

1 **CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

2 **ATA 07**

3 **DATA: 17/03/2011**

4 **O SR. OSCAR PANIZ (Vice-Coordenador do Conselho Municipal de Saúde):** Aos
5 dezessete dias do mês de março do ano de dois mil e onze, às 18h30min, no auditório da
6 Secretaria Municipal de Saúde, situado na Av. Loureiro da Silva, nº 325, reuniu-se, em
7 sessão ordinária do Plenário, o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. No uso das
8 atribuições que me são concedidas pelas leis 8080, de setembro de 1990, 8142/90, de
9 dezembro de 1990, pela Lei Complementar 277/92, de maio de 1992, pela Lei Orgânica do
10 Município de Porto Alegre, pelo Código Municipal de Saúde e pelo Regimento Interno
11 deste Conselho, aprovado em julho de 2008, declaro aberta a sessão ordinária do Plenário
12 do dia dezessete de março de 2011, presentes os seguintes **Conselheiros Titulares:**
13 Carla Rosana Santos da Silva, Carlos Eugênio Schuch Colvara, Djanira Correa da
14 Conceição, Denise Nunes da Silva Vargas, Elen Maria Barbosa, Flavio Becco, Gláucia
15 Maria Dias Fontoura, Ione Terezinha Nichele, José Antônio dos Santos, Mônica Ellwanger
16 Leyser, Maria Hisami Tori, Maria Letícia de Oliveira Garcia, Mirtha da Rosa Zenker,
17 Marizete Figueredo Rodrigues, Maria Ivone Dill, Mirian Webber, Nesioli dos Santos, Olir
18 Citolin, Paulo Goulart dos Santos, Palmira Marques da Fontoura, Roger dos Santos Rosa,
19 Rejane Haidrich, Rafael Viccari dos Santos, Salete Camerini, Sandra Helena Gomes Silva,
20 Sílvia Giugliani, Saulo Ferreira Macalós, Sonia Regina Coradini. **Conselheiros Suplentes**
21 **Presentes:** Alberto Moura Terres, Ana Maria Araujo Cirne, Adriana Rojas, Arlete Fonte,
22 Clori Araújo Pinheiro da Costa, Christiane Nunes de Freitas, Fernando Ritter, Jorge Luis
23 Correa Xavier, Liciane Hampe Filho, Maria Ines Gomes dos Santos, Masurquede de
24 Azevedo Coimbra, Marta Schneider da Silva, Marcelo Bosio, Oscar Paniz, Paulo Rubino
25 Bertoletti, Sandra Lúcia Medeiros. **1) Abertura. 2) Faltas Justificadas:** Lúcia Rublescki
26 Silveira, Maria Encarnacion Ortega, Marta Mendes dos Santos, Pedro Luis da Silva
27 Vargas, Tânia Ledi da Luz Ruchinsque, Vera Terezinha Ramos Leonardi, Paulo Goulart. **3)**
28 **Apreciação da Ata 05/2011.** Só para explicar a todos que combinamos na reunião
29 passada que a ata será enviada por e-mail a partir de agora. É uma experiência. Vamos
30 ver se funciona. Quem precisar da ata hoje, temos uma máquina de Xerox e poderemos
31 fornecer uma cópia. Vamos passar à apreciação da ata 05. Todos receberam a ata?
32 (Aquiescência do Plenário.) Há alguma colocação? (Silêncio no Plenário) Em votação a
33 ata 05. Os(as) conselheiros(as) que aprovam a Ata 05 se manifestem levantando o crachá
34 (Pausa). **19 votos a favor.** Os(as) conselheiros(as) que são contra se manifestem
35 levantando o crachá (Pausa). **Nenhum voto.** Abstenções? **04 abstenções. APROVADA a**
36 **Ata 05 de 03/03/2011.** Hoje não teremos informes do Plenário, para agilizar a nossa
37 pauta de que será: a Constituição da Comissão da Saúde da Mulher, a apresentação
38 conceitual do tema “Direitos Sexuais Reprodutivos”, a cargo da Rede Feminista, e a
39 apresentação do trabalho de pesquisa referente à mortalidade materna em Porto Alegre,
40 pela Dr^a. Soraia Schimidt. Quero lembrar que está confirmado para o dia 26 de março,
41 com início às 13h30min, no auditório da Faculdade de Odontologia, na Ramiro Barcelos,
42 até as 18h, o Seminário sobre Filantropia. Conseguimos, junto ao conselheiro Jairo, que a
43 Federação das Santas Casas pague o aluguel de cem reais. Estarão presentes:
44 representação do Departamento de Certificação de Entidades Benéficas de Assistência
45 Social e Ministério da Saúde, representante da Controladoria Geral da União,
46 representante do Ministério Público Federal e representante da Federação das Santas
47 Casas. Então, estes serão os nossos convidados. Quem tiver dúvidas pode ligar para o
48 Conselho. Será no outro fim de semana, ainda dá tempo para as pessoas terem o
49 endereço e se esclarecerem. Quero registrar que iniciou a CPI da Saúde na Câmara de
50 Vereadores. A Letícia foi a primeira pessoa a ser ouvida, isso foi na quarta-feira, em nome
51 do Conselho Municipal de Saúde. Queres falar alguma coisa, Letícia? **A SRA. MARIA**

52 **LETÍCIA DE OLIVEIRA GARCIA (Coordenadora do Conselho Municipal de Saúde):**
53 Rapidamente vou falar. Eu acho que nós, durante muito tempo aqui no Conselho
54 Municipal de Saúde, principalmente a partir de toda luta que estabelecemos com relação à
55 Estratégia de Saúde da Família, em 2008, trouxemos ao conhecimento deste Plenário as
56 primeiras análises da Prestação de Contas do Instituto Sollus. Naquela ocasião, demos
57 conhecimento de que havíamos encaminhado esta análise a todos os órgãos de controle
58 do estado: Tribunal de Contas da União, Tribunal de Contas do Estado, Ministério Público
59 Federal, Ministério Público Estadual, Polícia Federal. No entanto, naquela época
60 duvidávamos – aliás, muitos de nós duvidavam – do encaminhamento e da investigação
61 das denúncias que fizemos na ocasião. Então, algum tempo depois, este mesmo Plenário
62 definiu encaminhar o pedido à Câmara de Vereadores para que instalasse a CPI da Saúde
63 para que, de alguma forma, tivesse acesso às informações e às investigações que corriam
64 no Ministério Público Federal, na própria Justiça e na Polícia Federal. A instalação da CPI
65 foi uma forma de a população e a comunidade de Porto Alegre ter acesso às informações
66 e às investigações que correm ainda em *Segredo de Justiça*. Acho que o Conselho, em
67 que pese a situação de desvio de recursos, tem a satisfação de ter feito o que nos cabia,
68 de ter o dever cumprido em relação a isso. Então, o Plenário do Conselho está de
69 parabéns. Por isso, faço este registro. **O SR. OSCAR PANIZ (Vice-Coodenador do**
70 **Conselho Municipal de Saúde):** O Vereador Todeschini está com uma pauta marcada
71 conosco, então, passo a palavra a ele para que se manifeste. **O SR. CARLOS**
72 **TODESCHINI (Vereador de Porto Alegre):** Boa-noite à Mesa, à Coordenadora Letícia, ao
73 Secretário Marcelo, a todos os conselheiros e demais presentes. Só para complementar
74 esta questão da CPI da Saúde de que faço parte: houve um questionamento por parte da
75 bancada majoritária sobre a validade da CPI, das assinaturas, toda uma polêmica de estar
76 na imprensa. Primeiro, houve uma ação movida na Justiça, no entanto já houve resultado,
77 a Justiça considerou as assinaturas válidas e o assunto todo resolvido. Portanto, é
78 pacífico, e a CPI vai andar. Só para informar que ela tem um objeto determinado que é
79 apurar as questões que estão envolvendo o contrato da Sollus. Uma CPI não pode ser
80 genérica nem buscar outros elementos. Ela tem que ter um fato determinado, e o fato que
81 vai ser investigado é este. Mas, senhoras e senhores, eu pedi este momento, porque
82 quero dividir aqui com o Conselho, também em face de que este é o Conselho Municipal
83 de Saúde, um assunto relativo a um programa de rádio que em estive há alguns dias.
84 Quando eu fui Presidente da COSMAM, Marcelo, nós fizemos um debate sobre a questão
85 da Lei Estadual de Proteção aos Animais, a Lei do Carlos Gomes, que está inviabilizando
86 e prejudicando sobremaneira o trabalho do Centro de Zoonose de Porto Alegre, que faz
87 um trabalho muito profissional, que tem um grupo de veterinários que não tem
88 comparação. Mas o assunto tratado de forma fanatizada, distorcida não permitiu sequer
89 que pudéssemos discutir o tema. Eu estou falando aqui no caso de cães que são
90 abandonados pelos donos. Houve um acidente na semana passada, sexta-feira, em uma
91 escola da Restinga onde um pitbull atacou três crianças que foram parar no Pronto
92 Atendimento Moinhos de Vento. Há um caso de terça-feira, agora, de uma moça que
93 estava caminhando com a mãe dela em direção ao trabalho lá na Rua Outeiro, um pitbull
94 pulou uma cerca e rasgou toda a panturrilha dela e assim há casos repetidos. E o pessoal
95 da prefeitura que faz um excelente trabalho não está podendo trabalhar. Levantei esta
96 polêmica sobre este assunto, mas recebi mais de cem e-mails de ataques irracionais.
97 Quero dizer que de forma nenhuma estou defendendo os maus tratos aos animais ou
98 estou defendendo agressões aos animais. Tínhamos um trabalho, um serviço público, de
99 altíssima qualidade que está inutilizado pela Lei Carlos Gomes. E com, no meu
100 entendimento, uma partidarização, por parte da Primeira Dama, que assumiu esta
101 bandeira e está expondo a população ao risco em Porto Alegre. Risco sim, porque nós
102 temos a raiva que está disseminada na Cidade. Há dois anos, houve 300 animais de

103 grande parte que morreram na zona Sul de Porto Alegre, fundamentalmente bovinos e
104 eqüinos, não se sabia do que era, e depois foi constatada raiva. Imaginem a quantidade
105 de cães que estão soltos, cães que são abandonados porque os donos não conseguem
106 mais ter controle. Além do que, já há alguns casos de *leishmaniose* em nível epidêmico
107 em Viamão, São Borja – houve óbitos – e outros lugares no Rio Grande do Sul e vários
108 casos em Porto Alegre. Do jeito que está, torna-se impossível trabalhar. Então, eu, como
109 vice-presidente da COSMAM, sinto-me na obrigação de levantar este debate, porque é
110 uma questão, antes de tudo, de saúde pública, de preservação das pessoas e também de
111 defesa dos trabalhadores do Centro de Zoonose que sempre fizeram um excelente
112 trabalho. É preciso que seja registrado isso. Obrigado pela atenção. (**Manifestação fora**
113 **do microfone.**) Não fui, porque este assunto não está mais na alçada do proponente da lei,
114 que é o Deputado. Esta lei foi aprovada, foi sancionada pela governadora e agora tem
115 toda uma ação institucional que está assentada na lei. Aqui há muitos profissionais de
116 saúde, são médicos, veterinários, biólogos, odontólogos e todos os demais têm que saber
117 disso, ou seja, que Porto Alegre corre risco. Eu fui classificado até de assassino por este
118 grupo que eu quero repudiar pela forma fanatizada e irracional com que este debate é
119 feito, jogando e expondo toda a população da Cidade ao risco. Era só este registro.
120 Obrigado. **O SR. OSCAR PANIZ (Vice-Coordenador do Conselho Municipal de**
121 **Saúde):** Este tema está se “agudizando”, vamos tentar administrar e ver se se consegue
122 trazê-lo aqui para o Conselho, porque realmente está indo para um caminho que não acho
123 saudável para quem defende os animais. Marcelo, não sei se queres comunicar a
124 inauguração do CEO da Cruzeiro ou mais alguma outra coisa? **O SR. MARCELO BÓSI**
125 **(Secretário Municipal Adjunto da Saúde):** Boa noite. Quero aproveitar a fala do
126 Vereador para dizer que foi aprovado o projeto de lei, por unanimidade, e foi sancionada a
127 lei. O centro de zoonoses, hoje, continua fazendo toda parte de fiscalização e,
128 principalmente, o controle epidemiológico. A lei teve alguns questionamentos quanto,
129 essencialmente, às questões de eutanásia em cães agressores. Esse é um debate que já
130 vinha sendo feito há muito tempo. A Prefeitura, desde 1988, quando foi criado o centro de
131 zoonoses, antes era o canil municipal, se preocupa quanto a questão de responsabilidade
132 civil e criminal que possa recair sobre o profissional médico-veterinário, que está impedido
133 de fazer esse procedimento, a não ser quando haja um laudo técnico, com exames,
134 diagnósticos, uma série de coisas dizendo que esse seria um procedimento de eutanásia.
135 No Brasil temos uma tendência em que todos os centros de zoonoses estão migrando
136 para a área de meio ambiente, ou para áreas que tenham estruturas de proteção de
137 animais. Essa não é uma questão somente do Rio Grande do Sul, embora aqui tenhamos
138 essa lei, no Brasil todo existe esse processo. É importante fazermos esse debate para que
139 possamos buscar alternativas a essa questão, e é isso que a Prefeitura está tentando
140 fazer, porque não podemos continuar na situação em que estamos. O bem estar de
141 animais, a proteção aos animais, os direitos dos animais geram debates polêmicos,
142 dependendo do público que se agrega a esse debate. Mas, temos tentado achar
143 alternativas para soluções, porque também não é o caso de aprendermos os animais e
144 praticarmos a eutanásia nesses animais. Quanto ao CEO do centro de saúde da Vila dos
145 Comerciantes ele foi reinaugurado, é uma conquista da comunidade. Há um bom tempo
146 estava fechado e retomamos as atividades, o que é um ganho. Estamos também em
147 tratativas para a reabertura do CEO IAPI, que ficou fechado devido a toda situação
148 existente na ULBRA, e espero que em breve possamos trazer a notícia da reabertura do
149 CEO IAPI. **O SR. JOÃO BATISTA (Usuário da Grande Cruzeiro):** Boa noite. Falo grande
150 Cruzeiro, mas luto por toda zona sul. Estudei meio ambiente durante quatro anos e sou
151 um homem de uma palavra só, e sobre o posto da vila dos Comerciantes quero dizer que
152 aquele postão lá eu construí. E por que eu fui escolhido? Porque eu ando no meio
153 daquelas vilas todas, de dia e de noite. Quero uma pauta para dizer o que é que acontece

