final: Apresentação, discussão e votação das propostas finais e moções.

12h – Almoço

14h – Eleição de Delegados

17h – Encerramento

18h – Jantar

11/10 – Quinta-feira

12h – Fim da estadia dos Delegados

Apêndice B
Resolução do Conselho e Regulamento da Conferência Estadual

Resolução Nº 029/07

O Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso, no uso de suas atribuições legais, que lhe são conferidas pela Lei Complementar Nº 22, de 09 de novembro de 1992 e o Artigo 13º, alínea “a”, Parágrafo Único, do Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde;

Considerando o Artigo 198º, inciso III, da Constituição da república, que dispõe sobre a participação da comunidade como diretriz de organização do Sistema Único de Saúde – SUS;

Considerando a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando a Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;

Considerando a Lei Complementar Estadual Nº 22, de 09 de novembro de 1992, que institui o Código Estadual de Saúde, dispõe a organização, a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde no Estado, caracteriza o SUS nos níveis estadual e municipal e dá outras providências;

Considerando o Decreto Nº 197, de 24 de abril de 2007;

Considerando a deliberação da reunião ordinária do Pleno do dia 03 de outubro de 2007;

Resolve:

Art.1º - Aprovar o Regimento Interno da 6ª Conferência Estadual de saúde, constante no anexo desta resolução.

Art. 2º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Registrada, publicada, cumpra-se.

Cuiabá-MT, 03 de outubro de 2007.

Augustinho Moro
Secretário de Estado de Saúde e Presidente do CES/MT

Homologada: Blairo Borges Maggi
Governador do Estado de Mato Grosso

Regimento Interno da 6ª Conferência Estadual de Saúde, aprovado na Centésima Nonagésima Terceira Reunião Ordinária do Conselho Estadual de Saúde, Realizada no dia 03 de Outubro de 2007.

Capítulo I

Do Objetivo

Art. 1º - A 6ª Conferência Estadual de Saúde, Convocada pelo Governador do Estado de Mato Grosso, através do Decreto Nº 197, de 24 de Abril de 2007, terá por objetivos:

I - Avaliar a situação da Saúde, de acordo com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, previstos na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde;

II - Definir Diretrizes para a plena garantia da Saúde como direito fundamental do ser humano e como política de Estado, condicionada e condicionante do desenvolvimento humano, econômico e social;

III - Definir diretrizes que possibilitem o fortalecimento da participação social na perspectiva da plena garantia da implementação do SUS.

Capítulo II

Da Realização

Art. 2º - A Realização da 6ª Conferência Estadual de Saúde ocorrerá em duas etapas:

A) Etapa Municipal;

B) Etapa Estadual.

Parágrafo Único – Com o cumprimento da etapa municipal da 6ª Conferência Estadual de Saúde, os Relatórios das Conferências Municipais de Saúde devem ser encaminhados à Comissão Organizadora da 6ª Conferência Estadual, contendo as questões referentes às competências e responsabilidades da Gestão Municipal, Estadual e Federal no SUS.

Art. 3º - Os Delegados, cujo número e distribuição obedecerão a critério populacional e de paridade, especificado no anexo deste Regimento, e convidados, devem reconhecer a precedência das questões de âmbito estadual e nacional e atuar sobre elas, em caráter analisador, formulador e propositivo.

Art. 4º - As etapas da 6ª Conferência Estadual de Saúde serão realizadas nos seguintes períodos:

I - Etapas Municipais: De 1º de Abril a 05 de agosto de 2007;

II - Etapa Estadual: De 07 a 10 de Outubro de 2007.

§ 1º - O não cumprimento dos prazos das etapas previstas no Inciso I em todos os municípios não constituirá impedimento à realização da etapa estadual no prazo previsto.

§ 2º - Em todas as etapas, deverá ser assegurada a ampla participação dos segmentos sociais, que atuam direta ou indiretamente, na área da Saúde.

§ 3º - A 6ª Conferência Estadual de Saúde será realizada em Cuiabá, sob responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde e do Conselho Estadual de Saúde.

§ 4º - Os municípios que, por motivo de força maior, não realizarem as Conferências até a data prevista no Inciso I deste Artigo, deverão encaminhar justificativa à Comissão Organizadora da 6ª Conferência Estadual de Saúde, a qual avaliará sua pertinência.

§ 5º - Os municípios que não realizarem suas Conferências participarão somente da etapa estadual na categoria de convidados, não podendo, portanto, se candidatar a qualquer função para a etapa nacional.

Capítulo III

Seção I

Do Tema

Art. 5º - A 6ª Conferência Estadual de Saúde, em consonância com a 13ª Conferência Nacional de Saúde, terá como Tema: “Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento”, com os seguintes Eixos Temáticos:

I - Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento;

II - Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: O SUS na seguridade social e o Pacto pela Saúde;

III - A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde.

Parágrafo Único - Cada Eixo Temático será discutido em uma mesa redonda específica, que contará com a participação de três expositores e um debatedor, e será feito debate com os delegados e convidados.

Art. 6º - Cada mesa redonda observará, obrigatoriamente, o tema central e os eixos temáticos e deverá ter em comum a análise dos seguintes aspectos:

I - Posições dos diferentes segmentos sociais consolidadas no Relatório das Conferências Municipais;

II - Proposições das Conferências Estaduais anteriores;

III - Conjuntura, considerando o programa e as propostas do atual Governo;

IV - Atribuições e competências das três esferas de Governo, destacando-se as da esfera estadual;

V - Apresentação de propostas de diretrizes;

VI - Medidas para participação e controle social.

Seção II

Da Metodologia

Para a elaboração do Relatório Final

Art. 7º - Os Relatórios das Conferências Municipais de Saúde deverão ser encaminhados à Comissão Organizadora da 6ª Conferência Estadual até 10 (dez) dias antes da etapa estadual, observando critérios pré-estabelecidos pela Comissão.

Art. 8º - A Comissão Organizadora procederá à consolidação do Relatório Final, que será apresentado para análise da Plenária Final da 6ª Conferência Estadual, objetivando fundamentar o debate e orientar o conjunto de propostas para as esferas Estadual e Federal do SUS.

Parágrafo Único - Compete à Plenária Final a aprovação do Relatório Final, das moções apresentadas pelos Delegados e a eleição dos Delegados para etapa nacional, de acordo com o que prescreve este Regimento.

Seção III

Das Instâncias Deliberativas

Art. 9º - Serão consideradas como Instâncias Deliberativas da 6ª Conferência Estadual de Saúde:

I – Plenária de Abertura;

II – Plenárias Temáticas;

III – Plenária Final.

§1º - A Plenária de Abertura terá como objetivo deliberar sobre o presente Regimento Interno da 6ª Conferência Estadual de Saúde.

§ 2º - As Plenárias Temáticas, compostas paritariamente, em um número total de 03 (três), deliberarão sobre os Eixos Temáticos da 6ª Conferência Estadual de Saúde da seguinte forma:

I - O Relatório consolidado será lido e votado por Eixos Temáticos:

A) As Propostas que forem aprovadas por 70% (setenta por cento) dos votos, em cada Plenária Temática, deverão constar do Relatório Final para homologação;

B) As Propostas que obtiverem de 30% (trinta por cento) até 69% (sessenta e nove por cento) dos votos, não atingirão a aprovação nas Plenárias Temáticas e irão para votação na Plenária Final.

§ 3º - A Plenária Final, que terá como objetivo aprovar um Relatório Final que expresse o resultado dos debates nas duas etapas da Conferência e que contenha Diretrizes Estaduais para formulação de políticas para o SUS Do Século XXI, deliberará sobre o Relatório Consolidado das Plenárias Temáticas.

§ 4º - As Propostas de Diretrizes constantes do Relatório Consolidado das etapas municipais, disponibilizadas aos Delegados da etapa estadual, não destacadas nas Plenárias Temáticas, serão consideradas aprovadas e farão parte do Relatório Final da 6ª Conferência Estadual de Saúde.

§ 5º As Propostas de Diretrizes constantes do Relatório Consolidado da Etapa municipal, disponibilizadas aos Delegados da etapa estadual e destacadas nas Plenárias Temáticas, deverão ter a aprovação de, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) dos votos mais um para compor o Relatório Final.

§ 6º - Compete à Plenária Final a aprovação do Relatório Final da 6ª Conferência Estadual de Saúde e das moções.

§ 7º - O Relatório aprovado na Plenária Final da 6ª Conferência Estadual de Saúde será encaminhado ao Conselho Estadual de Saúde e à Secretaria de Estado de Saúde.

Capítulo IV

Da Organização

Art. 10º - A 6ª Conferência Estadual de Saúde será presidida pelo Presidente do Conselho Estadual de Saúde e, na sua ausência ou impedimento eventual, pelo Vice-Presidente do Conselho Estadual de Saúde, conforme estabelecido no Artigo 3º, do Decreto Nº 197, de 24 de Abril de 2007.

Art. 11º - Para a organização e desenvolvimento de suas atividades, a Conferência Estadual de Saúde contará com uma Comissão Organizadora.

Seção I

Da Estrutura e Composição da Comissão Organizadora

Art. 12º - A Comissão Organizadora da 6ª Conferência Estadual de Saúde se constitui numa Instância de decisões colegiadas e terá a seguinte estrutura:

I – Comitê Executivo:

A) Coordenação Geral;

B) Coordenação Adjunta;

C) Membros;

D) Secretaria Geral;

E) Assessoria Jurídica.

II – Subcomissão de Orçamento e Finanças:

A) Coordenação Geral;

B) Membros.

III – Subcomissão de Mobilização e Articulação:

A) Coordenação Geral;

B) Membros.

IV - Subcomissão de Comunicação e Informação:

A) Coordenação Geral;

B) Membros.

V – Subcomissão de Infra-estrutura:

A) Coordenação Geral;

B) Membros.

VI - Subcomissão de Relatoria:

A) Coordenação Geral;

B) Membros.

VII - Subcomissão Eleitoral:

A) Coordenação Geral;

B) Membros.

VIII - Apoio Administrativo:

A) Membros.

Seção II

Atribuições da Comissão Organizadora

Art. 13º - A Comissão Organizadora da 6ª Conferência Estadual de Saúde tem as seguintes atribuições:

I - Coordenar, supervisionar, dirigir e promover a realização da 6ª Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso, atendendo aos aspectos técnicos, políticos, administrativos e financeiros;

II - Assessorar e apoiar a realização das Conferências Municipais, inclusive através da visita *In Loco*;

III - Propor o Regimento Interno e a programação da 6ª Conferência Estadual de Saúde;

IV - Propor nomes dos expositores e o Tema Central da 6ª Conferência Estadual de Saúde;

V - Propor os critérios e modalidades de participação e representação dos interessados, bem como o local de realização da 6ª Conferência Estadual de Saúde;

VI - Propor o plano de aplicação dos recursos financeiros relativos à Conferência e submetê-lo à aprovação da Secretaria de Estado de Saúde e do Pleno do Conselho Estadual de Saúde;

VII - Providenciar a prestação de contas dos recursos financeiros relativos à Conferência e submetê-lo à apreciação e aprovação da Secretaria de Estado de Saúde e ao Pleno do Conselho Estadual de Saúde;

VIII - Designar Relatores Auxiliares, conforme necessidade, essencialmente durante o evento da Conferência;

IX - Designar os integrantes das Comissões podendo ampliar o quadro técnico dessas Assessorias sempre que houver necessidade;

X - Oficializar junto ao Conselho Estadual de Saúde, as proposições deliberadas na 6ª Conferência Estadual de Saúde;

XI - Encaminhar à Comissão Organizadora da 13ª Conferência Nacional de Saúde o Relatório Final da 6ª Conferência Estadual de Saúde;

XII - Publicar os Anais da 6ª Conferência Estadual de Saúde.

Art. 14º - Compete ao Comitê Executivo:

A) Designar e coordenar as reuniões e atividades da Comissão Organizadora;

B) Submeter à aprovação do Conselho Estadual de Saúde as matérias de sua competência;

C) Apresentar Relatório Mensal nas Reuniões Ordinárias do Pleno do Conselho Estadual de Saúde, informando sobre as atividades desenvolvidas pela Comissão Organizadora;

D) Prestar Suporte Administrativo e Jurídico às Subcomissões para a realização da Conferência Estadual.

Art. 15º - Cabe à Subcomissão de Orçamento e Finanças:

A) Discutir, propor e assessorar o Comitê Executivo nas matérias que versem sobre aquisição de bens e serviços para realização da Conferência Estadual de Saúde;

B) Acompanhar e controlar a execução dos recursos;

C) Prestar contas das despesas realizadas ao Comitê Executivo e ao Pleno do Conselho para aprovação.

Art. 16º - Compete à Subcomissão de Mobilização e Articulação:

A) Sensibilizar as Autoridades Estaduais e Municipais para a importância das Conferências;

B) Conceder informações aos municípios quanto ao modo de operacionalização das Conferências;

C) Recolher informações sobre as Conferências Municipais de Saúde e repassá-las ao Comitê Executivo, através da remessa de relatórios.

Art. 17º - Cabe à Subcomissão de Comunicação e Informação:

A) Elaborar material gráfico para assessorar os municípios na realização das Conferências;

B) Criar o símbolo da Conferência para aprovação do Pleno do Conselho Estadual de Saúde;

C) Tomar medidas que propiciem a divulgação do evento através dos diversos meios de comunicação;

D) Proceder com a divulgação do evento e com a distribuição do material informativo da 6ª Conferência;

E) Assessorar a imprensa sobre as matérias a serem publicadas acerca das Conferências;

F) Criar agenda junto à imprensa para entrevistas com Autoridades e Conferencistas;

G) Acompanhar para registro as Conferências Municipais de Saúde;

H) Analisar e divulgar os resultados da Conferência Estadual de Saúde;

I) Assessorar a Comissão Organizadora sobre as matérias a serem abordadas e divulgadas pela mídia;

J) Tomar providências quanto à retificação das matérias da 6ª Conferência, divulgadas com equívocos, inclusive utilizando-se do direito de resposta, quando necessário, nos termos da Lei de Imprensa.

Art. 18º - Compete à Subcomissão de Infra-Estrutura:

A) Viabilizar e acompanhar a prestação dos serviços relativos ao som; iluminação; filmagem; foto; digitação; dentre outros;

B) Propiciar o acesso à internet; fotocopiadoras; fac-Símile; dentre outros;

C) Planejar a utilização de espaços para as atividades da Conferência;

D) Organizar e monitorar os serviços de transporte durante o evento;

E) Viabilizar material de expediente;

F) Realizar intercâmbio com os Escritórios Regionais de Saúde para viabilizar os encaminhamentos prévios à Conferência;

G) Determinar quais materiais irão compor a pasta da Conferência e tomar providências quanto à sua montagem e distribuição;

H) Viabilizar equipe necessária ao bom desenvolvimento dos trabalhos;

I) Entregar convites;

J) Organizar o deslocamento e a hospedagem dos Conferencistas;

K) Viabilizar a programação cultural do evento;

L) Recepcionar Delegados, Convidados e Autoridades;

M) Viabilizar a aquisição e distribuição das camisetas; chapéus; uniformes; dentre outros, para os participantes do evento.

Art. 19º - Compete à Subcomissão de Relatoria:

A) Proceder com as inscrições do evento;

B) Organizar os registros prévios, concomitantes e posteriores dos temas da Conferência;

C) Confirmar a presença de Conferencistas, Delegados e Convidados;

- D) Propor o controle de presença dos participantes e dos trabalhadores;
- E) Encaminhar os certificados de participação na Conferência;
- F) Consolidar os relatórios da etapa municipal para fornecer aos Delegados da 6ª Conferência Estadual de Saúde;
- G) Coordenar a elaboração do Relatório Final da Conferência, para ser aprovado pelo Pleno do Conselho Estadual de Saúde;
- H) Fornecer apoio aos expositores para a Conferência Nacional;
- I) Coordenar a Equipe de Relatoria, estabelecendo rotinas de trabalho;
- J) Coordenar a elaboração das moções e demais manifestações.