154 na zona sul, porque eu sempre digo que vocês saem daqui e vão para suas casas, e eu
155 vou lá na vila. Trabalho aos sábados e domingos, não tenho curso superior mas sei fazer
156 contas. Por que o povo não comparece nas reuniões? Eu sei por quê. Na Bom Jesus
157 acontece a mesma coisa. Quero uma pauta para dizer o que acontece naquele posto, as
158 mentiras, o que é que foi roubado de lá. Sei muitas coisas que acontecem lá. Por que é
159 que me foram negadas as atas? Por que colocaram um gestor lá que ninguém conhece?
160 Eu sei por quê. Quando era o Secretário Eliseu todo mundo não gostava dele. Agora está
161 todo mundo abraçado, e o negócio continua esculhambado. O negócio é botar dinheiro no
162 bolso. Então, quero uma pauta para contar a verdade sobre como funciona aquilo lá.
163 Porque lá tem um grupo que trabalha e é contra o povo. Quero uma palavra só, dois
164 discursos para mim não servem. **A SRA. NEUZA HEIZELMANN (Coletivo Feminino
165 Plural):** Vou dar um informe rápido sobre o comitê metropolitano de tuberculose. Temos
166 atividades programadas para o domingo, dia 20, durante todo dia, no Gasômetro, em
167 conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e o Comitê
168 Metropolitano. E também quero convidar para às 11 horas, na recepção da Usina, andar
169 térreo, todos comparecerem no lançamento da nossa publicação, que é o trabalho que
170 desenvolvemos durante do ano de 2010. O evento será das 10 às 16 horas. **O SR.
171 OSCAR PANIZ (vice-Coordenador do Conselho Municipal de Saúde):** Sobre a
172 Resolução 01/2011, que trata da apresentação da proposta do IMESF aqui no Conselho,
173 que foi rejeitada por 28 votos a 02, houve um questionamento do gabinete do Sr.
174 Secretário Municipal de Saúde sobre um termo que utilizamos na resolução. Vou ler
175 correspondência encaminhada pelo Sr. Secretário: *(Lê Ofício 2386 encaminhado à
176 Coordenadoria do Conselho): Senhora coordenadora: referente à publicação 01/2011, do
177 Conselho Municipal de Saúde, solicitamos que a mesma fosse avaliada pela Assessoria
178 Jurídica do Gabinete do Prefeito. O encaminhamento foi feito, haja visto que embora
179 reconhecendo o caráter deliberativo do Conselho Municipal de Saúde, através da Lei
180 n.º 277/92, em seu art. 2.º, deixa claro que as competências do Conselho não podem levar
181 prejuízos ao Poder Legislativo. Em nenhum dos itens desse artigo há referências a
182 competências do Conselho em aprovar, ou não aprovar, projetos de lei, sendo atribuição,
183 no âmbito municipal, da Câmara de Vereadores. Uma vez aprovado na Câmara de
184 Vereadores solicitamos que se manifeste se persiste o pedido de publicação. Em caso
185 afirmativo sugerimos a alteração da redação, substituindo a redação “não aprovar” pela
186 redação “ser contrário ao projeto”, ou similar. Atenciosamente, Carlos Henrique Casartelli”.*
187 Essa correspondência é do dia 21 de fevereiro. E no dia 22 nós respondemos: *(Lê Ofício
188 037/2011): Sr. Secretário: o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, no usa das
189 atribuições legais, que lhe confere a Constituição Federal, a Lei 8080 e 142, e Lei
190 Complementar 277, vem responder ao Ofício 2386/2011, encaminhando em anexo a
191 Resolução n.º 01/2011, com a alteração proposta. Outrossim cabe ressaltar que a referida
192 resolução não tem a pretensão de conflitar com as atribuições do Legislativo Municipal. As
193 atribuições do Conselho Municipal de Saúde, enquanto órgão deliberativo, e de controle
194 da política municipal de saúde, dizem respeito às ações emanadas do Executivo, que, por
195 sua vez, deve submeter à apreciação prévia desse colegiado todos os projetos que serão
196 implementados, o que não ocorreu no caso do IMESF (o projeto foi encaminhado ao
197 Conselho Municipal de Saúde a posteriori, quando o mesmo já tramitava na Câmara de
198 Vereadores). Nesse sentido, reiteramos a necessidade da publicação da Resolução
199 01/2011 no DOPA, como prevê o acordo judicial firmado em novembro de 2009. Sendo o
200 que tínhamos a considerar colocamo-nos ao seu inteiro dispor para esclarecimentos que
201 por ventura se façam necessários. Atenciosamente, Oscar Paniz.”* Era isso o que
202 queríamos comunicar, e foi publicada a resolução com a devida modificação. Passo a
203 palavra para a Maria Letícia. **A SRA. MARIA LETÍCIA DE OLIVEIRA GARCIA
204 (Coordenadora do Conselho Municipal de Saúde):** É com muita honra que, na condição

205 de Coordenadora do Conselho Municipal de Saúde, no dia 25 de novembro de 2010,
206 coloquei aos senhores conselheiros e às senhoras conselheiras um desafio, isto é,
207 constituirmos a Comissão de Saúde da Mulher do Conselho Municipal de Saúde. Naquele
208 dia 25, discutíamos o Dia Internacional de Não Violência à Mulher, que é o dia 25 de
209 novembro. Nesse caminho de novembro até março, o Conselho chamou todas as
210 entidades que discutem e se organizam em torno das questões das mulheres do nosso
211 Município para que pudéssemos constituir a Comissão do CMS. Assim, quero chamar aqui
212 na frente todas as entidades que estão compondo a nossa Comissão para que pudessem,
213 então, ser apresentadas ao Plenário do Conselho. (Palmas) IMAMA, ACEMUM, Rede
214 Feminista, COREN, Coletivo Feminino Plural, Maria Mulher. Estas são as entidades.
215 Solicito que cada uma das mulheres poderosas que aqui se encontram digam o seu nome,
216 a entidade que representam e o que fazem. **A SRA. NEUZA HEIZELMANN (Coletivo
217 Feminino Plural):** Participo do Conselho e de algumas outras Comissões também. A
218 minha entidade é o Coletivo Feminino Plural, uma organização de mulheres que trabalha
219 com mulheres e meninas basicamente em defesa do direito das mulheres e meninas desta
220 Cidade. Trabalhamos várias questões relacionadas com a violência, com o direito, com a
221 proteção contra à violência, etc. **A SRA. LIANE DE ARAÚJO (Vice-Presidente do
222 IMAMA):** Sou Vice-Presidente do Instituto da Mama, voluntária e vitoriosa há quase 14
223 anos. Quero deixar registrado que fiz tratamento e cirurgia, tudo pelo SUS. Cirurgia no
224 HPV, quimioterapia, radioterapia no Santa Rita. O IMAMA trabalha na conscientização da
225 população, por intermédio da educação, da sensibilização para com os cuidados da saúde
226 da mama e também o atendimento psicológico. Nós temos um banco de perucas e todo
227 um atendimento voltado às mulheres que estão passando pela questão do câncer de
228 mama. Comigo tem um grupo, evidentemente, pois temos muito trabalho e precisamos de
229 ajuda. Estão aqui a Cleiva, a Madalena, a Ariane. A Carmem também faz parte deste
230 grupo, mas não pode se fazer presente hoje, mas amanhã estará participando das nossas
231 reuniões. **A SRA. RENATA JARDIM (Rede Feminista de Saúde):** Estou aqui pela
232 campanha Ponto Final na Violência contra as mulheres e meninas, que é uma campanha
233 nacional coordenada pela Rede Feminista de Saúde, Coletivo Feminino Plural e também
234 Rede de Homens pela Equidade de Gênero. **A SRA. GLÁUCIA FONTOURA (Maria
235 Mulher):** Sou psicóloga do Maria Mulher, organização de mulheres negras. Trabalhamos
236 com meninas e mulheres em situação de violência doméstica e vulnerabilidade social. **A
237 SRA. MARIA LUIZA DE OLIVEIRA (Rede Feminista de Saúde):** Nesta Comissão
238 represento a Rede Feminista de Saúde que é uma articulação do Movimento de Mulheres
239 em nível nacional. Esta Rede tem representação em todos os Estados do País e
240 trabalhamos não com ações diretas, nem programas nem serviços, mas com a produção
241 de comunicação em saúde para instrumentalizar as mulheres para que participem das
242 instâncias de controle social. Temos representações no controle social da saúde desde o
243 Conselho Nacional até os Conselhos Municipais. A ação da Rede não é direta para a
244 população, ela é indireta no campo da incidência das políticas de saúde das mulheres. **A
245 SRA. MARIA LETÍCIA DE OLIVEIRA GARCIA (Coordenadora do Conselho Municipal
246 de Saúde):** Obrigada. Quero informar a todos que já fizemos três reuniões e temos uma
247 proposta de Regimento Interno que, em breve, irá ao Núcleo de Coordenação do
248 Conselho Municipal de Saúde para que possa ser analisada e avaliada e, posteriormente,
249 vir ao Plenário do Conselho para que seja aprovada pelo conjunto dos conselheiros.
250 Temos mais algumas entidades que não estão aqui hoje, mas que também compõem a
251 Comissão. Estamos muito felizes por estar podendo trazer este tema e este debate tão
252 importante, tão significativo para todos e para todas nós. A nossa ideia, hoje, é já colocar
253 os membros da Comissão para trabalhar. No primeiro ponto, vamos fazer, por intermédio
254 das nossas representantes, uma apresentação conceitual do tema Direitos Sexuais
255 Reprodutivos, que está a cargo da Rede Feminista e, depois, faremos a apresentação do

256 trabalho de pesquisa referente à Mortalidade Materno, em Porto Alegre, pela Dr^a Soraia
257 Schmidt, que também já se encontra entre nós. As companheiras que irão fazer a
258 apresentação permaneçam aqui e, as demais, podem ocupar seus lugares. A Neuza está
259 lembrando que a Comissão, além das demais entidades que não se encontram presentes
260 e que devem ser mais três ou quatro entidades, também conta com representação do
261 Governo. Então, temos a representação da Secretaria Municipal da Saúde e também da
262 Governança Local. Assim, a Comissão já sai do forno com a sua composição
263 absolutamente paritária, de acordo com a legislação do SUS. **A SRA. MARIA LUIZA**
264 **(Rede Feminista de Saúde):** A nossa apresentação vai ser rápida, não temos a intenção
265 de cansar as pessoas, mas sim sensibilizar para um tema que vai ser muito caro e, com
266 certeza, será muito discutido na Comissão de Saúde da Mulher. É com muita satisfação
267 que vimos participando do surgimento, da constituição de mais este espaço, que
268 consideramos fundamental. Nossa ideia é começar a conhecer e trabalhar com esses
269 conceitos que, por um lado, parecem tão abstratos, tão distantes quando se fala neles,
270 pois muitas vezes não nos dão muito significado, eles não nos remetem a muitos
271 significados num primeiro momento, mas são importantes, fundamentais, necessários
272 porque dizem respeito às ações cotidianas da nossa vida. Eles impactam a nossa vida
273 inclusive com poder de vida e morte, como vamos ver no seguimento da apresentação.
274 Queremos lembrar que esse conceito, direitos sexuais, direitos reprodutivos, não é um
275 conceito descolado do restante dos conceitos de direitos humanos e que a Conferência de
276 Viena, lá em 1993, já definiu e já assegurou princípios como a indivisibilidade, a
277 interioridade e a interdependência entre os diferentes direitos, ampliando aquela
278 conceituação inicial de que os direitos humanos se limitavam aos direitos civis e políticos,
279 tais como direito de votar, de ser cidadã, de ter documentos, etc. Existe um conjunto de
280 tratados internacionais, pegamos essa Conferência para começar, que dizem que direitos
281 sociais, direitos econômicos, direitos culturais, atualmente inclusive direitos ambientais, na
282 perspectiva de que o direito ao ambiente saudável é direito de todas as pessoas, eles se
283 equiparam e não têm menor valor do que os direitos fundamentais, como, por exemplo, o
284 direito à vida. Nesse sentido reaseguramos que direitos sexuais e direitos reprodutivos
285 são direitos humanos e queremos lembrar a que esse conceito se remete. Basicamente,
286 os direitos sexuais dizem respeito ao exercício da sexualidade de todas as pessoas; um
287 exercício livre, um exercício com responsabilidade, um exercício com a possibilidade de
288 expressão livre de qualquer violência, de qualquer forma de discriminação, independente
289 das diferentes características que nos diferenciam e que também nos assemelham, não
290 importando o nosso sexo, a nossa identidade sexual, a nossa orientação, a nossa raça, a
291 nossa idade, classe social, enfim, um direito ao livre exercício da sexualidade com
292 autonomia. Referem-se, também, a direitos de receber educação sexual, direito de exercer
293 a sexualidade, independente da reprodução, que acabou por gerar um outro conceito que
294 é o conceito de direitos reprodutivos. Os direitos reprodutivos são direitos humanos
295 básicos no que se referem à vida das pessoas e é o direito de se decidir em que fase da
296 vida, como, quantos filhos se quer ter. Referem-se, também, à necessidade de que o
297 estado garanta determinadas condições para que esse direito seja efetivamente exercido,
298 isto é, que se possa ter acesso a todas as ferramentas, todos os meios, todas as
299 tecnologias, todos os serviços que podem garantir o livre exercício, uma possibilidade de
300 escolha, uma possibilidade de realizar planejamento familiar, possibilidade de utilizar
301 método contraceptivo para as pessoas que entendem devam usar e, assim, outros
302 aspectos e condições. A natureza desses direitos envolve aspectos fundamentais como a
303 própria vida e a sobrevivência, como a saúde sexual e reprodutiva, que aí são conceitos
304 que derivam desses direitos: liberdade e segurança, não discriminação e respeito às
305 escolhas, respeito à escolha de ter ou não ter filhos, informação e educação até que seja
306 possível essa tomada de decisão, autodeterminação e livre escolha da maternidade ou da

307 paternidade, proteção social a essas funções a fim de que pais e mães possam exercer
308 essas funções com responsabilidade e amparados pelo aparato do estado e direito ao
309 casamento, à filiação, à constituição de família; enfim, tudo o que se refere mesmo à vida
310 reprodutiva. A reprodução é também uma questão da estrutura econômica e da
311 produtividade, porque interfere diretamente na vida econômica de uma população e de
312 uma nação, tanto que a questão da reprodução, em determinado momento da nossa
313 história, foi, inclusive, tomada por determinados estados como algo passível de ser
314 controlado. Não muito distante no tempo, aqui no Brasil, convivemos com políticas que se
315 chamavam controlistas, ou seja, eram aquelas que diziam e entendiam que tinha que se
316 controlar a pobreza limitando o número de filhos, obviamente para pessoas mais pobres.
317 Então, havia toda uma crença nesse sentido. Na década de 1990, assistimos à construção
318 prática desse conceito, muito através de tensionamento do Movimento de Mulheres, que
319 passou a incorporar uma relação de direitos em face de novos modelos sociais e culturais
320 e dos novos papéis que as mulheres vêm, ao longo do tempo, organizadas em
321 movimentos, buscando alcançar, buscando galgar determinadas posições que faziam com
322 que, então, necessariamente, tivesse que haver uma possibilidade de organização de vida
323 reprodutiva e do número de filhos. Isso culminou na Conferência Internacional sobre
324 População em Desenvolvimento, naquelas conferências chamadas pela ONU, em 1994,
325 no Cairo, que apresenta, ratifica e assegura para o mundo todo, na medida em que os
326 diferentes estados assinam o programa de ação dessa Conferência e se comprometem a
327 cumpri-lo, inovando, nesse sentido, com essa nova visão de saúde reprodutiva, de direitos
328 reprodutivos, nesses termos que estamos colocando aqui, rompendo com aquele conceito
329 antigo que se referia mais ao controle da natalidade mesmo. Envolve, então, a partir
330 desses novos conceitos, questões de direito à educação, em particular das meninas, no
331 sentido de igualdade entre os sexos, redução da mortalidade, tanto de recém nascidos, da
332 mortalidade infantil, da mortalidade materna e o acesso universal aos serviços de saúde,
333 em particular o planejamento familiar e saúde sexual, mais precisamente à reprodução.
334 Chego aqui no conceito de saúde reprodutiva para dizer que nos interessa muito e é
335 necessário e compreendemos que interessa a toda a sociedade, porque a saúde
336 reprodutiva, com a não garantia dela e a ausência do Estado no sentido de garanti-la, leva
337 a um dos fenômenos gravíssimos, que é a mortalidade materna. Mas não vou entrar aqui,
338 obviamente, em questões técnicas, no entanto, vou dizer do lugar que a gente ocupa, que
339 é um lugar de sociedade organizada, um lugar de participação, de instância de controle
340 social que afeta as mulheres e que é a questão da mortalidade materna. Entendemos que
341 a mortalidade materna se constitui numa violação dos direitos reprodutivos e que ela se dá
342 exatamente pela ausência do estado em poder garantir a saúde reprodutiva. Ela pode ser
343 considerada, pelas pessoas que estudam demografia inclusive como um excelente
344 indicador de saúde, não só como indicador de saúde das mulheres, mas como um
345 indicador de saúde da população em geral, tal a magnitude e a complexidade desse
346 fenômeno. A questão da mortalidade materna, também, é uma das metas de
347 desenvolvimento do milênio, aquelas traçadas pela ONU, e é também um indicador de
348 iniquidades e de desigualdade, na medida em que as mulheres são afetadas por esse
349 fenômeno de forma diferente. Então, mulheres de classes sociais diferentes são afetadas
350 pelo fenômeno de maneira diferente; mulheres de raça diferente também, e assim por
351 diante. Quero reafirmar que a morte materna ocorre majoritariamente em países
352 chamados não desenvolvidos e está ligada à questão das desigualdades sociais,
353 econômicas, raciais, às desigualdades de gênero. Em 96% dos casos que essa estudiosa,
354 a Marisa José Araújo, em trabalho do ano passado levanta isso, em 96% ela poderia ser
355 evitada. Quer dizer, as mulheres morrem sem precisar! Haveria um conjunto de condições
356 que faria com que essas mortes não acontecessem. A constituição dos comitês de
357 mortalidade materna começou lá nos anos 90, tem desempenhado um papel relevante na

358 busca da erradicação desse fenômeno. O que essa mesma, autora, levanta é que, para
359 além das questões técnicas, é necessário que as mortes maternas sejam analisadas à luz
360 da fundamentação dos direitos humanos e dos conceitos desses direitos, porque é ali que
361 se consegue enxergar o que é que faz com que, efetivamente, concretamente, lá na hora
362 em que elas estão sendo atendidas nos serviços de atenção à saúde, uma ou outra seja
363 afetada e acabe sendo vítima de mortalidade materna. Trago aqui uma observação, que é
364 da rede de controle social de saúde da população negra, de que, a partir dos dados da
365 pesquisa nacional de domicílios do IBGE levanta das mulheres negras, nós somos
366 afetadas por esse fenômeno de uma forma diferenciada e traz uma série de exemplos que
367 ilustram e manifestam de que forma esse tipo de serviço acaba tratando algumas
368 mulheres e fazendo com que tenham um impacto e um efeito na vida. O *site* da Rede
369 Feminista é www.redesaude.org.br. Temos uma série de documentos postados lá, desde
370 legislação internacional até as legislações e políticas nacionais que dizem respeito à
371 saúde integral das mulheres e aos direitos sexuais e direitos reprodutivos. Muito obrigada.
372 (Palmas.) **A SRA. RENATA JARDIM (Rede Feminista de Saúde):** Só para complementar
373 a fala da Maria Luiza destacando o desafio da Comissão de Saúde, que agora estamos
374 constituindo, em relação a estes direitos. A Maria Luisa trouxe todo este conceito, e
375 começamos a entender o quanto precisamos avançar para que não sejam violados os
376 direitos das mulheres. Trazemos os direitos sexuais reprodutivos como uma parte desses
377 direitos. É claro que a Comissão da Saúde das Mulheres vai tratar outros temas, mas o
378 quanto estes temas com relação à sexualidade, com relação à reprodução da mulher,
379 também são aspectos nos quais precisamos avançar, e muito, no nosso município. No ano
380 passado, estive aqui, neste mesmo Plenário, apresentando a minha pesquisa de
381 mestrado, que foi sobre os “Implantes Contraceptivos”, da Prefeitura de Porto Alegre e até
382 hoje não temos os resultados desta pesquisa. Então, é algo em que precisamos avançar.
383 Temos muita luta ainda. Portanto, fica este alerta para podermos pensar, refletir sobre
384 estas demandas que ainda são bastante caras para as mulheres. Obrigada. **A SRA.**
385 **MARIA LETÍCIA DE OLIVEIRA GARCIA (Coordenadora do Conselho Municipal de**
386 **Saúde):** Enquanto a Soraia prepara o material para apresentar, passamos aos informes. É
387 isto Oscar? **O SR. OSCAR PANIZ (Vice-Coodenador do Conselho Municipal de**
388 **Saúde):** Há alguns inscritos. Pode ser depois da apresentação? **(Aqui escência da**
389 **Plenária.) A DRA. SORAIA SCHMIDT (Médica Ginecologista e Obstetra):** Boa-noite a
390 todos. A Heloísa está tentando fazer funcionar a apresentação no *data show*. Sou médica
391 ginecologista e obstetra. Trabalhei durante 13 anos aqui na Assessoria de Planejamento,
392 na Saúde da Mulher, e atualmente estou há três anos no Hospital Presidente Vargas.
393 Coordenei o Comitê Municipal de Mortalidade Materna de Porto Alegre por treze anos.
394 Entrei bem no início, quando se estruturou o comitê, e quero dizer que a Neuza foi uma
395 das nossas grandes parceiras, e agradeço ao convite feito por esse Conselho, porque é
396 muito importante podermos trazer esses dados para vocês, porque o meu mestrado, além
397 de ter sido financiado pelo Ministério da Saúde, tive todo apoio do pessoal da Secretaria
398 para poder estudar, o que é fundamental para que a população conheça a realidade
399 epidemiológica da saúde. **(Utiliza o data-show para a apresentação.) A Mortalidade**
400 **Materna** é assunto extremamente importante em termos de saúde pública. A Organização
401 Mundial da Saúde considera ser evitável 98% das vezes, porque há tecnologia suficiente
402 para serem evitadas essas mortes. Há questões sociais envolvidas, então é tão importante
403 quanto a mortalidade infantil para mostrar as condições de saúde de uma população.
404 Demonstração muito mais do que saúde, demonstra a qualidade de vida de uma
405 população. Escolhi esse tema para fazer o mestrado, aproveitando todos os dados que
406 tínhamos no Comitê, mais os dados da Vigilância, que nos ajudaram bastante, e
407 estudamos a mortalidade materna no Município de 1999 a 2008, dez anos portanto. Os
408 dados que trazemos para mostrar são extremamente preocupantes. Embora o índice

409 dessas mortes venha decrescendo os custos são muito altos, porque sabemos que a mãe
410 é um ser agregador da família e a repercussão social-familiar desses óbitos é muito
411 grande. Nesse período de dez anos tivemos 96 óbitos. Fizemos uma análise
412 regionalizada, porque sabemos que números muito macros não dizem as realidades
413 específicas e para fazermos planejamento em termos de saúde isso é fundamental.
414 Desigualdades sociais produzem grandes iniquidades em saúde, e os índices de
415 mortalidade materna mostram muito bem isso. Iniquidades são as diferenças entre as
416 pessoas, diferenças sociais. Pessoas com menos acessibilidade são tratadas de forma
417 diferente. Desses 96 óbitos regionalizamos, com um programa de computador, onde se
418 localizavam esses óbitos. Pela experiência que tínhamos com o nosso trabalho aqui na
419 Secretaria sabíamos que ao longo da cidade muitos desses indicadores são diferentes, e
420 quanto à mortalidade materna é era feita essa regionalização pela Vigilância. Quanto à
421 mortalidade infantil isso já é feito, porque são muitos os casos. Quanto à mortalidade
422 materna isso não acontecia, porque em termos de números absolutos é muito pequena,
423 são cinco, seis, dez óbitos em um ano. Então, com esse estudo feito nesses dez anos,
424 conseguimos enxergar melhor essa realidade. A minha orientadora foi a professora
425 Tatiane, da Faculdade de Farmácia da UFRGS, e a minha co-orientadora é a Camila, que
426 está aqui presente prestigiando essa minha apresentação, da epidemiologia da UFRGS.
427 Esse é um mestrado que o Ministério da Saúde propõe exclusivamente para os
428 profissionais do SUS, e é uma oportunidade muito grande que tenho em poder estudar
429 para qualificar a atenção à saúde da população. Como falei, a mortalidade materna é um
430 importante indicador de saúde, tanto pela relevância do problema, quanto pela sua
431 transcendência, que é a capacidade de se ter mecanismos para resolver. Por conceito, o
432 que é mortalidade materna: é aquela que ocorre durante a gestação e até quarenta e dois
433 dias depois do parto. Sabemos que algumas mortes ocorrem além desses quarenta e dois
434 dias, mas para se padronizar um conceito se considera quarenta e dois dias pós-parto. É
435 medida por um termo que se usa, que é a Razão de Morte Materna, que expressa o risco
436 de óbitos. Pegam-se o número de mortes maternas e divide-se pelo número de nascidos
437 vivos, que dá um coeficiente que expressa a magnitude da morte materna. Sabemos que
438 embora tenha uma relação muito estreita com o desenvolvimento econômico a riqueza
439 não é o principal determinante dessas mortes. Sabemos que a desigualdade social é
440 muito mais importante que o fator econômico. Nos Estados Unidos, onde há grandes
441 diferenças sociais e raciais sabemos que há também grandes diferenças nos indicadores
442 de saúde. Então, não é somente a riqueza de um país. Existe uma classificação: quando
443 os óbitos maternos são acima de cento e cinquenta para cem mil nascidos vivos ela é
444 considerada muito alta; entre cinquenta e cento e quarenta e nove é considerada alta;
445 entre vinte e quarenta e nove, medida; abaixo de vinte é baixa. No mundo os únicos
446 países que têm índices menores do que vinte são o Canadá e alguns países da Europa;
447 os países com piores índices estão na África e Ásia. O Brasil tem um nível intermediário,
448 entre vinte e noventa e nove, que é onde está a grande maioria dos países. Os piores
449 índices estão no Afeganistão, onde são mais de mil e quinhentas mortes por cem mil
450 nascidos vivos, enquanto que na Itália – com os melhores índices – é em torno de quatro
451 mortes para cem mil nascidos vivos. Essa diferença entre os melhores e os piores
452 indicadores é de quatrocentas vezes. Quanto aos números do Brasil, onde também temos
453 diferenças regionais muito grandes, os piores indicadores estão localizados nos estados
454 do Nordeste e do Norte, e os melhores estão em São Paulo e na região Sul. São Paulo
455 tem os melhores índices, e Porto Alegre está entre as capitais que têm os menores
456 índices. Mas tem um “porém” nisso tudo, porque os cálculos desses indicadores contêm
457 muita imprecisão. Se olharmos a literatura brasileira a respeito, e mesmo os dados oficiais
458 do Ministério, vamos verificar uma confusão enorme. Então, é muito difícil de se confiar
459 nesses números e temos de fazer uma avaliação meio que por alto. Isso é diferente em