Art. 20º - Cabe à Subcomissão Eleitoral:

- A) Conduzir o processo de eleição dos Delegados à 13ª Conferência Nacional de Saúde;
- B) Julgar recursos relativos ao credenciamento de Delegados.

Parágrafo Único – Os membros da Comissão Eleitoral não poderão se candidatar a Delegado para a 13ª Conferência Nacional de Saúde.

Art. 21º - É atribuição do Apoio Administrativo fornecer suporte humano e logístico para a execução dos trabalhos do Comitê Executivo e das Subcomissões.

Capítulo V

Dos Delegados e Representações

Seção I

Da Etapa Estadual

Art. 22º - A 6ª Conferência Estadual de Saúde deverá contar com a participação de representantes de órgãos públicos; de Entidades de Classe; de profissionais de Saúde; de Entidades de representantes da Sociedade Civil Organizada; de usuários e de pessoas interessadas nas questões relacionadas à Saúde e, em particular, na atenção à saúde para a qualidade de vida.

§ 1º - A Representação dos usuários em todas as etapas da 6ª Conferência Estadual de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos representantes do Governo, prestadores de serviços e trabalhadores de Saúde, da seguinte maneira:

- I - 25% (vinte e cinco por cento) dos participantes serão representantes dos trabalhadores de Saúde;
- II - 25% (vinte e cinco por cento) dos participantes serão representantes dos Gestores e prestadores de serviços de Saúde;
- III - 50% (cinquenta por cento) dos participantes serão representantes dos usuários do SUS.

§ 2º - A escolha dos Delegados eleitos, nas Conferências Municipais de Saúde, para a Etapa Estadual, é de inteira responsabilidade dos respectivos Plenários e deverá ser feita de forma democrática, de acordo com critérios de paridade dispostos nos Incisos I A III e o número de vagas definido previamente pela Comissão Organizadora da 6ª Conferência.

Art. 23º - Os membros da 6ª Conferência Estadual de Saúde se distribuirão em três categorias:

- I - Delegados com direito a voz e voto;
- II - Convidados com direito à voz;
- III - Observadores.

Art. 24º - Serão Delegados na 6ª Conferência Estadual de Saúde:

- I - Delegados natos, sendo eles os Conselheiros Titulares e Suplentes do Conselho Estadual de Saúde, perfazendo o total de 60 (sessenta) vagas;
- II - Delegados eleitos na Etapa Municipal da 6ª Conferência Estadual de Saúde, de acordo com os seguintes parâmetros:

A) O conjunto dos Delegados eleitos, calculado de acordo com a base populacional conforme Anexo I;

B) Cada município terá, no mínimo, 04 (quatro) Delegados, de forma que garanta a paridade, nos termos do Anexo I;

C) O número total de Delegados eleitos pelos municípios será de 596 (quinhentos e noventa e seis), consoante ao Anexo I.

III - Delegados eleitos pelos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) que contemplem 03 (três) Delegados por Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DISEI.

§ 1º - Os demais Delegados serão indicados por órgãos de Governo e Entidades da Sociedade Civil Organizada, de abrangência estadual, em um total de 04 (quatro) Delegados, sendo eles:

A) 02 (dois) Delegados representantes de Entidades Estaduais de Usuários;

B) 01 (um) Delegado representante de Entidades Estaduais de Trabalhadores de Saúde;

C) 01 (um) Delegado representante de Gestores Estaduais e de prestadores de serviços de Saúde.

§ 2º - Entre os Delegados indicados, não deverá constar Instituição e Entidades que tenham assento no Conselho Estadual de Saúde, uma vez que já possui representação nata na 6ª Conferência Estadual de Saúde.

§ 3º - Serão eleitos na Etapa Municipal, Delegados Suplentes de cada segmento, para a substituição de Titulares, em sua ausência, para participar da Etapa Estadual.

§ 4º - As inscrições e os credenciamentos dos Delegados, para a 6ª Conferência Estadual de Saúde, deverão ser feitas junto à Comissão Organizadora, até às 12 (Doze) horas do dia 08 de Outubro de 2007.

Art. 25º - Serão convidados, para a 6ª Conferência Estadual de Saúde, representantes de órgãos; de Entidades; de Instituições Estaduais; de Instituições Nacionais e personalidades estaduais e nacionais, com atuação de relevância na área de Saúde e setores afins, num percentual de no máximo 5% (cinco por cento) do total de Delegados da 6ª Conferência Estadual de Saúde.

Art. 26º - Serão Observadores, na 6ª Conferência Estadual de Saúde, pessoas interessadas em acompanhar a realização da Conferência, obedecendo a critérios de inscrição estabelecidos pela Comissão Organizadora.

Parágrafo Único – Os participantes da 6ª Conferência Estadual de Saúde, com deficiência e com necessidades por motivo de doença, deverão registrar na ficha de inscrição o tipo de deficiência ou necessidade por motivo de doença, com o objetivo de que sejam providenciadas as condições necessárias à sua participação.

Seção II

Da Etapa Nacional

Art. 27º - Os Delegados para a 13ª Conferência Nacional de Saúde serão eleitos na 6ª Conferência Estadual de Saúde, no dia 10 de Outubro de 2007, às 14 (quatorze) horas em Plenária específica por segmento, resguardando os princípios da paridade.

Parágrafo Único - Fica Estabelecida a participação dos Delegados da seguinte forma:

I - 20 (vinte) Delegados representantes do segmento Usuário;

II - 10 (dez) Delegados representantes do segmento Trabalhadores da Saúde;

III - 5 (cinco) Delegados representantes do segmento de Gestores;

IV - 5 (cinco) Delegados representantes do segmento de Prestadores de Serviço.

Art. 28º - Os Delegados serão eleitos mediante voto aberto, com apuração imediata dos votos.

Parágrafo Único - Serão considerados eleitos os candidatos com maior número de votos e, em caso de impedimento da participação do Delegado eleito, assume a vaga deste, o

imediatamente mais votado do segmento, sendo que em todos os casos, quando houver empate será utilizado o critério de maior idade.

Art. 29º - Os convidados à 6ª Conferência Estadual de Saúde poderão se candidatar para compor a Delegação do Estado de Mato Grosso à 13ª Conferência Nacional, na categoria de Observadores, segundo o critério de vaga estabelecido pelo Regimento desta, em 10% (dez por cento) do total dos Delegados que participarão da Nacional, da seguinte maneira:

I – 02 (dois) Observadores representantes do segmento dos Usuários;

II – 01 (um) Observador representante do segmento de Trabalhadores;

III – 01 (um) Observador representante dos Prestadores de Serviços e Governo.

Art. 30º - Os casos omissos neste Regimento, referentes ao Processo Eleitoral, serão deliberados pela Comissão Eleitoral da 6ª Conferência Estadual de Saúde.

Capítulo VI

Dos Trabalhos

Seção I

Das Mesas Redondas

Art. 31º - As Mesas Redondas compostas pelos Expositores e Debatedores convidados será dirigida por 01 (um) Coordenador e 01 (um) Relator, indicados pela Comissão Organizadora da Conferência.

Art. 32º - Os Expositores das Mesas Redondas terão 30 (trinta) minutos, prorrogáveis por mais 05 (cinco) minutos, para apresentar a síntese do Tema acordado previamente com a Comissão Organizadora da 6ª Conferência Estadual de Saúde.

Art. 33º - Os debates serão iniciados imediatamente, após a exposição do Tema, e abertos ao Plenário da Conferência, por 50 (cinquenta) minutos, sendo permitida a prorrogação, de acordo com a deliberação do Coordenador da Mesa Redonda.

Art. 34º - Será facultado a qualquer Delegado ou participante, realizar manifestações orais, escritas e por gestos, durante o período de debates, mediante perguntas e observações pertinentes ao Tema.

Parágrafo Único - O tempo máximo para cada intervenção será de 03 (três) minutos, sendo permitida a prorrogação, a critério do Coordenador da Mesa Redonda.

Seção II

Da Plenária Final

Art. 35º - Compete à Plenária Final da 6ª Conferência Estadual de Saúde debater e aprovar o Relatório Final e as moções e manifestações apresentadas com assinatura de no mínimo 20 (vinte) Delegados.

Art. 36º - Participação na Plenária Final:

A) Delegados com direito a voz e voto;

B) Convidados com direito à voz;

C) Observadores.

Parágrafo Único - Para facilitar o encaminhamento dos trabalhos, a Comissão Organizadora designará localizações específicas para Delegados e demais membros participantes da Plenária Final.

Art. 37º - Os trabalhos serão coordenados e relatados por uma Mesa Diretora, da qual participarão membros designados pela Comissão Organizadora.

Art. 38º - A agenda da Plenária Final constará dos seguintes itens:

A) Apreciação e aprovação do Relatório Final;

B) Apreciação e aprovação das Moções;

C) Eleição de Delegados.

Art. 39º - A apreciação para aprovação do Relatório Final será encaminhada da seguinte forma:

- A) Será feita a distribuição do Relatório Final com antecedência;
- B) Os Delegados poderão solicitar o exame em destaque, de qualquer item do Relatório Final, que deverá ser registrado pela Mesa no ato da leitura do relatório, identificando o Delegado que destacou, para posterior apreciação;
- C) Os Destaques serão submetidos à deliberação da Plenária Final, que decidirá sobre sua pertinência;
- D) Após a identificação do conjunto dos itens de destaque, será procedida a votação do Relatório Final com a ressalva dos destaques;
- E) Após a apreciação do Relatório Final, serão chamadas as apresentações de destaque;
- F) Os propositores de destaque terão 02 (dois) minutos, improrrogáveis, para a defesa de seu ponto de vista;
- G) O Coordenador da Mesa Diretora concederá a palavra, por tempo igual ao Delegado que se apresentar para fazer a defesa contrária, não sendo permitida, em qualquer hipótese a réplica;
- H) Em seguida será realizada a votação do destaque pela Plenária Final;
- I) A aprovação das propostas em destaque será por maioria simples dos Delegados presentes na Plenária;
- J) Os destaques relativos apenas à redação, que não altere o sentido da proposta, deverão ser encaminhados à Mesa Diretora para agregar ao Consolidado.

Art. 40º - As moções encaminhadas, exclusivamente, por Delegados deverão ser apresentadas à Secretaria da Comissão Organizadora da Conferência, até às 09 (nove) horas, do dia 10 de Outubro de 2007, redigidas em no máximo 20 (vinte) linhas.

Parágrafo Único - Cada moção deverá ser assinada por pelo menos 20 (vinte) Delegados.

Art. 41º - Encerrada a fase de apreciação do Relatório Final da Conferência, o Coordenador dos trabalhos chamará, um a um, os propositores de moções, que deverão proceder a simples leitura do texto apresentado.

A) Cada propositor terá o tempo de 02 (dois) minutos, improrrogáveis, para leitura do texto;

B) A Mesa Diretora dos trabalhos concederá a qualquer Delegado defender, pelo mesmo tempo, o ponto de vista contrário ao propositor da moção.

Parágrafo Único - A aprovação das moções será por maioria simples dos Delegados presentes na Plenária.

Art. 42º - Concluída a eleição dos Delegados para a Etapa Nacional, serão encerrados os trabalhos da Plenária Final da Conferência Estadual de Saúde.

Capítulo VII

Dos Recursos

Art. 43º - As despesas para a realização da 6ª Conferência Estadual de Saúde, inclusive as da Etapa Nacional ocorrerão por conta da Dotação Orçamentária Própria Consignada à Secretaria de Estado de Saúde.

§ 1º - A Secretaria de Estado de Saúde arcará com as despesas de hospedagem e alimentação dos Delegados da 6ª Conferência, advindos do interior do Estado e somente da alimentação dos Delegados de Cuiabá e Várzea Grande.

§ 2º - As despesas com o deslocamento dos Delegados do interior serão de responsabilidade dos municípios, cabendo à Secretaria de Estado de Saúde garantir o traslado dos Delegados da Sede oficial de hospedagem para a Sede oficial do evento em Cuiabá.

§ 3º - A Secretaria de Estado de Saúde não arcará com despesas relativas aos convidados e observadores.

Capítulo VIII

Disposições Gerais

Art. 44º - Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Comissão Organizadora da 6ª Conferência Estadual de Saúde.

Anexo I - O número de Delegados eleitos por município, baseado nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE/2006), garantindo a paridade por segmento será de:

Categoria	Município	Delegados
Municípios com número de habitantes superior a 300.000	Cuiabá	22
Municípios com número de habitantes inferior a 300.000 e superior a 250.000	Várzea Grande	12
Municípios com número de habitantes inferior a 250.000 e superior a 150.000	Rondonópolis	08
Municípios com número de habitantes inferior a 150.000 e superior a 100.000	Sinop	06
Municípios com número de habitante inferior a 100.000	Os demais	04

APÊNDICE C
CALENDÁRIO DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS - 2007

	Município	Mês	Data
1.	Acorizal	Julho	13
2.	Água Boa	Julho	19 e 20
3.	Alta Floresta	Julho	20 e 21
4.	Alto Araguaia	Julho	25
5.	Alto da Boa Vista	Agosto	02 e 03
6.	Alto Garças	Julho	20
7.	Alto Taquari	Julho	05
8.	Alto Paraguai	Julho	26
9.	Apiacás	Julho	11
10.	Araguaiana	Julho	04
11.	Araguainha	Julho	24
12.	Araputanga	Julho	20 e 21
13.	Arenópolis	Julho	20
14.	Aripuanã	Julho	18
15.	Barão de Melgaço	Julho	27
16.	Barra do Bugres	Julho	06
17.	Barra do Garças	Agosto	02 e 03
18.	Bom Jesus do Araguaia	Julho	26 e 27
19.	Brasnorte	Julho	18 a 20
20.	Cáceres	Julho	19 e 20
21.	Campinápolis	Julho	30
22.	Campo Novo do Parecis	Agosto	02
23.	Chapada dos Guimarães	Agosto	01 e 02
24.	Campo Verde	Julho	12 e 13
25.	Campos de Júlio	Julho	20
26.	Castanheira	Julho	28
27.	Cana Brava	Agosto	02
28.	Canarana	Agosto	02 e 03

29.	Carlinda	Julho	18 e 19
30.	Cláudia	Julho	25
31.	Cocalinho	Julho	30 e 31
32.	Colíder	Julho	20 e 21
33.	Comodoro	Junho	27
34.	Confresa	Julho	01, 02, 03
35.	Colniza	Agosto	02 e 03
36.	Conquista d'Oeste	Julho	12
37.	Cotriguaçu	Junho	22
38.	Cuiabá	Julho	12 e 13
39.	Curvelândia	Julho	30 e 31
40.	Denise	Julho	17
41.	Diamantino	Agosto	03
42.	Dom Aquino	Julho	18
43.	Feliz Natal	Julho	10 e 11
44.	Figueirópolis	Julho	14
45.	Gaúcha do Norte	Julho	10 e 11
46.	General Carneiro	Julho	06
47.	Glória d'Oeste	Julho	20
48.	Guarantã do Norte	Julho	26 e 27
49.	Guiratinga	Julho	30 e 31
50.	Indiavaí	Julho	27 e 28
51.	Ipiranga do Norte	Julho	31
52.	Itanhangá	Julho	20
53.	Itaúba	Agosto	03
54.	Itiquira	Agosto	03
55.	Jaciara	Julho	26 e 27
56.	Jangada	Julho	20
57.	Jauru	Julho	13
58.	Juara	Julho	05 e 06
59.	Juína	Julho	25
60.	Juruena	Julho	13
61.	Juscimeira	Julho	16 e 17