460 Porto Alegre, porque temos o Comitê e a Vigilância muito grande, o que dá grande
461 fidedignidade aos nossos dados. Então, para o Brasil é usado um fator de correção para
462 os dados oficiais, que é de 1,4, por conta da subnotificação, que é um problema no mundo
463 inteiro: muitos dos óbitos ocorrem durante a gravidez e parto e não são notificados, não
464 aparecem como morte materna. No Brasil o coeficiente é em torno de setenta e oito óbitos
465 para cada cem mil nascidos. Um nível alto, portanto, e com aquelas diferenças regionais.
466 Como dissemos 98% dos casos poderiam ser evitados, e basta olharmos para as causas.
467 No mundo, a maior incidência são as hemorragias, seguidas pela hipertensão, por
468 infecções generalizadas e abortos. Todas essas causas possuem tratamentos bem
469 definidos e fáceis de serem realizados. Quanto aos custos para se evitar esses óbitos
470 maternos já foi verificado que nos Estados Unidos, por exemplo, as ações para a
471 prevenção custariam menos de 1,5 dólar. A principal ação para a redução de mortes
472 maternas é a assistência qualificada ao parto. O pré-natal obviamente é importante, mas
473 as condições para o parto são fundamentais. Os estudos concluíram que uma boa
474 assistência ao parto teria um impacto semelhante às ações de imunização realizadas
475 contra a poliomielite. No mundo se conseguiu reduzir de 90 a 99% de óbitos maternos
476 quando se instituiu a qualificação ao parto. O pré-natal, o cuidado pós-parto, o
477 planejamento familiar e o aborto seguro são muito importantes, mas todos
478 complementares. Se tivermos de escolher a ação mais importante, essa seria a assistência
479 qualificada ao parto. Não adianta nada fazermos um pré-natal maravilhoso se falharmos
480 no final, durante o parto. O planejamento familiar – chamo a atenção – seria uma forma de
481 prevenção primária, só que não é tratado dessa forma. A vacina seria uma medida simples
482 de prevenção primária: a pessoa não engravidando, não iria morrer. Se fizermos um bom
483 planejamento familiar poderiam ser reduzidos em 40% os índices de óbitos maternos,
484 dependendo da região. Outro aspecto importante quanto à morte materna são os
485 determinantes sociais em saúde, que são constituídos pelas condições de vida, pelo
486 cotidiano das pessoas, cujas condições são moldadas por fatos políticos, sociais e
487 econômicos, e que dizem respeito à distribuição de poder, de renda, de bens e serviços,
488 de acesso aos cuidados de saúde, como educação, condições de trabalho, de lazer, de
489 habitação, chances de a pessoa ter a autonomia de decidir se quer ou não ter filhos, e
490 ainda muito claras as questões de gênero. Sabemos que a condição feminina implica
491 piores condições de renda, de poder, de bens, de acesso à saúde, educação, às
492 condições de trabalho. Em todos esses quesitos para as mulheres existem prejuízos. Os
493 determinantes sociais da saúde geram desigualdades sociais, as iniquidades em saúde e
494 os resultados são os óbitos maternos. Quanto aos resultados desse estudo essa
495 ferramenta, que se chama “georreferenciamento em saúde”, foi utilizada porque tem se
496 mostrado muito útil compreenderem-se os determinantes sociais da saúde e é uma forma
497 de mapear esses riscos e as desigualdades sociais que se refletem na saúde. Então, são
498 instrumentos de informática, de softwares que se tem disponível, o Ministério já utiliza.
499 Eles eram muito usados para navegação, para várias outras coisas e agora estão sendo
500 bastante utilizados na área da saúde. Então, a minha intenção de pesquisa foi essa: Como
501 será que se dá a distribuição e as características da morte materna nas diferentes regiões
502 de Porto Alegre e qual o tipo de serviço de saúde de referência, em atenção primária, em
503 relação àqueles órgãos. Será que há diferença entre as unidades básicas e as unidades
504 de estratégia de saúde da família? Essa foi a questão que norteou. **O objetivo geral** foi
505 caracterizar e georreferenciar o perfil da mortalidade materna entre 1999 e 2008,
506 estudando as causas desses óbitos, quais eram as características sócio-demográficas
507 dessas mulheres, algumas variáveis obstétricas como que tipo de parto houve, quantas
508 consultas de pré-natal e qual era a vinculação, daquela pessoa que foi ao óbito com o
509 serviço de referência. Era UBS ou era PSF? Tentamos enxergar isso. Os específicos,
510 então, eram olhar as causas básicas, ver qual a frequência, a prevalência de cada causa,

511 como se deu a evolução histórica ao longo dos 10 anos. Estudou-se a faixa etária, a cor
 512 de pele, escolaridade, os dados obstétricos, a origem das consultas de pré-natal, tipo e
 513 duração da gestação e a via de parto. Depois, o local de moradia e qual era o tipo de
 514 serviço de saúde de referência. Essas variáveis foram georreferenciadas em nível das
 515 gerências distritais. Colocamos cor de pele e não raça. Referimos cor de pele branca e
 516 não branca. Depois, vou esclarecer um pouquinho melhor. Então, a população foram
 517 todos os óbitos maternos e se tem bastante certeza que nada ficou de fora porque aqui
 518 não temos notícia de cemitérios clandestinos. Talvez até exista. **O SR. HEVERSON LUIS**
 519 **VILAR (CDS Restinga):** Guaíba. **A DRA. SORAIA SCHIMIDT:** Não, esses dados
 520 abrangem somente Porto Alegre. **O SR. HEVERSON LUIS VILAR (CDS Restinga):** Não,
 521 o Rio Guaíba! **A DRA. SORAIA SCHIMIDT:** Ah, o Rio Guaíba poder ser. (Risos) Os
 522 dados foram através da declaração de óbito do sistema de mortalidade, da declaração de
 523 nascidos vivos do SINASC, do Comitê Municipal de Estudos e Prevenção da Morte
 524 Materna e, quando necessário, íamos buscar laudos do DML e nos hospitais. Agrupamos
 525 as **causas de óbitos** em 10 grupos. Para que vocês compreendam, doenças clínicas é
 526 qualquer doença que coincida com a gestação, não é doença da gestação.
 527 Tromboembolismo pulmonar, SIDA, doenças cardiovasculares que aí envolvem doenças
 528 prévias como hipertensão arterial, infarto, AVC e a doença hipertensiva própria da
 529 gestação em separado. Depois, aborto, infecção puerperal, hemorragia constitui um grupo
 530 de várias causas, outras causas diretas significa um pouquinho de cada coisa, de doenças
 531 específicas que não vou entrar em detalhes. **Causas mal definidas** quando não se chega
 532 a um diagnóstico definitivo porque era um número muito pequeno. O importante é vocês
 533 verem que a doença hipertensiva na gestação é separada das doenças cardiovasculares.
 534 Este estudo foi aprovado tanto pelo Comitê de Ética aqui da Secretaria quanto pela
 535 Universidade Federal do Rio Grande do Sul, o que é muito importante. Embora tenha sido
 536 dado secundário e não por pessoas, sempre precisa de aprovação. Então, foram 96
 537 óbitos, 23 ocorreram na gestação, 10 tiveram aborto, 3 tiveram gravidez ectópica, que é a
 538 gravidez que ocorre fora do útero, nas trompas e a maioria ocorreu no puerpério, que é o
 539 período compreendido do parto até 42 dias depois do nascimento. Nesse mesmo período
 540 ocorreram 200.652 nascidos vivos e a correspondência de dados entre o sistema de
 541 informação de mortalidade de nascidos vivos foi de quase 90%. Isso nos dá uma ideia de
 542 quanto os dois sistemas estão bem preenchidos.

543 **Resultados.**

544 Comparação dos óbitos maternos (Grupo 1) segundo raça e escolaridade, com as mulheres que tiveram filhos vivos (Grupo 2), em Porto Alegre, no período de 1999 a 2008

		Grupo 1 (N = 96) (% válidos)	Grupo 2 (N =200.652) (% válidos)
Raça	Branca	57 (60)	159.982 (80,1)
	Não Branca	38 (40)	39.732 (19,9)
Escolaridade	Nenhuma	3 (3,7)	1610 (0,8)
	1 a 3	13 (16,0)	20305 (10,2%)
	4 a 7	34 (42)	58387 (29,3)

8 a 11	20 (24,7)	71369 (35,8)
≥12	11 (13,6)	49334 (24,7)

545 As causas mal definidas não chegam a 2%. Então, a grande maioria chamamos de causa
546 definida e se classifica da seguinte maneira: **indireta** – são todos os óbitos que não
547 ocorreram diretamente do parto da gestão. A mulher já estava com algum problema e veio
548 a falecer durante a gestação. 52% são problemas que ocorrem especificamente por
549 doenças ou situações que envolvem a gestação e o parto. É importante ver que a
550 diferença é muito pequena entre as duas. Isto é diferente para Porto Alegre. A grande
551 maioria do Brasil e nos países subdesenvolvidos, são causas obstétricas diretas, que é na
552 qualidade da assistência. A principal causa foram as doenças clínicas, que nos diferencia
553 também: hipertensão, infarto e em separado estão as doenças cardiovasculares, SIDA é a
554 terceira causa, e esta é uma das coisas que quero mostrar para vocês, pois ela empata,
555 na magnitude, com a doença hipertensiva da gestação. Então, a principal são as doenças
556 clínicas, a mulher já engravidou com algum problema de saúde importante. As doenças
557 cardiovasculares, como hipertensão prévia, infarto durante a gestação, teve um derrame.
558 Então, ela já não estava bem. Cadê o planejamento familiar, cadê a assistência em
559 saúde? E como terceira causa SIDA e doença hipertensiva empataram. Depois, aborto
560 também é importante, em torno de 10%. Os óbitos maternos predominam na faixa etária
561 de 35 ou mais anos. Na faixa de 10 a 19 um pouco menos e de 20 a 34 também. A
562 principal causa na faixa de 35 ou mais são infecções respiratórias. Na faixa etária de 20 a
563 34 anos também e na faixa de 10 a 19 infecção urinária. Nas doenças clínicas que é o
564 principal grupo, quais são as que mais impactam? Infecção respiratória, doença
565 hematológica, infecção urinária, tuberculose, neoplasia, asma, AVC por má formação e
566 esclerose múltipla. Um pouquinho de cada coisa, mas o que mais chama a atenção são as
567 infecções respiratórias, 30%. E aqui não tem H1N1 porque isto é até 2008. São
568 pneumonias e infecções respiratórias, asma. Então, uma doença de fácil tratamento. E
569 nós, que moramos num Estado que tem inverno rigoroso, não temos vacina para as
570 gestantes. Isso já é indicado em vários protocolos do mundo e é uma das recomendações
571 do meu estudo para que se consiga ter, reivindique isto junto ao Ministério porque as
572 vacinas não são decididas pela Secretaria, isto é decidido em nível de Ministério, Programa
573 Nacional de Imunização, mas é uma coisa que precisamos. As causas, que foram as
574 principais, as doenças clínicas, olhamos por faixa etária e aí se viu que, nas adolescentes,
575 as doenças clínicas que incidiram foram as infecções urinárias; entre 20 e 34 anos foram
576 as infecções respiratórias e, nas mulheres com mais idade, também a infecção respiratória
577 foi disparadamente maior do que as outras. Este é um dado epidemiológico de 10 anos
578 que tem que ter algum impacto para mudar. De nada adianta olharmos para o número
579 sem que possamos fazer alguma coisa. Penso que é preciso levar isto adiante e é por isto
580 que estou trazendo para vocês. O gráfico (apresenta data show) mostra a evolução da
581 morte materna ao longo dos anos. De 1999 a 2008 ela teve comportamentos variados,
582 mas a tendência é de diminuição de mais ou menos um ponto a cada ano. Se olharmos
583 em percentual, dá uma diminuição de quase 30% nesses 10 anos. É bom, mas ainda está
584 longe do que se quer. Se observarmos como as causas estão se comportando, vamos ver
585 que as doenças clínicas, que é o principal grupo, estão aumentando quase um ponto por
586 ano; a SIDA está aumentando 0,39 por ano e as demais estão diminuindo. Doença
587 hipertensiva está mais ou menos estável, a hemorragia levemente diminuindo e o aborto
588 teve uma diminuição grande. O aborto só não foi zerado aqui porque em 2008
589 aconteceram alguns casos. Vamos ver, a seguir, os óbitos maternos por raça. (Mostra
590 outra lâmina) Entenda-se por raça a cor da pele, porque não existe raça branca e não
591 branca. Foi uma forma de agrupar os dados para que se possa olhar. Em relação à cor da