62.	Lambari d'Oeste	Julho	27
63.	Lucas do Rio Verde	Julho	13 e 14
64.	Luciara	Agosto	01 e 02
65.	Marcelândia	Julho	27
66.	Matupá	Julho	20 e 21
67.	Mirassol d'Oeste	Agosto	01
68.	Nobres	Agosto	01
69.	Nossa Senhora do Livramento	Julho	30 e 31
70.	Nova Bandeirantes	Julho	26
71.	Nova Brasilândia	Julho	05 e 06
72.	Nova Canaã do Norte	Agosto	04
73.	Nova Guarita	Julho	26
74.	Nova Lacerda	Julho	27
75.	Nova Marilândia	Julho	24
76.	Nova Monte Verde	Julho	25
77.	Nova Mutum	Julho	19
78.	Nova Maringá	Julho	22
79.	Nova Nazaré	Julho	23 e 24
80.	Nova Olímpia	Agosto	03
81.	Nova Santa Helena	Julho	24
82.	Nova Ubiratã	Julho	27
83.	Nova Xavantina	Agosto	02
84.	Novo Horizonte	Julho	06
85.	Novo Mundo	Julho	25
86.	Novo São Joaquim	Julho	31
87.	Novo Santo Antônio	Agosto	03 e 04
88.	Nortelândia	Julho	13
89.	Paranaíta	Julho	27
90.	Paranatinga	Julho	26 e 27
91.	Pedra Preta	Agosto	01 e 02
92.	Peixoto de Azevedo	Julho	13 e 14
93.	Planalto da Serra	Julho	25
94.	Poconé	Julho	26 e 27
95.	Pontal do Araguaia	Julho	13
96.	Ponte Branca	Julho	27

97.	Pontes e Lacerda	Julho	26
98.	Porto Alegre do Norte	Agosto	02, 03 e 04
99.	Porto dos Gaúchos	Julho	25
100.	Porto Esperidião	Julho	13 e 14
101.	Porto Estrela	Julho	26 e 27
102.	Poxoréu	Julho	24 e 25
103.	Primavera do Leste	Julho	19 e 20
104.	Querência	Julho	17 e 18
105.	Reserva do Cabaçal	Julho	27
106.	Ribeirão Cascalheira	Julho	06
107.	Ribeirãozinho	Julho	26
108.	Rio Branco	Julho	20
109.	Rondolândia	Julho	26
110.	Rondonópolis	Julho	25 e 26
111.	Rosário Oeste	Julho	26
112.	Salto do Céu	Julho	27
113.	Santa Carmem	Julho	27
114.	Santa Cruz do Xingu	Julho	05 e 06
115.	Santa Rita do Crívelato	Julho	13
116.	Santo Afonso	Julho	13
117.	Santo Antônio do Leste	Julho	19
118.	Santo Antônio do Leverger	Julho	26 e 27
119.	São Félix do Araguaia	Julho	30 e 31
120.	São José do Povo	Julho	31
121.	São José do Rio Claro	Julho	28
122.	São José do Xingu	Julho	04 e 05
123.	São José dos Quatro Marcos	Julho	26
124.	São Pedro da Cipa	Julho	23
125.	Sapezal	Julho	26
126.	Serra Nova Dourada	Já foi feito	Já foi feito
127.	Sinop	Julho	27
128.	Sorriso	Julho	05, 06 e 07
129.	Santa Terezinha	Agosto	02 e 03

130.	Tabaporã	Julho	12 e 13
131.	Tangará da Serra	Julho	26, 27 e 28
132.	Tapurah	Julho	20
133.	Terra Nova do Norte	Julho	27
134.	Tesouro	Agosto	01
135.	Torixoréu	Junho	29
136.	União do Sul	Julho	13
137.	Vale de São Domingos	Julho	17
138.	Várzea Grande	Agosto	02 e 03
139.	Vera	Julho	11
140.	Vila Bela da Santíssima Trindade	Agosto	03
141.	Vila Rica	Agosto	02, 03 e 04

APÊNDICE D
DELEGADOS ELEITOS NAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS E
CONFERÊNCIA ESPECIAL INDÍGENA

DISEI Araguaia

Segmento	Titular	Suplente
Usuário	Corerete Waritirre	Rosângela Alencar Rocha
Usuário	Ararawytygi Paulo Tapirapé	Reginaldo Tapirapé

DISEI Cuiabá

Segmento	Titular	Suplente
Usuário	J. Ângelo Silveira Txyalikisú	Edemilson Canale
Usuário	Arnaldo Zunizakae	Vanildo Ariabô Quezo
Usuário	Nedino Cintra N. Maizokie	Selma Regina Zenezokemairo
Usuário	Ricardo Soletti	Cleacir Alencar de Sá

DISEI Kayapó/Colíder

Segmento	Titular	Suplente
Usuário	Bemoro Metuktire	Raimundo Krixí
Usuário	Joel Mário Terena	Pituyaro Metuktire
Usuário	Eduardo Morimã	Valdenildo Sal

DISEI Xavante

Segmento	Titular	Suplente
Usuário	Edmundo Dzüaiwi Ömore	
Usuário	Osvaldo Buruwê	Agnelo Temrité
Usuário	Rita Renhimi'wa	Paulo César Wa'adzatsé

DISEI Xingu

Segmento	Titular	Suplente
Usuário	Kanawayuri Marcello Kamaiurá	Pablo Kamaiurá
Usuário	Algoré Txicão	Makaulaka Mehinaco
Usuário	Yapariwa Kayabi	Ayato Kuiukuro

Município: Acorizal

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Manoel Ladislau	Sara Maria de Arruda
Usuário 2	Solange Dourado dos Santos	Valdete Maria da Conceição
Trabalhador	Fernanda M. Monteiro da Silva	Carlos Eduardo
Governo	Cleberson Monteiro da Silva	

Município: Água Boa

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Luiza Babete Durr Teixeira	Marli Siqueira
Usuário 2	Maria Cristina Z. Terribeli	José Roque de Oliveira
Trabalhador	Tânia Segura	Josenilde Paniago
Governo	Neilze Antunes Oliveira	Mara Simone de Q. Lopes

Município: Alta Floresta

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Jurandir Aparecido de Carvalho	João Lutero dos Santos Filho
Usuário 2	José Carlos Cavagnoli	Marcelo Weber dos Santos
Trabalhador	Ângela M. Fechio	Cezar Hideki Kikuchi
Governo	Claudiomiro Vieira	Lúcia Tizo de Almeida

Município: Alto Araguaia

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Isaías Gomes Damasceno	Donizete Carmelo da Silva
Usuário 2	Orlando Marques de Souza	Edvaldo Souza Porto
Trabalhador	Maria da Guia da Costa	Selvírio Souza Neto
Governo	Lígia Suely Lopes de Paula	Marleide de Oliveira Gomes

Município: Alto Boa Vista

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Elione José da Costa	
Usuário 2	Eloá Santos	
Trabalhador	Adivaldo Salviano de Oliveira	
Governo	Vasti Fernandes Oliveira	

Município: Alto Garças

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Ainda Rosa da Silva	Paulo Viana Prado
Usuário 2	Ruth Marques de Souza Canato	Elionis Resende Machado
Trabalhador	Rosa Ferreira Davi	Eliana Cláudio Menezes
Governo	Alessandra Machado Cajango	Alexandra Maria C. Alves Rego

Município: Alto Paraguai

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Pedro Luiz	Sebastiana Maria da Cruz
Usuário 2	Wanderlei Leite	Anderson Eudi
Trabalhador	Cristiam K. Lima Neves	Raquel Ferreira Vieira
Governo	Jussilene V. Portela	Tânia Regina Siqueira

Município: Alto Taquari

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Alda José de Souza	Aparecido Loredo Paes
Usuário 2	Miguel Santos Martins	Jusinéia Menezes de Carvalho
Trabalhador	Carlos Eduardo de Paulo	Liliana Cristina Casado
Governo	Nelson Ned Previdente	Eliana B. da Silva

Município: Apiacás

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Edmilson Oliveira	
Usuário 2	Gumercindo Lopes	
Trabalhador	Vera Lúcia Meiners	

Governo	Welington Teixeira	
---------	--------------------	--

Município: Araguaiana

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	José Rodrigues de Freitas	Maria Lúcia Laranjeira
Usuário 2	Pascoal Martins Rezende	Janaína Ferreira de Sousa
Trabalhador	Isis Joana Rodrigues Cardozo Fabrício Moreira Costa	Breno Ricardo Rodrigues Absalon Gustavo Vargas Félix
Governo		

Município: Araguainha

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Admilson Alves de Oliveira	Eurides Alves dos Santos
Usuário 2	José Francisco de Oliveira	Arnaldo Barreto (Vereador)
Trabalhador	Maria Sabina Gonçalves	
Governo	Maria José das Graças Azevedo	

Município: Araputanga

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Sidani Machado Pereira	Tatiane Pereira de Souza
Usuário 2	Ediléia Araújo Rios	Nilda Maria Candeia
Trabalhador	Júlia Andrade Boel Neves	Maria Fernanda Cardoso Ribeiro
Governo	Júnio César Pereira	Cacilda de Fátima U. Queiroz

Município: Arenópolis

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Ovídio Paes da Costa	
Usuário 2	Maria da Penha Machado Gomes	
Trabalhador	Roseli Graboski	
Governo	Rosino R. da Silva	

Município: Aripuanã

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Isoude Cecília Wernk	Ana Célia Souza
Usuário 2	Fábio Lopes	
Trabalhador	Valcecy Vieira	Valdinéia Dantas J. Santos
Governo	Rosimary Queiroz da Silva	

Município: Barão de Melgaço

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Francisca Alves de Almeida	
Usuário 2	Waguionira Radica Borges	
Trabalhador	Antônio Virgílio da Silva	
Governo	Antônio Cosmo da Silva	

Município: Barra do Bugres

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Celso Dornellas	Benedita Aparecida de Campos
Usuário 2	Ervino Francisco Rodrigues	Manuel Claudiomar Kueza

Trabalhador	Alexandre Luiz Pereira	
Governo	Maria Gouveia Pereira	Ebenilda Xavier da Costa

Município: Barra do Garças

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Francisco Carlos Machado	Divina Céla Sena dos Santos
Usuário 2	Gervaldo Freitas Cordeiro	Isabel Re Amo Wadzartre
Trabalhador	Hermes Pereira de Souza	Rosilane Alves da Costa
Governo	Alice Dorothy Ligeiro Medeiros	Noemi Carvalho Teixeira

Município: Brasnorte

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Paulo Sérgio Capuxi	Gerson Garcia Quezo
Usuário 2	Jair Aparecido de Sá	Cleacir Alencar de Sá
Trabalhador	Carla Valério	Graziele B. Passamani
Governo	Mauro Rui Hessler	Regimar Moreira da Costa

Município: Bom Jesus do Araguaia

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Luzia Jorge Soares	Raimunda Amorim dos Santos
Usuário 2	Edson Ribeiro de Souza	Dilma Gláucia Rodrigues Maciel
Trabalhador	Eterna Aparecida Nunes	Francielly Moreira dos Santos
Governo	Vanessa Fernandes de Souza	Hércolis Martins

Município: Cáceres

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Solange Aparecida da Costa	
Usuário 2	João Vanderlei da Silva Gomes	
Trabalhador	Josué Valdemir de Alcântara	
Governo	Leonardo Ribeiro Albuquerque	

Município: Campinápolis

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Vitorino Purcena Rosa	Gerson P. de Melo
Usuário 2	Timóteo Tserepzutewedi	Miguel Tsereme
Trabalhador	Carlos Cristiano Oliveira de F. Almeida	Iraci Luiza Costa Freitas
Governo	Rocicleuda Carvalho de Rezende	Viviane Franseischeim Fagundes

Município: Campo Novo do Parecis

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Lindomar Alexandre Okoimacakae	
Usuário 2	Dionardo M. Conceição	
Trabalhador	Joceli Assunção	
Governo	Marildes Benedita de Assunção	

Município: Campos de Júlio

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Ari Antônio Tossetto	José Carlos Reck
Usuário 2	Jos Dias Cardoso	Eronildes Kathee Rostirolla

Trabalhador	Valdemar da Guia Ferreira	Carole Lima de Santana
Governo	Mauro Celso Barbiero	Jean Paulo Vieira

Município: Campo Verde

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Dalvina Bello Kirchesch	Iria Joracy da Rosa Tavella
Usuário 2	Joicilde Puhl Rizzi Jovania Cristina Dias da Cruz	Waulsbains Lopes Francisco Romero da Silva
Trabalhador	Márcia de Souza Lima	Vivian Regina de Oliveira
Governo		

Município: Cana Brava do Norte

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Jonas Pereira da Silva	
Usuário 2	Jocelino Dias Glória	
Trabalhador	Adriana da Silva Lima	
Governo	Valdison dos Santos Barbosa	

Município: Canarana

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Kulumaka Matipu	Ermínio Antônio dos Santos
Usuário 2	Madelaide Terezinha Stragliotto	Maria José Araújo
Trabalhador	Lewris Dener Campos de Meira	Maria de Jesus Andrade
Governo	Diogo do Araguaia Vasconcelos	Lorena Parode

Município: Carlinda

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Andréia Fabiana dos Reis	
Usuário 2	Dario Polichete	
Trabalhador	Paulo Pardo	
Governo	Salua Samira Siacon da Silva	

Município: Castanheira

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Lucélia de Oliveira	
Usuário 2	Simone Shaffel Nogueira	
Trabalhador	Queila Almeida Rios	
Governo	Gemes Oliveira Rios	Agnaldo Rodrigues Andrade

Município: Chapada dos Guimarães

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Leslie Puntschart	
Usuário 2	Jane de Souza Neves	
Trabalhador	Rosa Maria Blanco Manzano	Kathellyn da Cruz Lima
Governo	Erineu Antônio Casadei	Maria Ainda Silva Anhesini

Município: Cláudia

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Elaine Terezinha Bokorni	José Rui Araújo
Usuário 2	José Valmir de Silvestre	Pedro Contato

Trabalhador	Lucimar Moraes de Oliveira	Márcia dos Santos Tis
Governo	Lídia de Fátima Moraes de Vargas	

Município: Cocalinho

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Jullyana D. Fernandes	Antônio Idival Filho
Usuário 2	Wagner Martins Pereira	Valdete Ordonis Ozório
Trabalhador	Reinaldo Pereira	Sérgio Adriano Martins
Governo	Valto Alexandre Gomes	Alcina Rocha Santos

Município: Colíder

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Aparecida de Lourdes Dechichi Sasazawa	Edi Carlos da Silva Leite
Usuário 2	Luiz Pedro dos Santos	João José da Silva
Trabalhador	João Cândido Neto	Denise Pontes Duarte
Governo	Nei César de Borba	Leiva Brizola

Município: Colniza

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Eduardo Silvino Filho	Carlos Roberto Ferreira Prado
Usuário 2	Elizabeth Lenger	Jovelino Alves de Almeida
Trabalhador	Gesse James Lins Adams	Ana Maria Fernandes
Governo	Ana Paula Marques Schulz	João Valdecir de França

Município: Comodoro

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Milton Nambikwara	Natan Sawantesú Nambikkwara
Usuário 2	Djon Carlos Brandão	Carlos Roberto de Souza
Trabalhador	Cleide Alves de Carvalho	Maikla F.P.C. de Matos
Governo	Agamenon Pereira de Souza	Magda Lisboa

Município: Confresa

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Aparecida Barbosa da Silva	
Usuário 2	Manuel Gomes de Souza	
Trabalhador	Sílvio Ferreira dos Santos	
Governo	Ângela Maria Lopes Sander	

Município: Conquista D'oeste

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Eunice Pereira da Silva	João Valério do Nascimento
Usuário 2	Maria Cleonice de Castro Miranda	Luzia Monteiro de Oliveira
Trabalhador	Luciane Victorio	Niemeyer Rodrigues Dias
Governo	Marcelo Faustino de Oliveira	Luiza Tenório Cavalcante

Município: Cotriguaçu

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Maria de Jesus Pereira	Cléria Márcia
Usuário 2	Gezos Francisco Martins	Tereza Marangani
Trabalhador	Minalise Aggneses	Silmara da Silva Apolinário

Governo	Luís Soares	Noeli Maria Lorandi
---------	-------------	---------------------

Município: Cuiabá

Segmento	Titular	Suplente
Usuário	Albedi Andrade Cerqueira	Carlito Cruz
Usuário	Ananias dos Santos	Cláudia Regina Batista da Silva
Usuário	Benedito Anunciação de Santana	Eliane Coelho do Nascimento
Usuário	Carlos Alberto Caetano	Maria Éster Ferreira Dias Sales
Usuário	Edilene Fernandes do Amaral	Selma Maria da Costa
Usuário	Eduardo Augusto S. Costa	Silvana Dias de Campos
Usuário	Leiry Maria Rodrigues	
Usuário	Leonardo Henrique dos Santos Figueiredo	
Usuário	Marilene da Silva Pinheiro	
Usuário	Ronaldo Oliveira de Melo	
Usuário	Sandro Oliveira Rosa	
Trabalhador	Bernardete Cardoso de Macedo	Martinha Batista de Assis
Trabalhador	Dinora Magalhães Arcanjo	Liliã Guimarães Dias
Trabalhador	Eliana Maria Siqueira Carvalho	Diógenes Marcondes
Trabalhador	Eugênia Francisca Carvalho Callejos	Ana Rosa da Silva
Trabalhador	Nara Sandra do Nascimento	Lucilene Aguilar Sile
Trabalhador	Werley Silva Peres	Edna Soares Oliveira
Governo	Gilda Colman Soares	Adrienne Marques Fontes
Governo	Isanete Geraldini Costa Bieski	Eliana Neres Bueno
Governo	Marlene Leite	Ivone Souza Mayer
Governo	Maykel Ponçoni	Lucila da Silva Moraes e Sá
Governo	Nilva Maria Fernandes de Campos	Sandramar de Oliveira

Município: Curvelândia

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Mauri Souza Silva	
Usuário 2	Lindalva Diogo	
Trabalhador	Paulo Antunes de Sá	
Governo	Neide E. Magalhães	

Município: Denise

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Sérgio Silva Quintanilha	
Usuário 2	Deusolina Bezerra Oliveira	
Trabalhador	Elaine Ferreira	
Governo	Geonavia Costa Beker	

Município: Diamantino

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Jacildo de Siqueira Pinho	Josailton Santana de Arruda
Usuário 2	Selma Paulina Siqueira	Odete Gonçalves
Trabalhador	Marcio Roberto de Queiroz Gonçalves	Daniel Martins da Cruz
Governo	Paulo Lima da Silva Filho	Terezinha da Silva

Município: Dom Aquino

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Agenário Paulo de Souza	Elizabeth de França Pessoa
Usuário 2	Luiz Castro de Souza	Márcio Almeida Rodrigues
Trabalhador	Maria de Souza Oliveira	Terezinha Bezerra Guimarães
Governo	Evanira Pereira de Silva	Alessandra Tomé

Município: Feliz Natal

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	José Edir dos Santos	
Usuário 2	Jacir Siliprandi	
Trabalhador	Anderson Cleber Ribas	
Governo	Ariovaldo Saki da Silva	

Município: Figueirópolis D'Oeste

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Maria da Penha S. de Oliveira	Tercino Barbosa de Oliveira
Usuário 2	Joelma Alves Brim	Alice Barbosa Cardoso
Trabalhador	Luciano Dolci Almeida	Gildo Dimas de Faria
Governo	Davino Martins de Bulhões	Paulo Pereira Ernesto de Lima

Município: Gaúcha do Norte

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Maria Margareth Moscou	Oséias Rodrigues da Silva
Usuário 2	Anailce da Silva Lima	Renilza Silva Soares
Trabalhador	Thalita Liz Maganha de Lima	José Abílio de Azevedo
Governo	Solange Alves da Silva B. Leme	Eugênio José Rauber

Município: Guarantã do Norte

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Osmar Francisco de Souza	Natalino Souza
Usuário 2	Joel Silva	Deoclides Nicolini
Trabalhador	Ana Paula Ferreira da Silva	Jonas Pedroso
Governo	Jean Carlos Amorim	Moisés de Oliveira

Município: General Carneiro

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Edvaldo Gomes Brito	
Usuário 2	Luzia Primo Parreira	
Trabalhador	Laura Gomes de Oliveira	
Governo	Claudiney dos Santos Pinheiro	

Município: Glória do Oeste

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Simone Angélica de Miranda	
Usuário 2	Armando José Pereira	
Trabalhador	Adriano Alves Zuntini	
Governo	Benvindo Marcossim da Silva	

Município: Guiratinga

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Zilka Moreira de Araújo	Ilzimar Silva Correa
Usuário 2	Zilene Batista da Silva Mesquita	Roberto Benedito Albano
Trabalhador	Adailton Dias Neves	Ângela Cristina Alves de Souza
Governo	Leonor de Fátima Bassi Martini	Jucedélia Gomes Dourado

Município: Indiavaí

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Gilberto Brauno	
Usuário 2	Juvelino Joaquim de Souza	
Trabalhador	Márcia Oliveira Costa Brauno	
Governo	Sandro Martins Medeiros	

Município: Ipiranga do Norte

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Tatiane Cortesia	Guerino Adaauto
Usuário 2	Angelina Rogling	Nelson Fernandes
Trabalhador	Larissa Chiuchi	Juliana Branco
Governo	Gleison Fernando Camilo	Luzimeri de S. Ferraz

Município: Itanhangá

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Ednir Scheren	Lediane Silva
Usuário 2	Isaura Fagundes de Souza	Maria Luciana de Rezende
Trabalhador	Aparecido Gomes Moreira	Edílson Cardozo
Governo	Daniel Rodrigues Magalhães	

Município: Itaúba

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Marildes Aparecida Maia da Silva	Leonilse Curtareli
Usuário 2	Lucimar Kosinski Julião	José Genival Alves Cavalcanti
Trabalhador	Antônio Roberto Garcia Junior	Egídio Joel Engster
Governo	Diomar Antônio Santos	Rose Maria Montanari

Município: Itiquira

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Rosivani Rodrigues de Oliveira	Elias Guedes
Usuário 2	Maria José Garcia da Silva	Elcy Aparecida dos Santos
Trabalhador	Álvaro José Menezes Monteiro Neto	Tânia Cristina Marcondes Lários
Governo	Maria Amélia Catossi Graciano	Helena Maria Magni de Araújo.

Município: Jaciara

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Pedro Soares Neto	Ezizio Alves
Usuário 2	Éster Assalin	Doralice Vieira de Castro
Trabalhador	Roseli Marino dos Santos	Laura dos Santos Barbosa
Governo	Marcelly Regina Santos Torres	Irene Ferreira Leite

Município: Jangada

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Maria de Fátima Araújo	
Usuário 2	Leanderson Gregório da Costa	José Pereira da Silva
Trabalhador	Joel Campos Mialho	Isabel Campos
Governo	Valdira Ambrósio Barreto da Silva	Vilma

Município: Jauru

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Lear Teixeira	Edesson Covizzi Nunes
Usuário 2	Cícero Guilherme da Silva	Luiz Vanderlei Peçanha Alves
Trabalhador	Josefa de Aguiar Alvarez	João Maria Oliveira da Silveira
Governo	Carlos Augusto Rossi	Maria Cândida da Silva

Município: Juara

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Jolinete Terezinha Conceição	
Usuário 2	Edilomar Brandine	
Trabalhador	José Ari	
Governo	Maria de Fátima R. Lobato	

Município: Juína

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Ivani Cardoso Dala Vale	Marta Regina Lastrenki
Usuário 2	Irmã Adair Cavalcanti	Nelson Mutzue Rickbtsa
Trabalhador	Inglacir Tozzo	Tnara Denize A. Mattione
Governo	Elda Margarita B. Garcia	Ana Maria Setusko Yzui

Município: Juruena

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Maria Aparecida Lopes	
Usuário 2	Bercho Maria Duarte	
Trabalhador	Maria Pinheiro Fernandes	
Governo	Ilse Claudino	

Município: Juscimeira

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Cleonice Moreira dos Santos Tabosa	
Usuário 2	Aldenir de Jesus Silva	
Trabalhador	Francisco das Chagas Vasconcelos	
Governo	Anastácio Rodrigues Cunha	

Município: Lambari D'oeste

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Jovelino Ferreira	Sandra Fernandes Vaz
Usuário 2	José Guilherme Sene	
Trabalhador	José Donizete Monteiro	José Luiz Dias
Governo	Sérgio Severino Machado	Lucimara Luiz da Cruz

Município: Lucas do Rio Verde

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Anita Pelissari	Hilária Wandscheer
Usuário 2	Neuza Deliberalli	Silvia de Oliveira
Trabalhador	Theonas de Oliveira Filho	Fabiana Boaventura
Governo	Paulo César Angeli	Edina do Nascimento

Município: Luciara

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Jairo Pereira Sales	Evodia dos Santos Oliveira
Usuário 2		
Trabalhador	Isaías Rodrigues de Oliveira	Sônia Mara Martins da Cruz
Governo		

Município: Marcelândia

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Elizélia de Souza	Alfiere dos Santos
Usuário 2	Aldo Bernardo	
Trabalhador	Luzanilde Martins dos Santos	Laudiane Rodrigues Barbosa
Governo	Denise Siebert	Simone Ceron

Município: Matupá

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Elaine Terezinha Rodrigues	Gracieli da Silva
Usuário 2	José Antônio Ricieri	
Trabalhador	Denise Aparecida Moreira Gollner Lopes	Luciana Rodrigues de Abreu
Governo	Meyre Aparecida Pereira de Assunção	Demétrio Antônio Sichóski

Município: Mirassol d'Oeste

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Onésimo Gonçalves Pereira	Francisco Gomes de Matos
Usuário 2	Lucas Pereira	Manuel Pereira Clube
Trabalhador	Maria Luiza Fernandes	Taciane Brito de Oliveira
Governo	Lázaro Lucas de Souza	Braz dos Passos Veloso

Município: Nobres

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Odair da Rosa	Waldomiro Lemes
Usuário 2	Catarina Francisca	Waldomiro Rodrigues Soares
Trabalhador	Silvana de Almeida	Odenira Nunes F. Sampaio
Governo	Lúcia Luiza Andrade Takeute	Maria Lurdes Fernandes

Município: Nortelândia

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Diego dos Santos Silva	Nilda Maria Lopes Coelho
Usuário 2	Alenir Arruda da Silva	José Carlos de Almeida Benevides
Trabalhador	Cleusa de Lourdes Monte Sião	Revair José da Silva
Governo	Elton da Silva Carvalho	Rubilan Nunes de Oliveira

Município: Nossa Senhora do Livramento

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Adriane Santana Souza	Simão G. de Almeida
Usuário 2	Maria Auxiliadora Monteiro da Costa	Cristina E. de Campos
Trabalhador	Edson Batista da Silva	Nazil Luiz dos Santos
Governo	Larissa Raquel de P. Marilin	Mario Roberto Duarte

Município: Nova Bandeirante

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Marilza Reis Moraes Silva	
Usuário 2	Carlos Boesing	
Trabalhador	Neuza Rita de Sá	Solange Aparecida Santos
Governo	Edvan Oliveira Marcolino	Priscila Aparecida Santana

Município: Nova Brasilândia

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	José Faustino Lobo	Junior César de Carvalho
Usuário 2	Rosane Beling	José Antônio das Neves
Trabalhador	Valdir Alves Gomes	Denirdes Xavier Pereira
Governo	Adailson Ferreira da Silva	Marlene Raizel

Município: Nova Canaã do Norte

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Suely Freiburger de Araujo	Moacir Brito de Almeida
Usuário 2	Daniel Messias dos Reis	Gilmar Roberto Silva
Trabalhador	Leandro Henrique Tomazi	Maria Aparecida S. de Carvalho
Governo	Izaru Belarmino Leite	Roseli Pereira dos Santos

Município: Nova Guarita

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Moacir Lima Oliveira	
Usuário 2	Ivete Endler	
Trabalhador	Nedi Elizabete Sturmer dos Santos	
Governo	Sandra Cristina Dalprai	

Município: Nova Lacerda

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Paulo Brasileiro Lamanes	Antônio Batista dos Santos
Usuário 2	Arthur Chagas de Souza	Eder Chagas de Souza
Trabalhador	Nanci Aparecida Dorigan Arrias	Eva Aparecida de Paula Souza
Governo	Rani Aparecida Medeiros	Renata Thais Edson

Município: Nova Marilândia

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Sueli Almeida Andrada	Maria de Lourdes Fernandes
Usuário 2	Maria Margarida A Gonçalves	
Trabalhador	Joelma Silva Pinheiro	
Governo	Rosani Andrade da Silva	Agnaldo F. dos Santos

Município: Nova Maringá

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Edmar Gomes Silva	Jô Magalhães da Silva
Usuário 2	Jhonny Arthur Queiroz Wirjues	Manoel de Oliveira
Trabalhador	Sandra Mara Renosto	Ângela Trizotti
Governo	Rosangela Ferreira de Souza	Gilmar Pereira Fagundes

Município: Nova Monte Verde

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Andréia Brustolin Pereira	Gloria de Fátima da Silva
Usuário 2	Sergio de Carvalho Soares	Maria do Carmo Spletozer
Trabalhador	Elizabeth Conceição Alves	Regina Azevedo
Governo	Eliane Cristina Albano	Flaviane Zequine Provezan

Município: Nova Mutum

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Alcebíades Sanches	Leonildo Antônio Meneguel
Usuário 2	Antônio Carlos Bueno Barcelos	Valdenir Affonso Palhares
Trabalhador	Simone Cristina Bastos	Cíntia Regina B. Ferreira
Governo	Leila Simoni Raimundo	Miguel Ângelo Maliski

Município: Nova Nazaré

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Jaqueline Amanda P. Rezende	Cleonice Maria do Couto
Usuário 2	Enoque de Souza Lima	
Trabalhador	Cristina Paulina Santos Martins	Ana Paula Justino de Faria
Governo	Donizete Alves dos Santos	Antônio Padilha

Município: Nova Olímpia

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Cláudia Maria Brandão Rodrigues	
Usuário 2	Sebastião Gonçalves Mendonça	
Trabalhador	Suzana Lisete Chardong	
Governo	Fabírcia Armando Favareto	

Município: Nova Santa Helena

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Samuel Oscar de Sousa	
Usuário 2	Nadir Pavani de Oliveira	
Trabalhador	Edson Brinetti da Silva	
Governo	Dieme Barbosa Araújo	