592 pele, a razão de morte materna foi bem maior para as não brancas. Em relação à
593 escolaridade, vemos que, de zero a três, é a maior razão de morte materna e, com doze
594 ou mais anos de escolaridade, é a mais baixa. A faixa etária de mais de 35 anos é onde
595 há a maior incidência de morte materna. Em relação às doenças: em azul está sinalizado
596 no que vocês têm que se deter. Em relação às doenças clínicas, predomina nas não-
597 brancas, na escolaridade de 4 a 7 anos, na faixa etária de 10 a 19 anos. As doenças
598 cardiovasculares predominaram na baixa escolaridade. Também foi importante na
599 escolaridade mais de 12 anos e na faixa etária de 20 a 34 anos. Mulheres de 20 a 34 anos
600 morrendo de infarto, de hipertensão prévia durante a gestação. Isto é muito grave. SIDA
601 na raça. Olhem a diferença na cor de pele branca para a não-branca. É extremamente
602 maior na cor de pele não-branca, na baixa escolaridade, em relação às outras
603 escolaridades e nas mulheres acima de 35 anos. Isso aqui também diz muito. O problema
604 é social. A doença hipertensiva que pode matar em qualquer lugar do mundo, aqui no
605 nosso meio nas não-brancas também foi bem mais importante, duas vezes mais do que
606 nas brancas; na escolaridade um pouco mais alta, de 8 a 11, e pegou, principalmente nas
607 mulheres acima de 35 anos, mas também aqui de 20 a 34 anos. A hemorragia nas não-
608 brancas, na baixa escolaridade. O aborto também chama atenção aqui, e escolaridade de
609 4 a 7 anos. E em uma faixa etária que não é das adolescentes. Infecção puerperal nas
610 não-brancas, na escolaridade de 4 a 7. Só sinalizando que foi diferente e para chamar a
611 atenção, foi a SIDA, a hemorragia e o aborto, que são doenças que têm todas tratamento
612 e prevenção e que matam muito mais as mulheres não-brancas e de baixa escolaridade,
613 que são as de maior vulnerabilidade social. Então, aquilo que estava no texto da colega
614 que falou antes de mim está aqui nos números. Nas mulheres que não tiveram nenhuma
615 escolaridade, a razão de morte materna foi de 2,4 vezes maior do que as que tiveram
616 escolaridade de mais de 12 anos. Foi duas vezes mais que a escolaridade de 1 a 3 e oito
617 vezes mais do que as de 12. Então, não ter nenhuma escolaridade é um risco muito
618 grande, assim como é para a morte infantil, para a morte materna. Estes números não
619 trazem novidades, mas é importante olharmos a nossa realidade, porque, teoricamente, já
620 sabíamos. Em relação às variáveis obstétricas, vimos que a grande maioria eram
621 gestações únicas e não as gemelares. A grande maioria era antes das 36 semanas.
622 Então, isso é pré-termo, não é gestação a termo. Isso também chama a atenção. Quase
623 que a metade teve parto Cesário. Quando calculamos o risco de morte materna
624 proporcional por via de parto, vemos que de parto vaginal foi 10 e para a cesária foi 23.
625 Então, dá duas vírgula vezes maior risco de óbito materno pela cesária. Aqui eu não estou
626 dizendo que a cesária é a causa da morte. Há um viés que temos que pegar, ela foi para a
627 cesária, porque ela já estava com algum problema muito sério. Então, tem que olhar com
628 cuidado este número. **(Manifestação fora do microfone.)** eu não estou dizendo que foi a
629 cesária, mas a via de parto. Este estudo não é explicativo, ele mostrou o número que
630 depois tem que ser melhor avaliado. Em relação ao pré-natal, como esperávamos, 30%
631 dos óbitos maternos não tinham nenhuma consulta de pré-natal. O número intermediário é
632 até 4 e a minoria tinha mais de seis consultas. A distribuição dos óbitos por gerência
633 distrital. O número de Porto Alegre é 46,97, depois a distribuição e o coeficiente de cada
634 uma das regiões. Temos 13 regiões que têm quase o dobro do coeficiente da Cidade, que
635 é a leste/nordeste, a sul/centro-sul e a norte/eixo Baltazar. A menor foi a do Centro,
636 seguida da Lomba/Partenon/Restinga/Noroeste/Humaitá-Ilhas-Navegantes. A Glória está
637 na média da Cidade. A pior é a Norte/Eixo Baltazar. Isso foi antes da mudança, porque eu
638 sei que agora vocês não estão chamando mais assim. Seguida da Sul/Centro-Sul e depois
639 e leste/nordeste. A menor é a do centro seguida da Lomba/Partenon e depois a restinga. A
640 Glória/Cruzeiro/Cristal estão no meio. As causas por região são muito interessantes. Os
641 índices mais altos, que são a gerência 3, que é a Norte/Eixo, a Sul/Centro-Sul e a norte e
642 nordeste. Na gerência 3, predominou a infecção puerperal; na 6, tivemos hemorragia; e na

643 4, SIDA e hemorragia. A SIDA está na leste/nordeste e na restinga. Das causas da
644 Restinga, predominou SIDA. A SIDA predominou praticamente em duas regiões, sendo
645 que na 8, na Restinga, ela foi a principal causa. Uma diferença quase de dobrou em
646 relação às demais. Isso é muito significativo para as políticas de saúde. A hemorragia foi
647 muito alta nas regiões 6 e 4. E o aborto concentrou-se na 6 e na 8, Sul/Centro-Sul e
648 Restinga. É claro que estes números, temos que olhar de forma um pouco relativa,
649 porque, se eu tivesse mais casos, talvez aparecesse aborto nas outras regiões, mas,
650 graças a Deus, foram só 96. Então, chama a atenção que eles se concentram, as causas
651 de maior vulnerabilidade, em algumas regiões como a SIDA aqui, a hemorragia na
652 Sul/Centro-Sul e o aborto na sul/centro-sul. Eu não sei explicar por que, e acho que nem
653 vocês, mas é um olhar para podermos planejar as ações estratégicas mais específicas.
654 Sabemos que a SIDA é importante para toda a Cidade, mas temos que dar ênfase na
655 Restinga. Sabemos que o aborto é importante para todo mundo, mas temos que ver lá na
656 região sul/centro-sul. Será que há um aborteiro lá? Temos que ver. Em relação à
657 escolaridade e à cor de pele, vimos que, na gerência Norte/Eixo Baltazar e na Sul/Centro-
658 Sul, elas concentraram quase metade de todos os óbitos que não tinham consulta de pré-
659 natal. Então, isso também é importante para a gerência. Na gerência 3, ela agrupou quase
660 30% dos óbitos da cor de pele não-branca, e na gerência 4 ocorreram todos os óbitos
661 sem nenhuma escolaridade. Todos os óbitos maternos de Porto Alegre que não tinham
662 escolaridade ocorreram em uma gerência só. O que tem nesta região? Têm que olhar. Eu
663 comparei com o Observatório de Saúde de Porto Alegre que utilizou os índices de
664 vulnerabilidade social, no ano de 2000, e deu assim: o 1º lugar em qualidade – quanto
665 maior este número, melhor a qualidade – é a centro. Comparando com a morte materna,
666 ela também teve a menor razão de morte materna, mas foi a mais alta para a SIDA. Isto é
667 interessante. O centro, embora tenha tido a menor razão de morte materna, a principal
668 causa foi SIDA. A sul e a centro-sul, que estão como regiões separadas no Orçamento
669 Participativo e congrega a gerência 4, teve a 2ª maior razão de morte materna e a 1ª por
670 aborto. O interessante é que as melhores classificadas no índice de vulnerabilidades
671 sociais tiveram aborto e SIDA. Isso está apontando uma certa incongruência, porque há
672 “iniquidades” nestas regiões. A região norte, que é a 9ª no ranking, tem a maior razão de
673 morte materna. A nordeste deu compatível com pior índice de vulnerabilidade social, teve
674 a 3ª maior razão, mas a 2ª por SIDA e hemorragia, e concentrou 6% na sem escolaridade.
675 Com isso quero chamar a atenção sobre as diferenças e as “iniquidades” dentro das
676 regiões da Cidade. Não podemos tratar a Cidade como um todo para mostrar que a morte
677 materna traz coisas que os outros indicadores não mostram. O índice de vulnerabilidade
678 social leva em conta vários indicadores, mas não morte materna. Morte materna agrega
679 conhecimento. No que o meu estudo falou foram limitações e não falhas? Ele é um estudo
680 descritivo. Por exemplo, em relação àquelas cesárias, ele não explica o porquê, ele só diz
681 que é diferente. Faltaram dados em alguns itens, como escolaridade, número de consultas
682 de pré-natal, que podem, então, dar uma diferença nos números. E aquele objetivo que
683 tínhamos, de relacionar se o óbito materno estava relacionado com uma unidade de saúde
684 básica ou com um PSF não foi possível, porque Porto Alegre tem um percentual muito
685 baixo de unidades de saúde da família. Então, a maioria dos meus óbitos eram ligados à
686 UBS, e não posso dizer que é pior isso. É porque não tem como comparar. As
687 **Conclusões:** A mortalidade materna está em nível médio (é 46), e está diminuindo 3% ao
688 ano. Isso é bom. É o mínimo que precisamos para atingir o objetivo, que é reduzir em 75%
689 os óbitos maternos até 2015, e continuando assim o município de Porto Alegre vai atingir o
690 objetivo do milênio, embora ainda estejamos num nível médio (46 ainda está longe de
691 passar para o nível mínimo, que é 20). As principais causas são as doenças clínicas,
692 cardiovasculares, SIDA e doenças hipertensivas. E há uma tendência – o que é ruim – de
693 aumento para as doenças clínicas e para a SIDA. O maior risco de óbito materno são de

694 mulheres acima de 35 anos, para as de Cor e pele não branca, como menor nível de
695 escolaridade, sendo de grande magnitude para aquelas que não têm escolaridade
696 nenhuma. Como coisa boa verificamos a alta qualidade dos registros de óbitos maternos
697 em Porto Alegre, tanto pelo baixo percentual de causas mal definidas quanto pela alta
698 concordância entre os dois sistemas de registros. Embora o Município tenha reduzido as
699 mortas maternas o perfil dessas mortes demonstra uma associação com condições todas
700 passíveis de intervenção, tanto em nível dos determinantes sociais quanto na qualidade
701 da assistência à saúde. As implicações das iniquidades regionais em saúde apontam para
702 a necessidade de políticas públicas e estratégias específicas às realidades locais, para
703 que possamos avançar em busca de uma sociedade mais equânime. E espero que esses
704 dados sejam úteis para desenvolver essas estratégias. Reforçamos também a importância
705 dos comitês municipais de mortes maternas como estratégia de vigilância. A atuação do
706 Comitê, durante todos esses anos em que estamos desenvolvendo atividades no
707 Município, foram fundamentais para que eu conseguisse fazer esse estudo. As
708 **Recomendações:** que possamos incluir a vacina da gripe sazonal, a Influenza, nas
709 gestantes do pré-natal de Porto Alegre, tanto pela magnitude dos óbitos maternos, tanto
710 porque já existem evidências fortes em relação ao custo/benefício/segurança. Se
711 fôssemos calcular essa ação poderia diminuir em até 5% os óbitos maternos no Município,
712 de um ano para outro. São necessárias estratégias diferenciadas de prevenção de óbitos
713 maternos nas gerências distritais, focadas em suas especificidades, principalmente SIDA e
714 abortos. As gerências e os profissionais de saúde têm que se apropriar para utilizar o
715 Vitais, que foi uma fonte de dados fundamental para o estudo, e que está disponível na
716 Vigilância e no site da Prefeitura. E é necessário maior apoio político, técnico e
717 administrativo aos comitês de morte materna. Sabemos que eles são muito frágeis, e com
718 a descontinuidade dos profissionais, como não são institucionalizados acabam
719 esmorecendo, e espero que com a minha saída do Comitê de Porto Alegre, porque vou
720 para o Hospital Presidente Vargas, isso não aconteça aqui. Recomendamos também que
721 se inclua um item relativo à escolaridade nos cadastros dos prontuários hospitalares. Tem
722 estado civil, religião, mas escolaridade não tem. Esse dado é muito difícil de ser
723 encontrado. E também os relatórios oficiais, como relatei no início, nas três esferas,
724 Município, Estado e União, nem sempre são padronizados e dessa forma fica difícil
725 comparar-se. Por isso sugerimos a padronização desse indicador (Razão de Morte
726 Materna), como medida epidemiológica para monitorar. Por fim, trago uma frase que
727 encontrei na literatura e que achei muito bonita: “Não é justo que as mulheres continuem
728 morrendo ao darem vidas ao mundo.” Muito obrigada. (Palmas). **A SRA. MARIA LETÍCIA
729 DE OLIVEIRA GARCIA (Coordenadora do Conselho Municipal de Saúde):** Já temos
730 assim um conteúdo suficiente para que a comissão de Saúde da Mulher comece a
731 trabalhar, no sentido de propor ações para que essa realidade possa ser modificada. Para
732 isso vamos providenciar nesse material para o trabalho da comissão. Estão abertas as
733 inscrições para os questionamentos. (Pausa.) **O SR. ALBERTO MOURA TERRES
734 (Conselho Regional de Serviço Social):** Primeiro quero parabenizar por esse trabalho,
735 que é um trabalho científico, de dez anos, e temos muito a apreender e também ir no
736 sentido de buscar a implementação de políticas públicas de saúde para essa situação.
737 Com esse trabalho poderemos dar visibilidade a muitas coisas que estão escondidas da
738 sociedade e, principalmente, para quem mora na periferia. Moro na região do Eixo
739 Baltazar, que sabemos ser de uma vulnerabilidade enorme, que necessita de
740 implementação de políticas públicas de saúde. Como milito no movimento negro gostaria
741 de saber por que não se colocar o quesito “raça”. É luta do movimento negro dar
742 visibilidade às iniquidades que afetam o povo negro. Essa discussão sobre raça negra e
743 raça branca é uma discussão, em nosso entendimento, que está no meio dos cientistas,
744 mas a nossa preocupação é colocar esses dados visíveis sobre a população negra,