Município: Nova Ubiratã

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Lourdes Goreti Felipe	Judite Cordova da Silva
Usuário 2	Maria das Graças Sales Cezar	Sergio Roberto Machado
Trabalhador	Marta Trindade Correa	Eliane Ferlin
Governo	Marco Antônio Norberto Felipe	Claudir Antonio Rizzi

Município: Nova Xavantina

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Adelcemeire Bispo Sirqueira	Edinaldo Fragas
Usuário 2	Meire Rejeane de Oliveira	
Trabalhador	Marli Okida T. Oliveira	Michela Patrícia Wunder
Governo	Walmir Arruda Costa	Wander da Silva Guerreiro

Município: Novo Horizonte do Norte

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Amílton Amaral da Silva	
Governo	João Donizete Molina	
Usuário 2	Eder Carlos Camporeze	
Trabalhador	Lisete Steffens	

Município: Novo Mundo

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Sandra Mara Di Giulio Bohac	Lúcio Topolniak
Usuário 2	Avelino Dias Felizardo	José Francisco Rodrigues
Trabalhador	Maria Célia Braga	Ronaldo Bueno Bento
Governo	Élson Roberto Munaro	Roberta Mezalira Venturoso

Município: Novo Santo Antônio

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Flávio Bandeira de Melo	
Usuário 2	Lucinalva Ferreira Pinto	
Trabalhador		
Governo		

Município: Novo São Joaquim

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Jorge Luciano Lopes	Mirio Emanuel Lopes Ambrósio
Usuário 2	Weide Silva Santos	
Trabalhador	Wania Maria Vieira Araujo	Eliete Aparecida Gomes Soares
Governo	João Batista da Silva	Ana Lucia Rodrigues Vendramel

Município: Paranaíta

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Rosângela dos Reis Rosa Rezende	
Usuário 2	Laurinda de Oliveira	
Trabalhador	Elizabete Yomada Wada	
Governo	Alessandra dos Reis Bezerra	

Município: Paranatinga

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Edson Paulo dos Santos	Maria Aparecida S. Pereira
Usuário 2	Cleide Maristel Baptista Klein	Maria de Fátima Oliveira
Trabalhador	Valda Ferreira Gomes	Éderson A. Aires Carlini
Governo	Fanny Carrillo Mendoza	Maria José Pereira Saldanha

Município: Pedra Preta

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Tatiana do Carmo	
Usuário 2	Nanci Cono	
Trabalhador	Lucimar Nogueira de Freitas	
Governo	Aparecida Peixoto da Fonseca	

Município: Peixoto de Azevedo

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Fernando Alves da Silva	Aldir Alves Benvindo
Usuário 2	Claudemir Demski	
Trabalhador	Stefani Almeida Júnior	Getúlio Alves de Lima
Governo	Cláudio Messias de Sousa	Ana Maria Scabeni

Município: Planalto da Serra

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Benedita Maria da Silva	
Usuário 2	Edimar Floriano Amaro	
Trabalhador	Benedito Soares Albanez	
Governo	Antônio Bruno Borges	

Município: Poconé

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Aécio Dias de Arruda	Sidney Sulano
Usuário 2	Antônio Jorge de Reis Rondon	Leotilda Germana Martins
Trabalhador	Adilson Gomes de Campos	Lucia Alves Neves
Governo	Jonas Eduardo de Queiroz Morais	Eliane Maria Arruda Assis

Município: Pontal do Araguaia

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Adla Cristina Menezes Moraes	Maria Rosalina Salvac
Usuário 2	Edileuza Camargo Alencar	Alacordai Fernandes Neto
Trabalhador	Geslaine Domingos Teixeira	Antônio Francisco da Silva Filho
Governo	Maria Glória da Silva	Eduardo dos Santos Vieira

Município: Ponte Branca

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	José Luiz da Silva	
Usuário 2	Rui Hojeda	
Trabalhador	Silvania E. Nogueira	
Governo	Maria de Souza Carvalho	

Município: Pontes e Lacerda

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	José Aparecido da Silva	Maria Aparecida Fereira Gomes
Usuário 2	Eleni Moreira Santos	
Trabalhador	Kelly Regina de Almeida Fonseca Metello	Eliane Lima Machado
Governo	Claudenice Luiza Lima	Ana Maria de Fátima Forin

Município: Porto Alegre do Norte

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Jorge Nascimento Pereira	
Usuário 2	Josué Nunes Rato	
Trabalhador	Suely de Souza Silva	
Governo	Marilde Garbim	

Município: Porto dos Gaúchos

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Nilce de Fátima Rodrigues Batista	
Usuário 2	Leandra Boone da Conceição	
Trabalhador	Karina Tavares de Araújo Silva	
Governo	Mário Henrique Lara Ferreira	

Município: Porto Esperidião

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Maria Cleonice de F. C. Rup / (Jairo Cortez)	Selma de Oliveira Fernandes
Usuário 2	Selma de Oliveira Fernandes	Antônio José da Silva
Trabalhador	Lúcia Divina Soares	Antônio Farias de Azambuja
Governo	Maria Maura Ferreira da Silva	Rosa da Silva Cebalio

Município: Porto Estrela

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Luiz Américo da Silva	
Governo	Edna Aparecida Vasco André	

Município: Poxoréu

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Graciano Tsinhopa	Rubens Xavante
Usuário 2	Maria Auxiliadora da Silva e Silva	Vani Alves Rêgo
Trabalhador	Nelice Antunes Ferraz	Antonio Carlos Ramos Neto
Governo	Solange Lima Souza	Cleide Aparecida de Oliveira

Município: Primavera do Leste

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Aguinaldo Rodrigues da Silva	Idalina de Souza Ferreira
Usuário 2	Mirela Rodrigues Padilha	Ruy Barboza da Silva
Trabalhador	Wolney Moura	Deuseni Fernandes da Mata Dias
Governo	Anderson Luiz Pasinato	

Município: Querência

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Leda Vezaro	Jailton Asunção de Souza
Usuário 2	Eliandro Mariani Ribeiro	Marcos A. dos Santos Amorim
Trabalhador		
Governo	Sidnei Jose Zonta	Elias André de Lima

Município: Reserva do Cabaçal

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Waldirene Marques da Costa Coelho	
Usuário 2	Alatamiro Nunes Coelho	
Trabalhador	Gerneclia Dantas Souza	
Governo	Dalva de Laet França	

Município: Ribeirão Cascalheira

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Isabel Fernandes Santos de Castro	Neusa Letícia B. de Oliveira
Usuário 2	Osmarina Vieira dos Santos	
Trabalhador	Caroline dos Santos Marques	Maria Pereira da Silva
Governo	Lindomar Aparecido Pereira Mendes	Elcionei Gonçalves Ferreira

Município: Ribeirãozinho

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Marlene Francisca da Silva	Daniela Werlang Mapele
Usuário 2	Deuselia Paz Câmara	Vagna Carrigio Ferreira
Trabalhador	Sandra Regina da Silva	Idrosina Francisca da Silva
Governo	Cleverson Alves de Oliveira	Alcilene Maria Carneiro

Município: Rio Branco

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Carlos Prade Neto	Silvânia da Silva
Usuário 2	Celso Passi Correa	Luzia Souza Oliveira
Trabalhador	Marcelino Valentim Fim	Wander Zanoi Merlim
Governo	Maria Célia Ronia	Terlene Corrêa Medeiros

Município: Rondolândia

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Maria de Fátima Pezim Baldo	Jucelio de Lima
Usuário 2	Robson Godoi Vieira José Itabira Surui	Aparecida Marciano Silva Tome Surui
Trabalhador	Valdecir da Silva Cruz	Sueli Gava Lacerda Karlil
Governo		

Município: Rondonópolis

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Baltazar F. de Melo	Célio Carnaúba
Usuário 2	Ademar de Lima dos Santos	Lourdes Farias
Usuário 3	Lindomar Lemes dos Santos	Manoel Rivelino da Rocha
Usuário 4	Almir Simão de Araújo	Luiz Carlos da Costa
Trabalhador1	Edinaldo Santos de Souza	Djanira Amaral Logrado
Trabalhador 2	Marina Lara Rodrigues	Mariuva Valentin Chaves
Governo1	Maria Marleide F. Narciso	José Fontes Filho
Governo2		

Município: Rosário Oeste

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Roldão Pedro de Oliveira	
Usuário 2	Gilbero Benedito de Almeida Loureiro	
Trabalhador	Monize de Paula Nazário de Freitas	Eunice D. Matos
Governo	Joemil Balduino de Araújo	Ernesto Barreto

Município: Salto do Céu

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Fagner Rodrigues	
Usuário 2	Luciano Almeida da Silva	
Trabalhador	Almir João Fochik	
Governo	Marcio Carvalho S'antana	

Município: Santa Carmem

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Andressa Merlim Maziero	
Usuário 2	Luiza Merli Maziero	
Trabalhador	Sérgio Malinski	
Governo	Paulo Roberto Weber	

Município: Santa Cruz do Xingu

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Marcos Albrecht	
Usuário 2	Leodair Rabelo	
Trabalhador	João Domingos Xavier Padilha	Domingos Ferreira de Cerqueira
Governo	Cléo Kossmann	

Município: Santa Rita do Trivelato

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Volmir Bassani	Euristela Terezinha de C. Ferreira
Usuário 2	Ana Paula da Silva	Elizete R. da Silva
Trabalhador	Eurides Benedita M. Lemes	Cleiton M. Taborda
Governo	Uellen Daiane da C. F. Souza	Arílson Aniceto S. Fonseca

Município: Santa Terezinha

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Sandoval Torres Martins	
Usuário 2	Juarez Acácio	
Trabalhador	Ivone Bernardes dos Santos	
Governo	Magno Antônio Gonçalves	

Município: Santo Afonso

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Maria Huden	Nair Felisbino
Usuário 2	Katiane Scarpatti	
Trabalhador	Osvaldo Rodrigues	
Governo	Geise Mário R. Bispo	

Município: Santo Antônio do Leste

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Juana da Costa Oliveira	Miguel J. Bruneta
Usuário 2	Sirlene Ferreira da Silva	Pedro Paulo Krug
Trabalhador	Jaime Gomes da Silva	Daiany Aquino Sales
Governo	Lenir de Fátima Azzolini	Sílvio Somavila

Município: Santo Antônio do Leverger

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Sebastião da Silva Neto	Luzinete A. da Silva
Usuário 2	Gonçalo Galdino Delgado	João Efigênio de Oliveira
Trabalhador	Venina Nicola Barros da Conceição	Clarinda Bomdespacho
Governo	Érika de Cássia Maia Teixeira Vitoria	Enilza da Silva Carvalho

Município: São Felix do Araguaia

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Maria do Carmo dos Anjos Souza	Vera Lúcia Sena Rosa Silva
Usuário 2	José Ribamar Santos	Mariuzza Marinho Lopes
Trabalhador	Giancarlo Hisser Furrer	Goiamar Pereira Chagas
Governo	Lenimar Paiva de Amurim	João Abreu Luz

Município: São José do Povo

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Zenilda Novais Rocha	Gerônima Maria Duarte
Usuário 2	Carmem Cardoso de Sá	Liomar Almeida Peroba
Trabalhador	Arlene de Sousa Oliveira	Luzia de Sousa Moreira Moura
Governo	Ângela Maria de Souza Paixão	

Município: São José do Rio Claro

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Geraldo Donizete da Silva	Raimundo da Silva
Usuário 2	Vera Lúcia Ferreira Gonçalves	Cleonice Alves Valentim Neves
Trabalhador	Oliveiros Vieira Leite Junior	Dircelene Maria Rodrigues
Governo	Sandra Patrícia Kuhn Meneguine	Adriana Cristina do Nascimento

Município: São José dos Quatro Marcos

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Agnaldo Tenoti	Romário Custódio Jales
Usuário 2	Marli Sanches	Ellem Juliana Ribeiro Rodrigues
Trabalhador	Aline de Paula Moreira	Fábio Eduardo de O. Sá e Paiva
Governo	Eliane Tostes Cardoso	Rosângela Aparecida Corrêa

Município: São José do Xingu

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Reginaldo Faria da Silva	
Usuário 2	Sadila Aparecida Rios Faria	
Trabalhador	Cleber Alves do Nascimento	
Governo	Luiz Alberto Pretti	

Município: São Pedro da Cipa

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Francisco Nunes da Silva	
Usuário 2	Maria Aparecida Pecegueira	
Trabalhador	Ilza Rodrigues Ferreira	
Governo	Artur Ramos Filho	

Município: Sapezal

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Rosinete Ribeiro de Oliveira	
Usuário 2	Isaías Roque	
Trabalhador	Dusena G. dos Santos	
Governo	Cíntia Marina do Nascimento	

Município: Serra Nova Dourada

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Jean Jorge Ramos Barbosa	José Ângelo de Carvalho
Usuário 2	Jairo Pereira Sales	Marlon Pereira Quintal
Trabalhador	Celina Pereira de Carvalho	
Governo	Doracy Silva Aguiar	

Município: Sinop

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Gracieli Marques Santos	Gastão José Vasconcelos
Usuário 2	Sandra Romeiro Silva José Mendes Correia	Adílson José Brígido
Trabalhador	Maira B. Quadros Selma de Oliveira Silva	Maria Auxiliadora de Souza Roseli Martins Moia
Governo	Marlon Pavanello	

Município: Sorriso

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Edinalva de Amado E. Lima	Gilberto A Webber
Usuário 2	Conceição Missio	Dineia S. Costa
Trabalhador	Marcio José da Silva	Silvia S. Fleming
Governo	Marília Giudice	Fernanda Marques

Município: Tabaporã

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Neri Marcelo Brixner	
Usuário 2	Inez Ferreira Figueiredo	
Trabalhador	Natalina Cowper	
Governo	Célia Niehues	

Município: Tangará da Serra

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Geovani Kecokenaece	
Usuário 2	Genislene Mendonça de Lima	
Trabalhador	Juliana Herrero da Silva	
Governo	Mário Lemos de Almeida	

Município: Tapurah

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Altair de Lima	
Usuário 2	Aurimar Savaris	
Trabalhador	Fernanda Scardua Estrada	
Governo	Valmor de Oliveira	

Município: Terra Nova do Norte

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Antônio Jair Fidelex	Djair Adão Paim
Usuário 2	Geocir Souza Pinto	Jocimar Meire de Latres
Trabalhador	Isabel Cristina Moreira da Silva	José Evanil Meira de Latres
Governo	Maria Botega Felipetto	Isabel Silvana Magalhães Rocha

Município: Torixoréu

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Lincoln Heimar Saggin Sobrinho	Maria Lúcia Santos da Guarda
Usuário 2	Reginéia Tavares Sales	José Rodrigues Sales
Trabalhador	Leila Longhini Vasconcelos	Luzia Bento Carneiro
Governo	Borges de Freitas	Zilda Barilli de Sá

Município: União do Sul

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Carlos Ferrarezi	Valdomiro N. Rocha
Usuário 2	Gelson Tonial	
Trabalhador	Leiliane da Silva Costa	Renata A. Leite
Governo	Antônio Vieira de Farias Junior	

Município: Vale de São Domingos

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Ilma Macena de Castro	Angelita de Almeida
Usuário 2	Roberto Gonzaga de Castro	
Trabalhador	Admarson do Prado	Jesuíno Martins de Moraes
Governo	Elizabeth Aparecida de Oliveira	Matuzalem José Gomes

Município: Várzea Grande

Segmento	Titular	Suplente
Usuário	Zacarias Costa	
Usuário	Gelson Pires de Camargo	
Usuário	Noêmia Pereira Alves	
Usuário	Diney Ribeiro Campos	
Usuário	Isabel Santos Andrade	
Usuário	Geovane Renfro da Silva	
Trabalhador	Luzimar Ferreira	
Trabalhador	Gisele Rondon	
Trabalhador	Joaquim Oliveira Melo	
Governo	Marcelo A. da Costa	
Governo	Eva P. dos Reis	
Governo	Débora Regina Cristófoli	

Município: Vera

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Shirles Raimundo da Silva	Maria Aparecida Vieira
Usuário 2	Maria de Fátima da Silva	Emanuel da Silva
Trabalhador	Thiago Amador Corrêa	Lucélia Rosa da Cruz
Governo	Jussara Braganholo	Maria Aparecida T. dos Santos

Município: Vila Bela da Santíssima Trindade

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Walter Leite Rodrigues	Cleonice Silveira Couto
Usuário 2	Valdomiro Rodrigues do Nascimento	Clarinda Rodrigues S. Silva
Trabalhador	Tereza Cristina Jeunon Sousa	Tatyana Michele Fonseca Silveira
Governo	Edclay Lopes Coelho	Elmo Ramos de Almeida

Município: Vila Rica

Segmento	Titular	Suplente
Usuário 1	Marines Folador Rech	
Usuário 2	Valdemar Miotti de Oliveira	
Trabalhador	Edmilson Pereira da Silva	
Governo	Benemérito Pereira de Araújo	

Técnicos dos ERS**Município: Água Boa**

Técnico	Vinícius de Farias Junior	
Técnico	Lúcio Cezar Favaretto	
Técnico	Lucy Jane Z. Malburg	

Município: Alta Floresta

Técnico	Cátia Cristine H. Oliveira	
Técnico	Sônia Alves Pio	
Técnico	Hermes Carvalho	

Município: Barra do Garças

Técnico	Mirian Francisca Martins Queiroz	
Técnico	Jonas Ramos Varjão	
Técnico		

Município: Cáceres

Técnico	Nilta Olímpia Dalto	
---------	---------------------	--

Município: Colíder

Técnico	Neide Maria N. Costa	
Técnico	Sandra S. Tsuda	
Técnico	Antônio Carlos Araújo dos Santos	

Município: Diamantino

Técnico	Assis Néri Carneiro Gomes	
Técnico	Gustavo Rodrigues Petterle	

Município: Juara

Técnico	Claudinei José dos Santos	
Técnico	Sirlei Franck Thies	
Técnico	Sílvia Regina Tremonez Sirena	

Município: Juína

Técnico	Umberto Nogueira Moraes	
Técnico	Sérgio Valmir Post	
Técnico	Messias da Cunha Rufino	

Município: Peixoto de Azevedo

Técnico	Ana Campos Pedroso	
Técnico	Antônio Francisco R. Abreu	
Técnico	Carlos Urbine da Silva	

Município: Pontes e Lacerda

Técnico	Maria Alberto R. Chagas	
Técnico	Sandro Luis Neto	
Técnico	Odilson Balesteiro	

Município: Porto Alegre do Norte

Técnico	Edemilson Gonçalves da Silva	
Técnico	Andréia Viviane Gomes	
Técnico		

Município: Rondonópolis

Técnico	Mirian Natalie G. de Matos	
Técnico	Leonor Cristina	
Técnico	Jucidélia Dourado	

Município: São Félix do Araguaia

Técnico	Carlo Fabiano Veronezi	
Técnico	Maria Aldenora S. Cruz	
Técnico	Maria Marta da Silva Milhomem	

Município: Sinop

Técnico	Benedita Leandro	
Técnico	Iraci Contro Boni	
Técnico	Manoel Bueno Pirioto	

Município: Tangará da Serra

Técnico	Suely Cardoso Coutinho	
Técnico	Marcos Aurélio da Cruz	
Técnico	Valmira Tavares Ayade	

APÊNDICE E

PROPOSTAS CONSOLIDADAS DA ETAPA MUNICIPAL

Eixo I: Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento

Estadual:

- Realizar pactuação interestadual entre Municípios de fronteira;
- Garantir que os Governos Federal e Estaduais modifiquem os critérios de distribuição de recursos, visando fortalecer os Municípios com baixo índice de desenvolvimento;
- Garantir que a União, Estado e Municípios fomentem a implantação de infraestrutura, serviços e profissionais dirigidos à práticas de promoção e prevenção à saúde;
- Garantir que o SUS assegure aos pacientes indígenas, em tratamento médico-hospitalar, a presença do pajé quando solicitado pelos seus responsáveis;
- Viabilizar a inserção contínua de informações sobre ações e serviços do SUS, direitos e deveres dos usuários e profissionais, em rádios e emissoras de televisão, assegurando espaço para etnias e demais grupos;
- Implementar a Política de Integração dos deficientes físicos e mentais na sociedade;
- Garantir que a SES/MT disponibilize no seu site informações atualizadas sobre os repasses de recursos Estaduais aos Municípios;
- Propor ao Estado que o Projeto **saúde + educação = protegendo vida** seja inserido na Política de Educação em Saúde Estadual;
- Efetivar o monitoramento e avaliação da qualidade da atenção à saúde prestada pelos serviços públicos e privados no Estado;
- Garantir que a SES/MT e as Secretarias Municipais de Saúde ofereçam Educação Permanente em Saúde a todos os trabalhadores do SUS, seguindo a diretriz da descentralização;
- Certificar que a SES/MT e as Secretarias Municipais de Saúde implementem a Política de Reabilitação com especial atenção à formação de equipes multidisciplinares, ampliação do acesso aos serviços e insumos aos portadores de necessidades especiais;
- Afiançar que a SES/MT e as Secretarias Municipais de Saúde garantam hospedagem para pacientes e acompanhantes em Tratamento Fora do Domicílio (TFD);
- Garantir que a SES/MT e Secretarias Municipais de Saúde fortaleçam as ações de prevenção ao álcool e outras drogas, por meio de parcerias com instituições públicas e privadas, ONGs e outras.

Nacional:

- Realizar pactuação interestadual entre municípios de fronteira;

- Garantir que os Governos Federal e Estaduais modifiquem os critérios de distribuição de recursos, visando fortalecer os Municípios com baixo índice de desenvolvimento;
- Garantir que a União, Estado e Municípios fomentem a implantação de infraestrutura, serviços e profissionais dirigidos às práticas de promoção e prevenção à saúde;
- Garantir que o SUS assegure aos pacientes indígenas, em tratamento médico-hospitalar, a presença do pajé quando solicitado pelos seus responsáveis;
- Afiançar a Fiscalização por parte do Governo Federal no sentido de investigar melhor o atendimento em saúde no Município, pelo menos a cada 30 (trinta) dias;
- Promover a aprovação do Projeto de Lei Complementar 01/2003, que regulamenta a Emenda Constitucional 029;
- Garantir o aumento de incentivo da Educação em Saúde e repasse direto aos Municípios;
- Viabilizar junto ao Ministério da Saúde, a garantia de recursos para estruturação, reestruturação e manutenção física e de equipamentos nas Unidades de Saúde, de acordo com as necessidades e especificidades da microrregião;
- Afiançar que a FUNAI disponibilize às Secretarias Municipais de Saúde materiais sobre os principais agravos que acometem a população indígena;
- Assegurar que o Ministério da Saúde acelere a emissão/entrega do Cartão Nacional de Saúde;
- Afiançar que sejam desvinculados os recursos da saúde destinados aos povos indígenas Nambikwara da Coordenação de Rondônia para a Coordenação de Mato Grosso e esta os repasse à Prefeitura de Comodoro;
- Garantir que a FUNAI viabilize a divisão do Distrito de Vilhena/RO para o Município de Comodoro/MT;
- Reduzir exigências (número de habitantes) para implantação do CAPS;
- Promover condições para que os DISEI's tenham autonomia administrativa e financeira;
- Afiançar que o Governo Federal garanta o aumento nos repasses para a saúde indígena de 1% para 10% do Orçamento Geral da União;
- Inserir cultura indígena nas temáticas curriculares nas Escolas de Ensino Fundamental e de Ensino Médio em nível Nacional;
- Garantir aos indígenas o atendimento no SUS à saúde secundária e terciária em nível Nacional, valendo o respeito aos costumes, tradições e crenças;
- Garantir recursos para segurança alimentar dos povos indígenas;
- Garantir que as terras indígenas sejam compreendidas como espaço de proteção e produção da saúde.

Recomendações:

Estadual:

- Integrar na saúde o Projeto Vida Nova – Empaer – criação de horta para geração de renda e efetivação de uma boa alimentação;
- Garantir que a Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria de Estado de Saúde e Ministério da Saúde garantam condições de trabalho adequadas [salário digno,

- recursos humanos suficientes, Equipamentos de Proteção Individual (EPI), uniformes, materiais e espaços físicos] a todos os trabalhadores do SUS;
- Proporcionar que as Leis que regem a defesa do meio ambiente sejam divulgadas pelos órgãos Federais, Estaduais e Municipais, e cumpridas com rigor, estabelecendo sanções para os infratores de forma contumaz;
 - Garantir que as Emendas Parlamentares passem por autorização do Conselho de Saúde ou Audiências Públicas;
 - Afiançar que os Gestores das esferas Federal, Estadual e Municipal divulguem as ações realizadas pelo SUS de forma contínua;
 - Criar mecanismos de educação ambiental em parceria com a SEMA, com especial atenção ao rio Araguaia;
 - Garantir que as eleições da Diretoria dos Hospitais Municipais e Regionais ocorram de forma democrática;
 - Criar escolinhas permanentes conveniadas à SEDUC e de reeducação no trânsito;
 - Solicitar da SEMA e Conselho Estadual do Meio Ambiente um estudo sobre impactos ambientais ocasionados pela agricultura de grande porte e análise dos mananciais de captação de água para consumo humano;
 - Promover a implantação de Faculdades Regionais para a formação profissional na área de saúde;
 - Fazer parcerias com a SEMA no sentido de evitar as queimadas das indústrias e outros poluentes, cumprindo a Legislação Ambiental;
 - Garantir que os responsáveis pela média e alta complexidade cumpram a legislação vigente;
 - Articular com a Secretaria de Segurança Pública policiamento mais ostensivo, combate às drogas e acidentes e criação da polícia comunitária;
 - Maior fiscalização para evitar e combater poluição do meio ambiente.

Nacional:

- Integrar na saúde o Projeto Vida Nova – Empaer – criação de horta para geração de renda e efetivação de uma boa alimentação;
- Garantir que a Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria de Estado de Saúde e Ministério da Saúde garantam condições de trabalho adequadas [salário digno, recursos humanos suficientes, Equipamentos de Proteção Individual (EPI), uniformes, materiais e espaços físicos] a todos os trabalhadores do SUS;
- Proporcionar que as Leis que regem a defesa do meio ambiente sejam divulgadas pelos órgãos Federais, Estaduais e Municipais, e cumpridas com rigor, estabelecendo sanções para os infratores de forma contumaz;
- Garantir que as Emendas Parlamentares passem por autorização do Conselho de Saúde ou Audiências Públicas;
- Afiançar que os Gestores das esferas Federal, Estadual e Municipal divulguem as ações realizadas pelo SUS de forma contínua;
- Criar parcerias, convênios com instituições governamentais e não-governamentais, como CONAB, para controle da desnutrição e carência alimentar infantil;
- Garantir que as Escolas e Universidades insistam num Currículo que privilegie o acesso ao conhecimento sobre a Saúde Pública no Brasil;

- Buscar soluções para o desemprego através dos Governos Federal, Estaduais e Municipais;
- Assegurar a melhoria das rodovias Federais, Estaduais e Municipais para facilitar o acesso aos serviços de Saúde;
- Criar incentivo Federal para produção de hortas comunitárias para melhoria da qualidade de vida;
- Assegurar que o Governo Federal adote medidas punitivas para os pais ou responsáveis que não vacinarem seus filhos em tempo hábil (vacinas preconizadas pelo Ministério);
- Garantir ao assegurado do INSS que está em tratamento pelo SUS, o direito do benefício, sem que haja suspensão por dependência de exames ou cirurgias;
- Assegurar que no subsistema da saúde indígena seja condicionada estrutura necessária pra manutenção e conservação das atividades do saneamento básico nas aldeias;
- Afiançar que sejam respeitadas pelos Gestores as decisões deliberadas nos Conselhos de Saúde, sejam elas indígenas ou não.

Eixo II - Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde

Estadual:

- Implantar CIST's e Unidades Sentinelas nos Municípios do Estado;
- Promover a descentralização dos medicamentos de alto-custo, dando autonomia e repasse aos Municípios para comprá-los;
- Assegurar que a União, Estado e Municípios reavaliem os recursos destinados à assistência farmacêutica;
- Garantir a efetivação do cartão SUS como mecanismo de controle de regulação das ações do município;
- Garantir aos municípios o repasse oportuno dos medicamentos para diabetes, hanseníase, tuberculose, AIDS, entre outras;
- Implementar os procedimentos médicos anticonceptivos (vasectomia, DIU e laqueaduras) nos hospitais regionais;
- Garantir que os consórcios intermunicipais de saúde atendam a demanda de média e alta complexidade de sua região;
- Assegurar que a SES/MT e as Secretarias Municipais de Saúde garantam o retorno oportuno dos resultados de exames aos usuários do SUS;
- Garantir a descentralização das análises laboratoriais para doenças e agravos de interesse da vigilância epidemiológica e sanitária;
- Afiançar que a SES/MT e as Secretarias Municipais de Saúde fomentem a implantação da política de humanização do SUS nos serviços públicos e privados de saúde;
- Descentralizar a distribuição de medicamentos de alto-custo para os Escritórios Regionais;
- Estruturar o Escritório Regional de Saúde para melhorar o suporte aos municípios;
- Implementar políticas de prevenção e fiscalização da segurança do trabalho;

- Realizar auditoria externa nos serviços dos consórcios intermunicipais visando eficiência e qualidade do atendimento;
- Rever a normatização quanto ao número de famílias por PSF;
- Garantir que a SES/MT e as Secretarias Municipais de Saúde invistam na implantação de centros regionais para dependentes químicos, por meio de parcerias com instituições governamentais, não-governamentais e iniciativa privada;
- Fortalecer a CIB regional com maior apoio do Estado nas negociações;
- Melhorar a infra-estrutura física e tecnológica e de RH dos hospitais referência de consórcio;
- Ampliar a oferta de especialidades médicas nos consórcios intermunicipais de saúde;
- Implantar mecanismos no sistema de regulação de vagas para melhor agilizar o atendimento aos usuários;
- Assegurar que a SES/MT e as Secretarias Municipais de Saúde viabilizem a implantação de CAPS, residência terapêutica, hospital-dia e ambulatório de saúde como serviços substitutivos para diagnóstico, tratamento e reinserção social da pessoa com distúrbio mental e/ou usuários de álcool e/ou outras drogas;
- Efetivar parcerias entre Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde com os órgãos MP, TCE e outros;
- Ampliar a cobertura populacional da atenção básica por meio da estratégia de saúde da família e saúde bucal;
- Garantir o acesso às cirurgias reparadoras para tratamento de lipodistrofia/lipoatrofia em PVHA, bem como os procedimentos e insumos (medicamentos, órteses e próteses) necessários para tratamento das seqüelas, doenças oportunistas, mediante protocolo de base multidisciplinar;
- Promover a inclusão do exame de detecção do câncer de próstata dentre os exames da atenção básica;
- Estabelecer rede de referência contra referência em saúde mental;
- Viabilizar junto ao ERS/SES e secretários municipais a implantação do consórcio de saúde da baixada cuiabana, como estratégia para viabilizar referência de alta e média complexidade e outras ações que podem ser contempladas através do consórcio;
- Assegurar que a SES/MT garanta o retorno nas informações aos municípios semestralmente;
- Ampliar e garantir na rede SUS a referência para internação de pessoa vivendo com HIV/AIDS (PVHA), bem como definir maior número de profissionais que irão emitir o laudo e assumir o paciente no serviço secundário e/ou terciário (SAE/hospitais);
- Implantar o serviço de captação de órgãos para transplante nos hospitais de referência regional;
- Garantir que a Secretaria de Estado de Saúde/CRIDAC agilize o processo de liberação dos pedidos de prótese e aparelhos auditivos, delegando a função de análise e deferimento da solicitação aos profissionais reguladores dos escritórios regionais.