745 porque sabemos que o nosso povo negro é o que mais sofre, e o que menos recebe
746 atenção do poder público. Quem milita no movimento negro quer dar visibilidade àquilo
747 que está invisível. Tem que dizer: “a população negra, a mulher negra, o homem negro, a
748 criança negra.” Só assim estaremos forçando os governos a enxergarem o que acontece,
749 hoje, com o povo negro. Mas, é um excelente trabalho. **A SRA. MÔNICA LEYSER**
750 **(Sindicato dos Enfermeiros do RGS):** Estão de parabéns as duas apresentadoras que
751 deram uma visão bem ampla da questão da saúde da mulher e da mortalidade da mulher
752 e materna. Duas questões para a Soraia: há alguma informação sobre se essas gestantes
753 cursaram o pré-natal no alto risco? Segundo, como sugestão, de se incluir esse estudo no
754 boletim epidemiológico da Vigilância. Era isso. **A SRA. VÂNIA (Auxiliar de Enfermagem):**
755 Dediquei vinte e cinco anos da minha vida funcional à Secretaria Municipal de Saúde, faço
756 parte do conselho distrital e procuro atuar no controle social, e fico feliz em ver esse
757 trabalho. Atualmente trabalho na emergência do PACS da Vila Cruzeiro e temos
758 dificuldades para conseguirmos encaminhar as mulheres para um efetivo tratamento do
759 câncer de mama. Duas colegas nossas faleceram porque a primeira consulta é muito
760 rápida, mas a biópsia demora de quatro a seis meses. Depois da biópsia entra numa fila
761 de espera para aguardar o tratamento, o que é muito complicado. E o acolhimento nas
762 emergências como funciona? Trabalho dentro da emergência e trabalho também no
763 serviço de transporte, além de atender fazemos o deslocamento da unidade de
764 emergência para a internação. E encontramos dificuldades no acolhimento das
765 emergências. No hospital de Clínicas tivemos muitas queixas, e melhorou muito. A
766 Beneficência Portuguesa é dos piores. Inclusive hoje eu tive um atrito na recepção porque
767 o paciente chega na emergência, com leito, com contato médico, e chegando lá ele
768 precisa ficar dentro da ambulância até completar a internação, não tem emergência para
769 recebê-lo, que tem que esperar que designem um leito, aí a cadeira de rodas está
770 quebrada, eu peço a substituição e me dizem “olha moça, isso aqui é SUS”. Eu disse: “eu
771 sei, e é o maior convênio que temos, é universal, é nosso, e nós pagamos por isso, não é
772 nenhum favor, eu pago por isso, o paciente paga pelo atendimento e gostaria que
773 houvesse mais respeito com o paciente.” Tive de dizer: “eu trabalho na Secretaria
774 Municipal da Saúde, no controle social, sou vinculada ao conselho distrital”, e aí
775 apareceram duas pessoas para carregar a cadeira. O Parque Belém, que estava muito
776 boa a emergência, não sei por que fechou. Está em reforma, tudo bem, mas os
777 funcionários da emergência? E os pacientes ficam esperando. Então, lá na porta das
778 emergências quem faz esse acolhimento? **O SR. OLIR CITOLIN (CDS Leste):** Nós
779 estamos no Conceição há mais de 20 anos fazendo exatamente tudo o que a doutora
780 disse. Temos todos esses dados presentes há vinte e tantos anos, sabemos de tudo o que
781 acontece na nossa região de abrangência. Mas, as nossas unidades têm alguma estrutura
782 e aí a gente pode buscar as gestantes que não comparecem nas consultas. A gente faz de
783 tudo para que elas não deixem de comparecer às consultas. Esses dados que vocês
784 falaram, nós temos no sistema GHC uma planilha que mostra tudo, idade, raça, cor, etc. O
785 administrativo preenchendo corretamente aquilo se tem todos os dados possíveis. Essa
786 política melhorou? Melhorou e muito! Agora, quanto aos abortos que foram mencionados,
787 e foi dito que eles acontecem nos hospitais, quero dizer que dessas clínicas de aborto que
788 andam por aí, e não são poucas, nós não temos nenhum dado. Se as clínicas pudessem
789 nos informar quantas crianças elas matam, aliás, são colegas nossos que matam. Eu não
790 vou dizer os nomes, mas nós sabemos até o nome deles. É gravíssimo isso. Olho o nome
791 da pessoa no meu sistema e, hoje, vejo que é gestante daqui a 15 dias já não é mais, o
792 Beta HCG deu negativo. Com certeza deve ter feito alguma coisa. Vai completar um ano
793 da informatização e quando tudo estiver informatizado vamos saber quantas gestantes
794 existem, quem não está fazendo as vacinas. A doutora falou na questão das vacinas.
795 Quero dizer que no próximo dia 26 de abril vão chegar as vacinas para gestantes,

796 crianças. Isto é uma conquista. Então, quando estivermos informatizados vamos ficar
797 sabendo de tudo o que está acontecendo neste nosso município de Porto Alegre. E a
798 menina que falou das dificuldades, quem é gestor, está lá na ponta, está trabalhando
799 como um cavalo, como eu que trabalho das 7 da manhã até as 7 da noite, sozinho, podem
800 passar 400 pessoas por aquele posto porque o posto oferece muita coisa: assistente
801 social, nutrição, psicólogo. Lá se faz de tudo, do pré-natal ao óbito. Se todos os hospitais
802 tivessem o que nós temos... Mas é difícil, precisa dinheiro para isso. Quero cumprimentar
803 a Dr^a Soraia pela frase que ela colocou no final da sua apresentação. Aquela frase
804 precisava estar em todos os postos, pois é muito linda. As mulheres estão dando à luz e
805 nós, machistas, estamos desprezando, não estamos lhes dando o valor. Parabéns a vocês
806 continuem a luta. Vocês merecem! **A SRA. MARIA LETÍCIA DE OLIVEIRA GARCIA**
807 **(Coordenadora do Conselho Municipal de Saúde):** Quero solicitar à Dra. Soraia que
808 nos encaminhe um pequeno texto que dê conta do que foi apresentado hoje, inclusive com
809 as propostas para que possamos trabalhar na primeira reunião da nossa Comissão de
810 Saúde da Mulher e, assim, propor ações alternativas de políticas, inclusive dentro do
811 planejamento da Secretaria. Esta é a nossa tarefa e é o que esperamos fazer. Agradeço a
812 presença da Comissão no Plenário do Conselho, agradeço a presença da Dra. Soraia que
813 nos brindou com a apresentação dos dados da sua pesquisa. Eu disse, no início, que
814 apresentamos as componentes da Comissão que estão presentes hoje. Nós ainda não
815 fizemos a eleição da estrutura da Comissão, estamos no período de construção do
816 Regimento Interno, já existe uma proposta, mas efetivamente o processo ainda não está
817 concluído, permanece aberto à participação de todos. Ainda que seja concluído, estará
818 sempre aberto. Nada impede que na nossa primeira reunião já nos debruçemos numa
819 tarefa tão importante como a de propor as ações. Esta é a nossa tarefa. Próximo encontro
820 da Comissão será no dia 11 de abril, às 17 horas, neste Auditório. Podemos passar para
821 as inscrições dos informes? (Aqui escência do Plenário). Estão inscritos o Terres, a
822 Rejane, a Palmira, a Cristina, a Adriana, a Wânia e a Maria. Peço aos meus colegas de
823 Núcleo que estejam ao meu lado na Mesa, se possível. **O SR. ALBERTO MOURA**
824 **TERRES (Conselho Regional de Serviço Social):** O meu informe é a respeito do debate
825 que tivemos aqui a respeito das UPA's. Ontem, estive no Fórum Regional do Orçamento
826 Participativo, da Eixo Baltazar, e lá foi dado um informe de que ontem, no início da tarde,
827 na Rádio Gaúcha, o Prefeito de Porto Alegre mencionou que a UPA da Zona Norte será
828 construída no Triângulo e não no Centro Vida, conforme o debate democrático que foi feito
829 aqui no Conselho, decidido por este Conselho. Na oportunidade, estava presente o
830 Secretário Busatto, conversamos com ele que disse não ser esta uma discussão fechada,
831 disse que o assunto ainda está em discussão. Se vocês têm dados, querem questionar,
832 poderemos discutir. Pergunto ao representante do Governo se é verdade que já tem
833 decisão por parte do Governo de construir a UPA no Triângulo? Se isto for verdadeiro, se
834 será uma prática do Governo e da Secretaria Municipal da Saúde descumprir a decisão
835 democrática do Conselho Municipal de Saúde, a exemplo da Fundação e se esta é a
836 construção de uma marca do Conselho de não cumprir as decisões democraticamente
837 discutidas, a partir dos espaços democráticos desta Cidade, sendo que o Conselho
838 Municipal de Saúde é este espaço? Gostaria de saber se isto é verdadeiro por parte do
839 Governo. Obrigado. **A SRA. REJANE HAIDRICH (CDS Eixo Baltazar):** Quero fazer um
840 convite. O Posto do Jardim Leopoldina estará, no próximo dia 23, fazendo uma caminhada
841 sobre a tuberculose, às 10 horas, e à tarde, às 14 horas, vamos ter um sarau de poesias e
842 também uma festividade para comemorar os 23 anos do Posto. Haverá uma distribuição
843 de bolo. Convido a todos para que participem. Obrigada. **A SRA. PALMIRA MARQUES**
844 **DA FONTOURA (CDS Humaitá/Navegantes/Ilhas):** Boa-noite a todos e a todas. Quero
845 trazer uma coisa muito séria que está acontecendo na UBS da Diretor Pestana. Lá há uma
846 turma de usuários que está vendendo fichas. Fizemos um trabalho com os moradores e

847 usuários para que isso não acontecesse, mas não conseguimos. Chamamos uma reunião
848 com a segurança e lá ficou decidido que a Guarda Municipal ajudaria nas quintas-feiras,
849 que é o dia do dentista. A Guarda Municipal tem comparecido às quintas-feiras para dar
850 mais segurança para os trabalhadores, porque a Sílvia, que é a Coordenadora da UBS, foi
851 ameaçada, ela registrou ocorrência na polícia e também comunicou à Secretaria, mas até
852 agora não fizeram nada e ela está constantemente sendo ameaçada. Atualmente ela está
853 em férias. Enquanto não ocorrer uma morte naquele local, acho que nada vai ser feito. A
854 nossa segunda preocupação é porque não temos médico clínico no posto da Farrapos.
855 Pedimos uma audiência pública para a Câmara de Vereadores, falei aqui na época, mas
856 nada conseguimos. Vai acontecer uma morte lá também. E vão ser os funcionários não os
857 usuários. O Secretário disse que colocaria um clínico lá, tivemos uma reunião com ele,
858 não passamos por cima do Conselho, o Conselho e o Secretário estão sabendo do
859 problema e estamos abandonados. Há três pessoas que sofreram AVC, lá, e tiveram que
860 ser removidas para o Conceição, sendo que uma dessas três pessoas morreu. É preciso
861 que seja tomada alguma providência em relação a isso porque a comunidade, na segunda
862 feira, decidiu que vai fechar a Av. Farrapos, no horário das 7 as 18 horas, com a presença
863 da mídia, da televisão, até que a Secretaria resolva a questão. A outra conselheira da
864 região também se faz presente aqui e estou trazendo isso porque foi o que ficou resolvido
865 lá. Como conselheira, eu não gostaria que isto acontecesse, mas se a Secretaria não
866 tomar providências seremos obrigados a assim agir, depois não vão dizer no rádio e na
867 televisão que não sabiam, porque isto está sendo registrado em ata. Vocês já viram posto
868 de saúde não ter clínico? (Várias manifestações do Plenário). Eu nunca tinha visto. É a
869 primeira gestão, na minha vida, que estou vendo isso. **A SRA. CRISTINA (Gerente**
870 **Distrital do Centro):** Boa-noite a todos. Quero comunicar que no próximo sábado o
871 Centro de Saúde Modelo estará promovendo um evento ainda alusivo ao Dia da Mulher,
872 ocasião em que serão realizadas coletas de CP, exame de mama além de diversas
873 atividades, como palestras, oficinas, um brechó, o Troca-Troca. Quem tiver coisas e quiser
874 trocar pode aproveitar a oportunidade. É uma atividade que estará começando às 9 horas
875 e se estendendo até as 16 horas. Infelizmente, em função da capacidade profissional dos
876 serviços que serão prestados, estaremos limitando essa atividade às usuárias da Gerência
877 Centro, não estando aberto a toda a Cidade. Obrigada. **MARIA LETÍCIA DE OLIVEIRA**
878 **GARCIA (Coordenadora do Conselho Municipal de Saúde):** A Cristina é trabalhadora
879 da Gerência e, agora, está como Gerente. Assim, o Conselho lhe deseja boa sorte na
880 gestão. **A SRA. ADRIANA ROJAS (Sindicato Médico do RGS):** Estou bastante feliz em
881 voltar a esta Casa, fiquei um tempão sem vir aqui. Fiquei contente em ver os colegas
882 médicos, porque participamos pouco, embora, como técnico, ou na gestão, ou na
883 oposição, o que importa é que participemos, que o médico participe. Eu vim colocar a
884 vocês um informe. Mas peço, principalmente peço, à gestão, na figura do Marcelo, algum
885 tipo de resultado. Vocês sabem, como disse a colega aqui, que não existem médicos na
886 cidade. E pela maneira como estamos sendo tratados pela própria Secretaria, o Marcelo
887 viu, segunda-feira, que não há clínicos na cidade. Não há cardiologista, urologista. Não há!
888 Porque quem tem o mínimo de moral hoje em dia e com tudo que nos avacalharam,
889 porque estamos lá na ponta e é na ponta que se sofre, porque lá todo mundo é gestor. Ou
890 seja, lá eles não querem saber, lá nós somos o gestor, tu não tens o remédio, tu não tens
891 a consulta, tu não tens a receita, então, está todo mundo indo embora. Esta é a nossa
892 situação e só vai mudar isso quando sofrermos uma mudança; quando esta gestão tiver
893 outro viés, uma mudança que nos trate melhor. Mas não é este o assunto. O assunto é
894 falta de médico na Saúde da Família. Está acontecendo uma coisa que traz prejuízo, tanto
895 para a população atendida, quanto para a população que se propõe ser atendida. O que
896 eu quero dizer com isso? É a rotatividade na Saúde da Família. Onde se tira a roupa de
897 um santo para vestir outro. O que acontece? Aqui discutimos há três anos a questão do

898 vínculo. Eu não vou discutir qual é a questão da maneira que se trabalha na Saúde da
899 Família, porque todos aqui sabem. Mas a verdade é o seguinte: está se tirando médico de
900 uma Unidade onde ele está ali há vários anos fazendo o seu trabalho, onde há efetividade
901 de trabalho naquele campo, para cobrir onde não tem. E isso não é um posto, dois ou três.
902 É impossível, Marcelo, que o Instituto não tenha médico reserva. Com todo aquele bolo de
903 valores que se repassa, não ter médico reserva!? É impossível isso. Então, há um
904 prejuízo, porque o médico sair de um PSF e atender em uma outra Unidade, este médico
905 atende lá rapidinho, não conhece nada daquele paciente, começa tudo do zero. Então,
906 para aquela população, faz de conta, para a Secretaria é atendida e, quando voltar, todo
907 aquele investimento que fez não vai estar lá o seu profissional, não vai estar naquela
908 região e vai começar tudo com aquele atolho de gente de novo. Não são palavras muito
909 políticas que eu falo, mas são bem do dia a dia, porque quero que fique bem claro. Então,
910 acho que dá para se negociar com o Instituto de Cardiologia que, dentro deste valor, se
911 tenha médico para quando se tem férias e para agora. Não tirar um médico de uma
912 Unidade para botar na outra e acontecer este caos que cada vez está se agravando mais.
913 Obrigada. **A SRA. VANIA (Sindicato dos Enfermeiros):** Um informe que todos nós
914 sabemos. Foi votada na Câmara de Vereadores a instalação de uma CPI. Todas as
915 quartas-feiras, eu, que também faço parte da direção do SIMPA, que é o sindicato dos
916 funcionários, vou acompanhar apuração de perto, porque entendemos que é um valor
917 muito grande de dinheiro que foi desviado da Saúde e que deveria ser aplicado nos Posto
918 onde falta médico, onde faltam técnicos, inclusive remédios. Por isso, convidamos quem
919 tiver interesse no controle social para que participe. Todos os funcionários devem
920 participar e ver de perto o que está sendo apurado e como está sendo apurado. Uma das
921 normativas do SUS é o Plano de Cargos e Salários. Isso é problema de gestão. Isso
922 poderia ser resolvido tão fácil. Aliás, parece que é tão fácil, mas esperamos que o nosso
923 gestor tenha compreensão. **A SRA. DJANIRA DA CONCEIÇÃO (CDS Restinga):** Agora,
924 vendo as duas conselheiras que falaram antes de mim, lembrei uma coisa. Lá na Restinga
925 Velha, eu nunca sei o nome daquele Posto, também estão vendendo ficha de noite. As
926 pessoas têm que chegar lá para tirar ficha às duas da manhã, se quiserem ser atendidas
927 pelo ginecologista ou pelo dentista. A pessoa foi para o ginecologista lá, chegou às duas
928 horas para pegar a ficha, e não pegou, porque os rapazes estavam vendendo a quinze
929 reais a ficha. Só que eles não vendem lá na frente. Eles saem dali com as pessoas certas
930 contratadas e vendem. Só que lá há um problema: não podemos reclamar. Se vocês
931 conhecem todo o problema que existe na Restinga, não podemos reclamar. E outra coisa,
932 aquele Posto está igualzinho ao problema que aconteceu no Japão. Só que no Japão,
933 sabemos porque aconteceu, foi o tsunami. Mas na Restinga, se eu fosse médico, também
934 não ia querer trabalhar lá. Porque tu olhas e é um lixo olhando aquilo por fora, sem portão,
935 sem pintura. Se eu fosse médica gostaria de trabalhar em um lugar que me desse prazer.
936 Também está acontecendo rodízio com as farmácias. Na Restinga, esta semana, os
937 remédios especiais não foram dados, porque tinha que fechar por dois dias a farmácia, dia
938 18 e 19, se não me engano, depois no dia 5 e 9, porque não tem quem atenda. Por sinal,
939 a farmacêutica que está lá atende muito mal. Ela vai ter problema como aquela lá da
940 Velha Restinga tem. Depois não se queixa e diz que o povo é mal-educado. O povo é mal-
941 educado porque as pessoas o faz ser mal-educado. Quando entram na prefeitura, fazem
942 o mundo e o fundo; depois, só o fundo. **A SRA. SILVIA GIUGLIANI (Conselho Regional
943 de Psicologia):** São notícias rápidas. Neste momento faço uma atualização das
944 informações da Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde. Quero
945 participar que, a partir de abril, estamos retomando as nossas reuniões quinzenais, na
946 primeira e terceira terça-feira do mês, das 9h às 11h. Já venho fazendo este lembrete para
947 todo mundo, porque é fundamental a presença cada vez maior dos nossos diferentes
948 parceiros, a fim de trazerem para a Comissão questões que precisam ser vistas de forma

949 ampliada por vários olhares e de vários lugares. Então, a Comissão está reiterando o
950 convite e incentivando a presença. Agora, a partir de abril, retomamos o funcionamento
951 normal. Quero participar também que vamos buscar, já noticiei isto antes, mas às vezes,
952 nos informes, uns estão e outros não, vamos buscar construir agendas nos Conselhos
953 Distritais para a pauta Saúde Mental. Sabemos que estamos vivendo um ano de
954 Conferência de Saúde, assim como sabemos que tivemos, no ano passado, uma
955 Conferência Nacional de Saúde Mental. Mas ficamos dez anos sem conferência. Então,
956 assim como estaremos, no dia 23, no IAPI, a convite do Conselho, vamos estar buscando
957 construir esta agenda, esta conversa, com todos os Conselho Distritais com a pauta de
958 Saúde Mental, sabendo de um conjunto de questões importantes. Entendemos que vai ser
959 possível desenvolver o que chamamos de uma reunião itinerante, que faça a Comissão
960 também circular para que a Saúde Mental seja discutida na Cidade como um todo. Com
961 isso, queremos comunicar que vamos estabelecer um cronograma de monitoramento das
962 deliberações da Conferência Municipal de Saúde Mental, claro que articuladas com a
963 Estadual e com a Nacional, Mas uma Conferência não é uma agenda para cumprir e
964 depois termina. Nós deliberamos um conjunto de questões importantes e a Comissão se
965 sente na responsabilidade e competência de monitorar isso. E a última questão que eu
966 quero sinalizar, já falei isso na reunião passada, é o debate do Relatório, e, aqui,
967 especialmente à gestão, a nossa preocupação com a estrutura em que está a Saúde
968 Mental dentro da gestão. Está sem uma coordenação, está sem uma referência, está com
969 uma comissão que não dá para dizer que é uma comissão, talvez seja uma “equipe”. Não
970 falamos isso com nenhuma satisfação. Sabemos da delicadeza de tudo isso, mas é muito
971 grave deixar um campo importante, como são todos os da área da saúde, como o da
972 saúde mental, que também é fundamental, sem estrutura para poder ser acessado pelo
973 conjunto da população desta Cidade sempre que necessário e com qualidade. **O SR.**
974 **JOSÉ ANTÔNIO DOS SANTOS (CDS Nordeste):** Boa-noite. Também quero confirmar o
975 que o Terres falou aqui sobre a situação da UPA. Ouvi no rádio pela BAND que o
976 secretário disse que a UPA vai ser construída no Triângulo. Eu pergunto a este Conselho
977 se a votação que fizemos aqui, que foi 28 a 17, 28 a favor do Centro Vida e 17 contra, se
978 esta votação que fizemos aqui é respeitada ou não. Porque eu acho que, se estamos aqui
979 fazendo uma votação, estes conselheiros que estão aqui não brincam, todo mundo é
980 sério. Eu não posso acreditar em uma coisa dessas, de fazermos uma votação aqui e
981 depois sair para a rádio ou televisão e dizer outra coisa. Desmoralizando, então, o
982 Conselho de Saúde de Porto Alegre e os próprios conselheiros. Eu acho isso um absurdo!
983 Eu acredito que o Conselho deve ser respeitado, sim! A votação que foi feita aqui deve ser
984 respeitada. Outro assunto que quero falar é sobre a situação do Batista Flores. Quero que
985 o secretário aqui grave bem esta situação, por telefonemas anônimos para a Gerência
986 Regional nos tiraram a doutora de lá, a DR^a. Gilda. Que era uma excelente doutora para
987 os usuários. Tiraram lá do Posto sem nós, do Conselho Distrital de Saúde da região,
988 termos conhecimento. Quando tivemos conhecimento, já haviam tirado a doutora, e o
989 Posto ficou sem médica. Estão levando, um dia, de um Posto, outro dia, de outro. Só
990 levam lá para assinar as receitas ou, então, para dar uma consultinha ou duas e fica por
991 isso mesmo. A gerente regional tem conhecimento disso. Faz mais de um mês esta
992 situação. Eu gostaria que fosse tomada uma providência. No dia da reunião do Conselho
993 Distrital, chamamos o Dr. Grimário, do Instituto do Coração. Foi feita esta colocação para
994 ele e ele teve a capacidade de dizer que não há médico. Então, é um absurdo! Se não há
995 médico, como é que fica a população de lá? Por favor vamos tomar uma providência
996 quanto a isso, já que estão fazendo a Fundação. Por favor! em que cuidar disso aí.
997 Obrigado. **O SR. MARCELO BÓSIO (Secretário Municipal Adjunto da Saúde):** Vou
998 começar pela questão da UPA. O Prefeito falou de fato na rádio. Temos a seguinte
999 situação: houve um parecer da secretaria técnica que indicou uma localização. Teve uma

1000 votação aqui nesse plenário indicando outra localização. Com essa aprovação do
1001 Conselho temos uma área significativa da cidade que fica descoberta de unidade de
1002 pronto atendimento. Não temos capacidade para construir mais equipamentos, mais
1003 UPAs. Então, temos de discutir para ver como é que vamos resolver essa situação. A
1004 proposta é de oito UPAs em Porto Alegre, com 100% de cobertura na cidade. Com a
1005 aprovação estabelecida nesse Conselho temos duas regiões onde houve alterações que
1006 não coincidiram com o parecer que a própria Secretaria Técnica desse Conselho aprovou.
1007 Então, são regiões importantes da cidade que poderão ficar descobertas de atendimento.
1008 O Secretário Casartelli está tratando desse assunto e vamos discutir nesse Conselho para
1009 ver como encaminhar a situação. Não ignoramos a votação ocorrida nesse Conselho,
1010 porém, dentro dos critérios técnicos aprovados e definidos nesse Conselho, o projeto foi
1011 apresentado atendendo a esses critérios, a Secretaria Técnica desse Conselho deu
1012 parecer favorável aos critérios para localização, e a votação foi contrária e ficamos com
1013 região descoberta de atendimento. A construção de um equipamento como esses é mais
1014 de três milhões, temos a manutenção girando em torno de oitocentos mil por mês, com
1015 financiamento do Ministério de duzentos e cinquenta mil e não temos condições de colocar
1016 mais equipamentos como esses. A questão das UPAs é essa, e em conjunto devemos
1017 resolver a questão de cobertura da cidade, porque não podemos deixar regiões da cidade
1018 descobertas. A questão de **vendas de fichas**. Essa é uma situação que devemos
1019 repudiar, porque incomoda a nós tanto quanto àqueles que vêm aqui denunciar essa
1020 prática. Com a informatização acredito que deveremos resolver esse problema, porque na
1021 experiência que presenciamos, no ambulatório de especialidades do Presidente Vargas,
1022 onde informatizamos e acabamos com o fornecimento de fichas, ou vagas, ou consultas
1023 num único dia, ou dois dias, ou em determinado período, praticamente acabaram-se as
1024 filas e não há questões de venda de ficha ou fila para consultas. Até o final do ano a
1025 informatização deve chegar aos postos de saúde e acreditamos que essa situação de
1026 venda de fichas será eliminada. Mas, temos de trabalhar com os conselhos locais, com a
1027 comunidade, porque devemos coibir fortemente essa prática, até porque já tivemos em
1028 outros tempo situações bem mais críticas do que as que estamos vivenciando hoje. Mas,
1029 devemos trabalhar essa situação com a comunidade, com as gerências distritais, com os
1030 profissionais da unidade, para que tenhamos um tipo de organização capaz de inibir essa
1031 prática da venda de fichas. A questão que a **Dejanira** se refere, sobre a UBS Restinga
1032 Velha, do mau atendimento da farmacêutica, vamos verificar porque independente de uma
1033 situação de estresse que possa ter havido as pessoas têm que prestar um atendimento no
1034 mínimo com educação. Até um “não” com educação o usuário entende; mas um “sim” sem
1035 educação tem o mesmo efeito de um “não”. Vamos conversar com os profissionais para
1036 saber o que está acontece. Quanto à questão da **coordenação**: a Sílvia coloca que a
1037 saúde mental está acéfala, de fato temos um problema, tentamos uma reestruturação para
1038 termos um apoio melhor, não conseguimos, e temos uma situação pontual, numa relação
1039 com uma profissional, que estava num termo de cooperação, porque era funcionária do
1040 GHC, e que por idas e vindas teve de retornar ao GHC, e estamos trabalhando para que
1041 breve possamos resolver essa situação, não somente quanto à questão da coordenação,
1042 mas devemos ter uma estrutura melhor para que possamos ter resposta mais efetiva nas
1043 questões de saúde mental. Tivemos avanços em algumas situações. Devido ao ocorrido
1044 com a FUGAST no Hospital Presidente Vargas ficamos numa situação delicada. Estamos
1045 tendo de repor 285 profissionais dentro do Presidente Vargas, sendo 53 médicos, que – se
1046 não tivéssemos essa situação com a FUGAST -, teríamos condições de resolver,
1047 principalmente na questão de técnicos de enfermagem, que há uma falta muito grande na
1048 rede, e somente no Presidente Vargas o número gira próximo dos cento e oitenta técnicos
1049 de enfermagem, com o que praticamente resolveríamos todos os problemas da rede, e
1050 temos de repor esses profissionais no Hospital, para que não haja descontinuidade de