Nacional:

- Implantar CIST's e unidades sentinelas nos municípios do Estado;
- Promover a descentralização dos medicamentos de alto-custo, dando autonomia e repasse aos municípios para comprá-los;
- Assegurar que a União, Estado e Municípios reavaliem os recursos destinados à assistência farmacêutica;
- Garantir a efetivação do cartão SUS como mecanismo de controle de regulação das ações do município;
- Garantir aos municípios o repasse oportuno dos medicamentos para diabetes, hanseníase, tuberculose, AIDS, entre outras;
- Implementar os procedimentos médicos anticonceptivos (vasectomia, DIU e laqueaduras) nos hospitais regionais;
- Aumentar o repasse federal de teto financeiro da vigilância em saúde para os municípios da Amazônia legal;
- Aumentar o valor da remuneração nas tabelas SUS, garantindo que os valores sejam pagos de acordo com a complexidade e o custo dos procedimentos;
- Aumentar o valor per capita do piso da atenção básica dos municípios;
- Garantir a efetivação de fato do incentivo financeiro aos profissionais que trabalham no interior;
- Melhorar a integração entre as esferas dos governos (União, Estado e Municípios) na assistência à saúde indígena;
- Assegurar a integralidade do repasse fundo a fundo da CPMF, fundo perdido e ICMS para os municípios, a serem aplicados na saúde;
- Assinar o pacto do plano de política para mulheres;
- Criar legislação específica para responsabilizar civilmente pelos custos com tratamentos médicos decorrentes de transgressões das leis de trânsito, trabalhistas etc.;
- Assegurar que o governo federal atualize os recursos per capita e o censo populacional conforme o número real de habitantes do município;
- Garantir o repasse de 5% da arrecadação dos planos de saúde particulares para a saúde pública;
- Tentar viabilizar auxílio nas necessidades de UTI aérea junto à base aérea do Cachimbo;
- Melhorar os repasses pelas três esferas de governo para a atenção básica, sendo assim possível o fortalecimento das ações de prevenção, garantindo a contratação de profissionais qualificados;
- Revisar a política nacional da farmácia básica e de alto-custo para acrescentar medicamentos à lista;
- Promover a revisão da lei da política de saúde mental para garantir aos municípios de pequeno porte o CAPS municipal;
- Assegurar que o MS assuma o problema da necessidade de interiorização do médico especializado, buscando soluções para a questão da interiorização do profissional, investindo na educação continuada das ESF e sua resolutividade;
- Garantir a execução da Lei complementar 11.350 e Emenda Constitucional 51, para efetivar a permanência dos agentes ambientais que estavam atuando na data da publicação;
- Afiançar que a gestão e o financiamento da saúde indígena continuem sob a responsabilidade do Governo Federal;
- Prover saneamento básico em todo país até o ano de 2011;

- Disponibilizar recursos e incentivo estadual para atendimentos odontológicos de média complexidade, por exemplo: disponibilização de prótese e tratamento de canal para população indígena;
- Disponibilizar recursos para a aquisição de um veículo para transporte da população indígena;
- Garantir a manutenção de profissionais em áreas indígenas (PSF indígena) e melhoria das condições de trabalho, visando melhor qualidade na assistência prestada;
- Mudar a portaria que regulamenta a aquisição de equipamentos de USG e outros a municípios com mais de 20 mil habitantes, dando oportunidade a municípios com menor população;
- Garantir o cumprimento da proposta feita na 12ª Conferência Nacional de Saúde, que trata da implantação da saúde bucal em todas as equipes do PSF;
- Promover o aumento das AIH para os hospitais credenciados junto ao SUS;
- Fomentar a participação de representantes indígenas que fazem parte dos CONDI'S e fórum de presidentes nas Conferências nacional, estaduais e municipais para continuidade nas discussões sobre pactos pela saúde;
- Assegurar que o pacto pela saúde garanta aos povos indígenas meios para manter os territórios e rituais, de modo integrado com a política nacional de saúde;
- Garantir a participação da FUNASA/DISEI's em todas as discussões da consolidação do pacto pela saúde;
- Definir plano de carreira (cargos e salários) para os trabalhadores de saúde indígena;
- Garantir que a gestão e o financiamento da saúde indígena sejam de responsabilidade do governo federal, garantindo aos DISEI's autonomia política, administrativa e financeira;
- Assegurar que a FUNASA/SES/SMS e Escola de Saúde Pública garantam recursos para qualificação dos profissionais de saúde que atuam nas referências secundárias e terciárias, com o objetivo de ampliar seus conhecimentos acerca dos aspectos étnicos e culturais que envolvem a atenção da saúde dos povos indígenas do Brasil, inserindo nas grades curriculares dos cursos de saúde, em nível técnico e superior, conteúdos relacionados aos aspectos sócio-antropológicos que envolvem a organização dos serviços de saúde para a população indígena;
- Garantir recursos financeiros para a construção e melhoria da infra-estrutura específica para a área de saúde e de saneamento básico na comunidade indígena;
- Afiançar que o recurso financeiro da SAS destinado à contratação de recursos humanos da área de saúde para atenção básica em área indígena, no planejamento do Ministério da Saúde, seja repassado e recolocado da SAS para os DISEI's, criando assim o fundo nacional e distrital de saúde indígena, através da FUNASA, atuando como órgão gestor;
- Garantir que os serviços de atenção à saúde indígena sejam organizados na forma de distritos sanitários especiais indígenas, conforme a lei nº. 9.836, de 23 de setembro de 1999;
- Assegurar que os recursos descentralizados para a área indígena sejam pactuados previamente pelo CONDISI/CMS e CIB;
- Garantir que a FUNASA desenvolva mecanismos de informação epidemiológica coerentes com o sistema do SUS;

- Afiançar que os municípios viabilizem a implantação do cartão SUS nas áreas indígenas para 100% das populações indígenas (municípios e União);
- Promover desburocratização no sistema de atendimento no setor de regulação para saúde indígena;
- Revisar os critérios para laqueadura em mulheres maiores de 27 anos e com 2 filhos.

Recomendações:

Estadual:

- Cumprir com as metas pactuadas no pacto pela saúde, com punições cabíveis quando estas não forem atingidas;
- Implementar as ações da saúde e demais políticas públicas junto com a pastoral da criança e saúde popular;
- Promover a criação de uma política nacional e estadual que garanta recurso financeiro para implantação de rede de esgoto e pavimentação urbana para municípios de pequeno porte;
- Garantir o investimento de recursos municipais, estaduais e federais em programas de lazer e esporte que visem à qualidade de vida;
- Assegurar que o Estado e a União cumpram com seus percentuais obrigatórios a serem investidos na saúde;
- Requerer verbas para proteção das matas ciliares.

Nacional:

- Cumprir com as metas pactuadas no pacto pela saúde, com punições cabíveis quando não atingidas;
- Implementar as ações da saúde e demais políticas públicas junto com a pastoral da criança e saúde popular;
- Garantir a criação de uma política nacional e estadual que garanta recurso financeiro para implantação de rede de esgoto e pavimentação urbana para municípios de pequeno porte;
- Garantir o investimento de recursos municipais, estaduais e federais em programas de lazer e esporte que visem à qualidade de vida;
- Assegurar que o estado e a União cumpram com seus percentuais obrigatórios a serem investidos na saúde;
- Garantir que o Ministério Público acompanhe o repasse das verbas para saúde nos três níveis e adote obrigatoriamente as medidas cabíveis quando não houver cumprimento deste;
- Assegurar recursos federais para abertura e conservação de estradas;
- Garantir/disponibilizar perícia médica em nível regional, atendendo os municípios *in loco* – INSS;
- Assegurar que, para receber o financiamento governamental do FIES, o aluno deverá realizar ações ou prestar serviços em locais com escassez de profissionais, por um período igual ao tempo do recebimento do benefício;
- Garantir que o governo federal agilize a liberação do cadastro bolsa família;
- Promover o reflorestamento das margens do rio Areia;

- Criar incentivos federais para os municípios do Nortão de Mato Grosso, com o objetivo de que se instalem indústrias que proporcionem melhorias na qualidade de vida, com opção de renda para população;
- Promover incentivo federal de saneamento básico para baixa renda;
- Assegurar que a União implante Delegacias Regionais do Trabalho nos municípios que preencham os critérios exigidos.

Eixo III - A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde

Estadual:

- Garantir o intercâmbio entre os Conselhos Municipais, Estaduais e Federal;
- Assegurar Sede e legitimidade ao Conselho de Saúde, bem como a todos os conselhos municipais, com dotação orçamentária capaz de prover ajuda de custo aos seus atos executivos e administrativos;
- Estimular a articulação sistemática entre conselhos/conselheiros de saúde e sociedade civil, abrindo suas reuniões à população, demonstrando publicamente a execução de seus gastos e suas ações;
- Assegurar que a SES/MT e as Secretarias Municipais de Saúde garantam a realização de capacitação permanente para conselheiros e agentes sociais para que estes conheçam suas atribuições e exerçam de melhor forma sua autonomia, com participação nas decisões que lhes competem, em parceria com entidades governamentais e privadas;
- Garantir a criação do Conselho Intermunicipal de Saúde;
- Melhorar a divulgação sobre os conselhos de saúde em nível estadual e municipal;
- Realizar conferências regionais para o fortalecimento das propostas municipais;
- Efetivar as propostas da conferência;
- Garantir que a Ouvidoria Estadual possua o serviço gratuito de 0800 para atendimento à população.

Nacional:

- Garantir o intercâmbio entre os Conselhos Municipais, Estadual e Federal;
- Assegurar Sede e legitimidade ao Conselho de Saúde, bem como a todos os conselhos municipais, com dotação orçamentária capaz de prover ajuda de custo aos seus atos executivos e administrativos;
- Estimular a articulação sistemática entre conselhos/conselheiros de saúde e sociedade civil, abrindo suas reuniões à população, demonstrando publicamente a execução de seus gastos e suas ações;
- Afiançar que o Estado brasileiro garanta o recurso para o controle social indígena;
- Garantir participação indígena nas reuniões e nas Conferências de Saúde Municipais, Estaduais e Nacionais;
- Promover o fortalecimento dos Conselhos de Saúde Indígenas, através da conscientização da comunidade sobre a importância do controle social, junto às três esferas: federal, estadual e municipal;

- Assegurar que o representante dos povos indígenas no Conselho Estadual de Saúde seja integrante da Comissão de Capacitação Permanente do Conselho Estadual;
- Afiançar que as conveniadas da FUNASA garantam no seu plano orçamentário recurso específico para a realização de oficinas, abrangendo os seguintes temas: controle social, SUS, políticas de saúde indígena e segurança alimentar, respeitando as organizações próprias de cada comunidade;
- Reativar a CEPSI (Comissão Especial Permanente de Saúde Indígena), sendo sua composição de inteira responsabilidade da FUNASA e a representação dos 06 (seis) DSEI's de Mato Grosso;
- Garantir capacitação continuada para os conselheiros indígenas junto às esferas federal, estadual e municipal;
- Garantir recursos financeiros para realização de encontros e fóruns anuais entre os Conselhos Distritais de Saúde Indígena;
- Garantir 10 (dez) vagas de delegados na 13ª Conferência Nacional de Saúde aos representantes das comunidades indígenas;
- Assegurar que o Governo Federal garanta recursos financeiros e reconheça como parte integrante da Conferência Nacional de Saúde a realização das conferências especiais dos povos indígenas de cada Estado e também a pré-conferência nacional e especial dos povos indígenas;
- Garantir a FUNASA/DISEI, enquanto unidade gestora, assento nas discussões (CIB, Conselhos, Conferências e Fóruns) nos âmbitos nacional, estadual e municipal.

APÊNDICE F

MEMÓRIA DAS DISCUSSÕES E VOTAÇÕES DAS PROPOSTAS DA VI CONFERÊNCIA ESTADUAL.

EIXO I- A discussão teve início com a coordenação dos trabalhos sendo executado pela conselheira Leila Boabaid, o conselheiro Carlos Alberto Eilert e o representante indígena Genildo, sendo convidada a relatar a servidora Soraia Maciel.

A Conselheira Leila Boabaid falou da importância de manter a ordem quanto ao que garantiu o Regimento Interno sobre o tempo de fala de dois minutos e passou a palavra ao Conselheiro Carlos Eilert, cuja tarefa era falar sobre a metodologia a ser aplicada a partir de então na plenária.

O Conselheiro falou sobre a metodologia, com respeito às normas estabelecidas pelo Regimento Interno. Carlos Eilert informou que, em caso de manifestação de destaque contrário ou de inclusão por parte de várias pessoas, elas se reúnem para apresentar um único destaque. A proposta que entrar para o destaque, nesse caso, enquanto as pessoas se reúnem para formulá-lo, permanece em espera, enquanto os trabalhos têm continuidade, sendo discutidos assim que a proposta estiver definida. O Conselheiro informou que todas as propostas serão anotadas com parcimônia, pois o objetivo da Conferência é a defesa do SUS. Ele ainda afirmou que os governos internacionais querem que o SUS não funcione para que, assim, sejam implantados no Brasil os planos de saúde privados. Carlos Eilert continuou dizendo que os participantes devem fazer suas inscrições, informar o destaque, se reunir e apresentar a proposta. Quando não houver parecer favorável nem contra e não houver destaque, essa proposta será considerada aprovada. Ele ainda informou que os destaques serão votados no final por blocos. A proposta feita pelo Conselheiro foi aprovada por unanimidade. As inscrições ficaram a cargo da companheira Soraia. O Conselheiro Carlos Eilert iniciou então a leitura das propostas:

Proposta nº 1 – Estadual: Promover pactuação interestadual entre municípios de fronteiras.

Foi realizada uma proposta de modificação do texto que foi aprovada pela plenária da seguinte forma: “Promover pactuações interestaduais no SUS entre municípios de fronteiras”. Em seguida, foi definido que as propostas estaduais e nacionais seriam lidas em paralelo para que pudessem ser acompanhadas passo a passo, sendo aprovado para a proposta nacional o seguinte texto: “Promover pactuação interestadual e internacional de municípios de fronteiras”.

Proposta nº 2 – Estadual: “Que os Governos Federal e Estadual modifiquem os critérios de distribuição de recursos, visando fortalecer os municípios com baixo índice de desenvolvimento”.

Um participante afirmou que, visto que o Governo Federal repassa 7,5% para o município em investimento na saúde e o Governo do Estado repassa 10,5 %, o município fica sufocado com o repasse de 14%, a proposta dele seria a redução de 2% do município, que ficaria com 12% e que o Estado e o Governo federal repassem 12% também, em partes iguais, para não sufocar o município e melhorar a condição da saúde.

Carlos Eilert esclareceu ao participante que o repasse do Estado é de 10% e não 12%, que o do Governo Federal é 7% e do município é 15%, perguntando se o que ele gostaria de propor seria a divisão igualitária do repasse de verbas para a saúde por parte das esferas municipal, estadual e federal. O Conselheiro afirmou ainda que não iria induzir o valor do percentual na proposta, tratando somente sobre a igualitariedade do valor do repasse. A Plenária aprovou em votação a necessidade de, na proposta,

haver o valor do percentual para o repasse e o Conselheiro solicitou que a proposta de alteração fosse encaminhada à mesa para que a leitura fosse feita. A proposta do Delegado Fagner foi a de “Que os Governos Federal e Estaduais igualem o repasse da distribuição de recursos, visando fortalecer os municípios com baixo índice de desenvolvimento, sendo assim União, Estado e Município efetuando um repasse de 12%”. Em nome da democracia, o Conselheiro Carlos Eilert perguntou à Plenária se alguém teria mais algum destaque de modificação contrário a esta que foi lida. Como havia, ficou decidido que haveria reunião das duas propostas para, em seguida, a proposta final ser aprovada ou não pela Plenária.

Proposta nº 02 – Nacional: “Que os Governos Federal e Estadual, na nacional, modifiquem os critérios de distribuição de recursos visando fortalecer os municípios com baixo índice de desenvolvimento”.

Como a proposta era a mesma da Estadual, ficou decidido que os textos também seriam modificados, para depois sofrerem votação.

Proposta nº 03: “Que a União, Estados e Municípios fomentem a implantação de infra-estrutura, serviços e profissionais orientados para as práticas de promoção e prevenção da saúde”.

Foi sugerido pelo delegado Gilberto de Rosário Oeste “Que a União, Estados e Municípios fomentem o consórcio de financiamento e convênios e a implantação de infra-estrutura, serviços e profissionais orientados para as práticas de promoção e prevenção da saúde”.

Em seguida, a Plenária discutiu a proposta nº 02 Nacional: “Que a União, Estados e Municípios apliquem 15% da arrecadação na saúde, visando fortalecer os municípios”, sendo aprovada a modificação de acréscimo do texto com 14 abstenções.

O Conselheiro releu o texto: “Que a União, Estados e Municípios fomentem maior repasse aos PSF e à atenção básica”.

Proposta nº 4: “Que o SUS assegure aos pacientes indígenas em tratamento médico-hospitalar a presença do pajé quando solicitado pelos seus responsáveis”.

Destaque: “Que o SUS assegure aos seus pacientes indígenas em tratamento médico-hospitalar a presença do Diretor Espiritual (pajé, padre, pastor, pai-de-santo, etc...), quando solicitado.

A Delegada Cida fez a defesa da manutenção do texto, afirmando que existe uma Legislação Federal que garante o atendimento espiritual, inclusive dentro dos hospitais, e que não existe nesta Legislação a garantia da questão indígena. A proposta do Delegado João foi de alteração do texto, com o seguinte acréscimo: “com o consentimento do médico responsável”. O Delegado pediu dois minutos para defender sua proposta, afirmando que é necessário acrescentar o texto citado, pois acontecem freqüentemente mortes quando o pajé faz seu trabalho em certos pacientes, antes que os mesmos estejam se recuperando. Porém o Delegado Gorinrets, do DISEI Araguaia, defendeu a manutenção do texto como está, pois o mesmo trabalha no controle social, na área de projetos que atendem a saúde indígena. O Delegado afirma que uma das metas defendidas em seu trabalho é a capacitação dos profissionais na área da saúde da referência, porque o desconhecimento do procedimento de atenção à saúde ou tratamento de saúde indígena é o que causa os problemas que acontecem hoje, como por exemplo, a falta do atendimento à necessidade do pajé, quando for solicitado. O Delegado ainda afirmou que esse é um direito estabelecido por Lei e, por isso, sugeriu que o texto permanecesse da forma como estava.

Sendo assim o texto foi aprovado pela Plenária sem modificações, permanecendo da mesma forma nas instâncias Estadual e Nacional, visto que a redação é a mesma.

Proposta nº 5 – Estadual: "Viabilizar a inserção contínua em rádios e TV's de informações sobre ações e serviços do SUS, direitos e deveres dos usuários e profissionais, assegurando espaços para etnias e demais grupos. Nesse caso houve uma sugestão de que o texto da proposta estadual seja também contemplado e divulgado em nível nacional. Depois de discutida, a proposta do novo texto a ser votado seria: "Viabilizar a inserção contínua na mídia e por mídia subentende-se: jornal, televisão, rádio e, se for necessário, internet, de informações sobre ações e serviços do SUS, contemplando os valores repassados aos municípios por programa de direitos e deveres dos usuários".

Proposta nº 6: Implementar a Política de prevenção, integração e reintegração dos portadores de deficiências, transplantados, portadores de patologias especiais, portadores de necessidades especiais e de transtornos mentais.

O Conselheiro tratou sobre a proposta de pactuação interestadual novamente, apontando que o texto da proposta estadual deve ser o mesmo da nacional na ordem nº 1: "Promover pactuação interestadual entre municípios de fronteiras". A ordem nº 2 propôs: "Que os Governos Federal e Estadual modifiquem os critérios de distribuição de recursos, visando fortalecer os municípios com baixo índice de desenvolvimento". O Conselheiro informou que esse texto vale também para o nível nacional. A ordem nº 3 afirmou: "Que a União, Estado e Municípios fomentem a implantação de infra-estrutura, serviços e profissionais orientados para a prática de prevenção e promoção à saúde".

A ordem nº 4: Que o SUS assegure aos pacientes indígenas o tratamento médico hospitalar, a presença do pajé quando solicitado pelos seus responsáveis, na nacional (a mesma leitura). A ordem nº 5: Viabilizar a inserção contínua de rádios e TVs de informações sobre ações e serviços do SUS, direitos e deveres dos usuários e profissionais, assegurando espaço para etnias e demais grupos.

Ordem nº 6: Implementar a política de integração dos deficientes físicos e mentais na sociedade. A ordem nº 7: Que a SES, disponibilize nos seus sites informações atualizadas dos repasses de recursos estaduais aos seus municípios. A ordem nº 8 nível Estadual: Propor ao Estado que o Projeto "Saúde + Educação = protegendo vidas" seja inserido na Política de Educação e Saúde Estadual. A ordem nº 9: Efetivar o monitoramento e a avaliação da qualidade da Atenção à Saúde prestada pelos serviços públicos e privados no Estado. Destaque: A ordem nº 10: Que a SES e as Secretarias Municipais de Saúde ofereçam Educação Permanente em saúde à todos os trabalhadores do SUS seguindo a diretriz da descentralização. A ordem nº 11 no nível Estadual: que a SES e as Secretarias Municipais de Saúde implementem a Política de Reabilitação com especial atenção à formação de equipes multidisciplinares, ampliação do acesso aos serviços e insumos aos portadores de necessidades especiais. A ordem nº 12: Que a SES e as Secretarias Municipais de Saúde garantam hospedagem para pacientes e acompanhantes em tratamento fora de domicílio. A ordem nº 13, no âmbito Estadual: Que a SES e as Secretarias Municipais de Saúde fortaleçam as ações de prevenção ao consumo de álcool e drogas por meio de parcerias com instituições públicas e privadas, ong's e outras. Na Nacional, a ordem nº 05: Fiscalização por parte do Governo Federal, no sentido de fiscalizar melhor o atendimento em saúde no Município a cada 30 dias. O nº 06 do Nacional: Garantir a aprovação do Projeto de Lei Complementar 01/2003 que regulamenta a emenda constitucional 29. A nº 07: Ampliar incentivos para Educação em Saúde e repasse direto aos Municípios. A ordem nº 08: Viabilizar junto ao Ministério da Saúde, a garantia de recurso para a estruturação,

reestruturação e manutenção física e de equipamentos nas Unidades de Saúde de acordo com as necessidades e especificidades da Micro-região. A nº 09: Que a FUNAI disponibilize às Secretarias Municipais de Saúde materiais sobre os principais agravos que acometem a população indígena. A ordem nº 10, Nacional: que o ministério da saúde acelere a emissão, entrega do cartão nacional de saúde. A ordem nacional nº 11: Que sejam desvinculados recursos da saúde destinados aos povos indígenas “Nambiquara.” da coordenação de Rondônia para a coordenação de Mato Grosso, município de Comodoro. A ordem nº 12 da Nacional: Que a FUNAI viabilize a divisão do Distrito de Vilhena (RO) para o Município de Comodoro (MT). A ordem Nacional nº 13: Garantir a redução de exigências, nº de habitantes para a implantação do CAPS. A ordem nº 14 Nacional: Que os DISEIs tenham autonomia administrativa e financeira. A nº 15: Que o governo Federal garanta o aumento nos repasses para a saúde indígena de 1%, para 10% do orçamento geral da União. Proposta. Vamos respeitar a proposta dos povos. A nº 16, proposta Nacional: Inserir Cultura Indígena nas temáticas curriculares nas escolas do país no ensino fundamental e médio. A nº 17: Garantir aos indígenas o atendimento no SUS da Saúde Secundária e Terciária a Nível Nacional assegurando o respeito aos costumes, tradições e crenças. A nº 18: Garantir recursos para a segurança alimentar dos povos indígenas. A nº 19: Que as terras indígenas sejam compreendidas como espaço de produção e proteção da saúde.

Foram feitas as seguintes recomendações Estadual e Nacional nº 1: Integrar na saúde o Projeto Vida Nova Empaer, criação de hortas para geração de renda e efetivação de uma boa alimentação. A nº 2: Que as Secretarias Municipais, Estaduais e Ministério da Saúde, garantam condições de trabalho adequado, salários dignos e recursos humanos suficientes, equipamentos de proteção individual, uniformes, materiais e espaço físico a todos os trabalhadores do SUS. A nº 3: Que as Leis que regem o meio ambiente sejam divulgadas pelos órgãos Federais, Estaduais, Municipais e cumpridas com rigor, estabelecendo sanções aos infratores de forma contumaz. A nº 4: Que as Emendas Parlamentares considerem parecer do Conselho Estadual de Saúde ou de Audiências Públicas. A nº 5: Que os Gestores Federais, Estaduais e Municipais divulguem as ações realizadas pelo SUS de forma contínua. A nº 6: Criar mecanismos de Educação Ambiental em parceria com a SEMA com especial atenção ao rio Araguaia. A nº 7: Que as eleições da Diretoria dos Hospitais Municipais e Regionais sejam democratizadas. A nº 8: Criar escolinhas permanentes conveniadas a SEDUC de reeducação no trânsito. A nº 9: Solicitar da SEMA e do Conselho Municipal de Meio Ambiente, o estudo sobre os impactos ambientais ocasionados pela agricultura de grande porte e a análise da água dos mananciais e da captação de água para o consumo humano. A nº 10: Implantação de Faculdades Regionais para a formação de profissionais na área de saúde. Nº 11: Promover parceria com a SEMA no sentido de evitar as queimadas urbanas, rurais e outros poluentes, cumprindo a legislação ambiental. A nº 12: Que os responsáveis pelas média e alta complexidade cumpram a legislação vigente. A nº 13: Articular com Secretaria de Segurança Pública, policiamento mais ostensivo, combate as drogas, acidentes e a criação de uma Polícia Comunitária. A nº 14: Ampliar fiscalização para a poluição do meio ambiente.

Recomendações no âmbito nacional, nº 6: Criar parceria, convênios com instituições governamentais e não governamentais como CONAB para controle da desnutrição e carência alimentar infantil. A nº 7: Que as Escolas e Universidades privilegiem no curriculum a Saúde Pública no Brasil. A nº 8: Ampliar soluções para o desemprego através do Governo Federal, Estadual e Municipal. A nº 9: Garantir a melhoria das rodovias federais, estaduais e municipais para facilitar o acesso aos serviços de saúde. A nº 10: Criação de programas de incentivo Federal para a produção

de hortas comunitárias para a melhoria da qualidade de vida. A nº 11: Que o governo adote medidas punitivas para os pais e os responsáveis que não vacinarem seus filhos em tempo hábil, vacinas preconizadas pelo Ministério. A nº 12: Garantir ao assegurado do INSS que está em tratamento pelo SUS o direito do benefício sem que haja suspensão por dependência de exames ou cirurgias. A nº 13: Que no subsistema indígena seja condicionado estrutura necessária para manutenção e conservação das atividades do saneamento básico nas aldeias. A nº 14: Que sejam respeitadas pelos Gestores as decisões deliberadas dos Conselhos de Saúde, sejam indígenas ou não.

Destaque: Carlos Caetano, proposta nº 1, inclusão: Promover a Pactuação Interestadual e também Internacional nas regiões de fronteiras como a região noroeste do Estado em virtude de tráfico de seres humanos e outras políticas que envolvem a saúde que tem que atender um pouco da diversidade étnico e cultural.(inclusão Internacional como: Bolívia, Paraguai.). Tereza, Médica de Vila Bela: Pactuação Internacional – com a Bolívia. Sendo que a proposta de Pactuação Internacional precisa ser de Nação para Nação, não pode partir do Estado. Será remetida para o Nível Federal.

A proposta 08 que foi de propor ao estado que o Projeto “Saúde + Educação = Protegendo Vidas” seja inserido na Política de Educação em Saúde Estadual foi aprovada, assim como a Proposta nº 05: Viabilizar a inserção contínua na mídia de informações sobre ações e serviços do SUS, contemplando com valores para cada programa repassados aos Municípios e Estados, direitos e deveres dos usuários e profissionais assegurando espaços para etnias e demais grupos. Também foi aprovada a Proposta nº 09: Qualificar os componentes dos Conselhos Municipais de Saúde para monitorar e avaliar a qualidade da atenção à saúde prestados pelos serviços públicos e privados no Município; a Proposta nº 10: Que a SES, através da Escola de Saúde Pública, Secretarias Municipais de Saúde ofereçam Educação Permanente em Saúde aos três segmentos: gestores, trabalhadores e usuários do SUS seguindo a diretriz da descentralização. Aprovou-se também as Propostas nº 11: “Que o Governo Federal, Estadual e Municipal implemente a Política de Reabilitação com especial atenção à formação de equipes multiprofissionais com caráter interdisciplinar com ampliação do acesso aos serviços e insumos aos pacientes com necessidades especiais”. Melhoramento na redação da 11ª: trocar “portadores de necessidades especiais” por “pessoas com deficiência”. A Proposta nº 12: Que a SES e as Secretarias Municipais de Saúde garantam transporte ida e volta, alimentação e hospedagem, para pacientes e acompanhantes, quando necessário, em tratamento fora do domicílio na qual foi aprovada a modificação integral no texto.

A Proposta nº 13: Que a SES e Secretaria Municipal de Saúde fortaleçam as ações de prevenção ao consumo de álcool e drogas por meio de parcerias com instituições públicas e privadas, ong’s e outras foi mantida a redação.

Proposta nº5 Nacional: O texto foi suprimido.

Proposta nº 06 Nacional: Garantir a aprovação do Projeto de Lei Complementar 01/2003 que regulamenta a Emenda Constitucional nº 29 foi aprovado o texto e também a proposta nº 07: Ampliar incentivo para Educação em Saúde e repasse direto aos Municípios.

No caso da Proposta nº 08: Viabilizar junto ao Ministério da Saúde a garantia de recursos para a estruturação, reestruturação e manutenção física de equipamentos nas unidades de saúde de acordo com as necessidades e especificidades da micro-região manteve-se o texto original.

Já a Proposta nº 9: Que a FUNASA disponibilize as Secretarias Municipais de Saúde, base de dados e informação sobre os principais agravos que acometem da população

indígena foi aprovada. Terminada esta votação as novas propostas foram discutidas na plenária final.