1051 atendimento no Hospital. Chamamos todos do concurso. Temos cento e trinta e cinco
1052 aprovados no concurso, chamamos todos para repor as vagas e estamos criando mais
1053 cento e oitenta vagas, mais cinquenta de médicos, para que possamos repor esses
1054 trabalhadores e regularizar a situação. Já tínhamos começado a chamar os técnicos de
1055 enfermagem, principalmente, no final do ano passado e nesse momento tivemos de
1056 canalizar essa situação para o Presidente Vargas. Então, teremos de criar novo concurso,
1057 mais vagas para repor essa situação. Uma situação que pensávamos ter condições de
1058 resolver no início do ano vamos resolvê-la ao longo do ano. De qualquer maneira a
1059 questão da coordenação é uma situação que vamos resolver, e já estamos trabalhando
1060 para isso. Temos também o fato de que hoje a sede é um dos locais onde está a menor
1061 remuneração da Secretaria. Temos uma demanda de serviços muito grande aqui na sede,
1062 a Assepla e todas as coordenações têm trabalhado muito, porém é o local onde temos a
1063 menor remuneração. Estamos tentando criar alguma forma de gratificação que torne
1064 atrativo para que as pessoas permaneçam na sede. Hoje as pessoas estão
1065 permanecendo aqui na sede muito mais por convicção, por gostarem, por quererem
1066 trabalhar nas áreas de planejamento, nas coordenações, do que propriamente por uma
1067 questão de remuneração. Esse é um problema que não é de hoje mas que temos de
1068 enfrentar. Reestruturamos várias áreas da Secretaria de Planejamento, estamos com um
1069 grupo de trabalho qualificado, mas algumas áreas, e uma delas é a da saúde mental, a
1070 odonto também, estamos tentando trazer pessoas para reconstituir a equipe. Quanto à
1071 **falta de médicos**, questão levantada pela **Adriane** e outros, principalmente quanto às
1072 questões de saúde da família, nós tínhamos até início de janeiro todas as equipes
1073 completas. Hoje temos uma situação com mais de quinze equipes e há mais de trinta dias
1074 não estamos conseguindo repor. Estamos trabalhando com o Instituto de Cardiologia para
1075 que seja encontrada uma forma de se repor essas vagas e tentar uma forma de poder fazer
1076 as contratações, e completar todas as equipes. Já discutimos com IC e estamos tratando
1077 de resolver essas situações. São os critérios do programa que, embora tenhamos um
1078 tempo para repor, entendemos que isso gera transtorno significativo pela falta de
1079 profissionais. Estamos trabalhando para que possamos repor, de imediato, esses
1080 profissionais e completar as equipes. Quanto à questão da **UBS Farrapos**: tínhamos dois
1081 clínicos lá. Um está afastado por licença-saúde, deve ficar fora por um tempo prolongado
1082 e a outra médica que estava lá, por questão de violência, acho até que a Cristiane pode
1083 falar melhor. **A SRA. CRISTIANE NUNES FREITAS (Coordenadora da Rede)**: Com
1084 relação à UBS Farrapos, na verdade lá havia cinco clínicos, mas com esta nova ação
1085 desses clínicos não conseguimos repor. Se não me engano em janeiro encaminhamos um
1086 clínico para compor a equipe, mas ele acabou entrando em licença-saúde e não
1087 conseguimos repor. Há uma outra médica, que é clínica, que está atendendo a população
1088 lá no Navegantes porque teve um estresse em virtude de ter ficado traumatizada com o
1089 local de trabalho e teve que passar a atender no Navegantes até que esteja adaptada.
1090 Agora, ela se encontra na fase de readaptação à Farrapos. Ela já começou a atender um
1091 turno na Farrapos, porque ela tinha um trauma e toda vez que lá chegava começava a
1092 chorar. Ela está fazendo tratamento e está voltando a trabalhar na Farrapos aos poucos.
1093 Independente disso, para reforçar o que o Marcelo está dizendo, tínhamos feito um
1094 planejamento no final do ano passado, para reposição de todos esses médicos. Tanto é
1095 que fizemos concurso para médico de família no final do ano passado. O que aconteceu?
1096 Todas as vagas de médicos que tínhamos à disposição foram utilizadas no HPV. Então, a
1097 Rede já tinha deficiência, mas tinha seu planejamento, no entanto, acabou por ficar sem
1098 essa possibilidade. Com a solicitação de novos cargos para médicos, compensando os
1099 280 cargos do HPV, aí estamos tentando novamente fazer essa reposição. Com relação
1100 aos profissionais, é o mesmo que aconteceu com a farmacêutica da Restinga, ela teve
1101 que cobrir o farmacêutico do Centro porque o Santa Marta tem um volume bem maior e

1102 nós não podíamos deixar a liberação de medicação controlada, que precisa ter um
1103 farmacêutico. Lá na Restinga há um horário para distribuição do medicamento controlado,
1104 que é só quando o farmacêutico está lá. Se não fizessemos assim, teríamos que entregar
1105 outros tipos de medicamentos, exceto os controlados. Estaríamos entregando para toda a
1106 região aqui, pois para todas as farmácias distritais é no Centro porque tem um volume
1107 maior. Tivemos que assim proceder durante o período de férias de todo mundo. Com
1108 relação à Equipe de Saúde da Família, além das férias houve essa espera porque abrimos
1109 as equipes novas, daquelas que já vimos aqui no Conselho e que são as 21. Começamos
1110 a introduzir as equipes e, aí, faltaram médicos. Seguramos a entrada de novas equipes de
1111 Saúde da Família, as quais já estavam todas definidas, porque enquanto não
1112 completarmos essas que estão com dificuldades, não poderemos abrir outras sem que,
1113 antes, tenhamos noção do porquê esses médicos não estão se apresentando. **O SR.**
1114 **JOSÉ ANTONIO DOS SANTOS (CDS Nordeste):** Sobre o Batista Flores. **A SRA.**
1115 **CRISTIANE NUNES FREITAS (Coordenadora da Rede):** No Batista Flores foram dois
1116 motivos: não conseguimos compor, pois a doutora estava sofrendo algumas pressões. **O**
1117 **SR. JOSÉ ANTONIO DOS SANTOS (CDS Nordeste):** A população está pedindo que a
1118 Dra. Gilda volte para o posto, pois a doutora foi tirada em função de um telefonema
1119 anônimo. (Várias manifestações do Plenário): **A SRA. CRISTIANE NUNES FREITAS**
1120 **(Coordenadora da Rede):** Sim, ela foi colocada em outro posto por causa dessa pressão.
1121 A gente pode discutir essa questão, no entanto, a doutora preferiu não expor a pressão
1122 em termos de trabalho dela. **O SR. JOSÉ ANTONIO DOS SANTOS (CDS Nordeste):** Eu
1123 fiz contato com ela, que demonstrou interesse em voltar lá para o posto. **O SR. MARCELO**
1124 **BÓSIO (Secretário Adjunto da Saúde):** Acho que podemos conversar. Vamos conversar
1125 com ela e se não houver nenhum problema ela retorna. Não é telefonema anônimo que
1126 tira as pessoas. A Cristiane falou aqui em pressões. Na gestão do Instituto de Cardiologia
1127 não é por telefonema anônimo que as pessoas são retiradas. Isso não existe. **O SR. JOSÉ**
1128 **ANTONIO DOS SANTOS (CDS Nordeste):** Mas foi o que aconteceu lá! **O SR. MARCELO**
1129 **BÓSIO (Secretário Adjunto da Saúde):** Nós não tínhamos nenhum interesse em retirar
1130 alguém, para deixar a descoberto, e fazer com que alguém ficasse atendendo numa
1131 função que não é a sua. Por que vou criar um problema para mim se posso resolvê-lo? **A**
1132 **SRA. MARIA LETÍCIA DE OLIVEIRA GARCIA (Coordenadora do Conselho Municipal**
1133 **de Saúde):** Uma sugestão para encaminhar essa situação: tirem uma pequena comissão
1134 do Conselho Distrital de Saúde, reúne com a doutora, se ela aceitar (manifestações em
1135 paralelo na plenária). Não dá para expor o grupo. Para encerrar a reunião, quero
1136 encaminhar com relação à questão das UPA's. Nós encaminhamos Resolução do
1137 Conselho ao Secretário. Na medida em que o Secretário tiver uma posição formal em
1138 relação a isso que ele possa responder formalmente a Resolução do Conselho, da mesma
1139 forma como fez com referência à Resolução 01, para que o Conselho possa encaminhar a
1140 sua posição com relação a isso. Acho que assim fica mais claro para todos. Com respeito
1141 ao cronograma da informatização, tivemos a apresentação da proposta de informatização
1142 para a Secretaria, e este é um tema antigo aqui no Conselho, que se tem debruçado
1143 assim como a própria gestão. Então, parece-me pertinente que venha para o Conselho, e
1144 o Oscar é uma das pessoas que tem pedido isso aqui no Núcleo de Coordenação, o
1145 cronograma da informatização no município de Porto Alegre, para que o Conselho possa
1146 acompanhar e monitorar. **O SR. MARCELO BÓSIO (Secretário Adjunto da Saúde):**
1147 Tínhamos acordado, no Núcleo de Coordenação, e até numa plenária foi tratado sobre a
1148 questão da regulação. A princípio ficou para o dia 7 de abril, ocasião em que falaremos
1149 sobre a regulação e quando isso ocorrer, também iremos falar sobre a questão da
1150 informatização, todo o cronograma, o que está previsto e sobre todas as etapas que já
1151 conseguimos avançar na questão do projeto e definições que se teve. No dia 7, teremos
1152 condições de dar um panorama muito real do programa, dos passos, definições e

1153 situações que irão ocorrer. Já estamos preparando isso e na plenária do dia 7 teremos
1154 plenas condições de apresentar. **A SRA. PALMIRA MARQUES DA FONTOURA (CDS**
1155 **Humaitá/Navegantes/Ilhas):** O Conselho Distrital está se organizando para que cada
1156 pessoa que vai no posto de saúde leve sua carteira de identidade e a carteirinha de
1157 saúde. Até aí tudo bem, mas quando a pessoa chega lá para pegar a consulta, esta não é
1158 dada para o cidadão e aí ele ameaça as pessoas, como falei, ameaça os trabalhadores.
1159 Isto está sendo controlado, entre aspas, porque pedimos que a Guarda Municipal fosse
1160 para lá, mas está muito complicado porque faltam médicos. O Conselho faz o seu
1161 trabalho, mas a Secretaria, o gestor também tem que fazer o seu. Para nós está muito
1162 difícil. Nós que não temos um salário, pagamos a nossa passagem, gastamos o nosso
1163 tempo, temos dificuldades de fazer porque somos nós que temos que enfrentar todos os
1164 marginais que estão vendendo fichas. E isto fica muito ruim. A Coordenadora do posto
1165 está sendo ameaçada e já está querendo sair do posto. Entendo que a Guarda Municipal
1166 tem que estar presente lá porque o porteiro não pode fazer nada, pois os funcionários e
1167 usuários são ameaçados e nós ficamos sem atendimento. **O SR. MARCELO BÓRIO**
1168 **(Secretário Adjunto da Saúde):** Vamos verificar a situação e ver com a gerência que
1169 medida se pode tomar para que os profissionais possam ter segurança e evitar, além da
1170 venda de fichas, que o posto seja onerado. **A SRA. MARIA LETICIA DE OLIVEIRA**
1171 **GARCIA (Coordenadora do Conselho Municipal de Saúde):** Nada mais havendo a
1172 tratar, declaro encerrada a presente Sessão. (Encerra-se a Sessão às 21h54min.)
1173

1174

1175 MARIA LETICIA DE OLIVEIRA GARCIA
1176 Coordenadora do CMS/POA

OSCAR RISSIERI PANIZ
Vice-Coodenador do CMS/POA

1177

1178

Ata aprovada na reunião plenária do dia 14/04/2011