

1 **CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

2 **ATA 08**

3 **DATA: 07 DE ABRIL DE 2011**

4 Aos sete dias do mês de abril do ano de dois mil e onze, às 18h30min, no auditório da
5 Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, situado na Avenida Loureiro da Silva, nº
6 325, reuniu-se, em sessão ordinária do Plenário, o Conselho Municipal de Saúde de Porto
7 Alegre. Manifesta-se a **SRA. MARIA LETÍCIA DE OLIVEIRA GARCIA (Coordenadora do**
8 **Conselho Municipal de Saúde):** Boa-noite a todos. No uso das atribuições que me são
9 concedidas pelas Leis 8080, de setembro de 1990, 8142/90, de dezembro de 1990, pela
10 Lei Complementar 277/92, de maio de 1992, que cria o Conselho Municipal de Saúde,
11 pela Lei Orgânica, pelo Código Municipal de Saúde do nosso Município, pelo Regimento
12 Interno deste Conselho, aprovado em julho de 2008, declaro aberta a sessão ordinária do
13 Plenário do dia 07 de abril de 2011, tendo como proposta de pauta o seguinte: **1)**
14 **Abertura. 2) Apreciação da Ata 06/11 (03.03.2011).** Presentes os seguintes
15 **Conselheiros(as) Titulares:** 1)Adriane da Silva, 2)Alcides Pozzobon, 3)Carlos Antônio da
16 Silva, 4)Carlos Eugênio Schuch Colvara, 5)Clarissa Bassin, 6)Carla Rosana Santos da
17 Silva, 7)Djanira Correa da Conceição, 8)Elen Maria Barbosa, 9)Gilmar Campos,10)
18 Heverson Luis Vilar da Cunha, 11)Hamilton Pessoa Farias, 12)José Antônio dos Santos,
19 13)Lúcia Bublescki Silveira, 14)Luiz Antônio Mattia, 15)Mônica Ellwanger Leyser,
20 16)Maria Hisami Tori, 17)Maria Encarnacion Morales, 18)Maria Leticia de Oliveira Garcia,
21 19)Mirtha da Rosa Zenker, 20)Marizete Figueredo Rodrigues, 21)Maria Ivone Dill,
22 22)Maria Angélica Mello Machado, 23)Nesioli dos Santos, 24)Olir Citolin, 25)Paulo Goulart
23 dos Santos, 26)Palmira Marques da Fontoura, 27)Pedro Luis da Silva Vargas, 28)Roger
24 dos Santos Rosa, 29)Rejane Haidrich, 30)Sandra Helena Gomes Silva, 31)Silvia Giugliani,
25 32)Sonia Regina Coradini, 33)Sonia Cleonice Bonifácio, 34)Tânia Ledi da Luz Ruchinsque.
26 **Conselheiros(as) Suplentes presentes:** 1)Alberto Moura Terres, 2)Ana Maria Araújo
27 Cirne, 3)Ciro Vieira da Silva, 4)Cláudia de Carvalho Guidi, 5)Fernando Ritter, 6)Gabriel
28 Antonio Vigne, 7)Gláucio Rodrigues, 8)Liciane Hampe Filho, 9)Lourdes Zilli de Souza, 10)
29 Maria Inês Gomes dos Santos, 11) Masurquede de Azevedo Coimbra, 12)Marcelo Bosio,
30 12)Virlei Scholante de Mattos, 14)Vera Aguiar. **3) Faltas Justificadas:** Flávio Becco; José
31 Antônio dos Santos e Marizete Figueiredo Rodrigues. **4) Pareceres:** a) 08/2011 –
32 Prestação de Contas Nº03/2010, dos recursos do FMS do Hospital Banco de Olhos; b)
33 09/2011 - Prestação de Contas da 24ª etapa do programa Nota Solidária do Hospital
34 Parque Belém. **5) Informes.** Está em votação a Ata n.º 06/2011. Tenho uma retificação a
35 fazer na ata: a relação das faltas justificadas não consta da ata. E onde se lê “Decreto Lei
36 277” não é Decreto Lei, é “Lei Complementar 277/92”, que é a lei que cria o Conselho
37 Municipal de Saúde. Rejane. **A Sra. REJANE HAIDRICH (CDS Eixo Baltazar):** É apenas
38 uma observação: quando aparece o nome de algumas pessoas, principalmente quando é
39 a primeira vez que é citada, e aqui são duas de nome Rejane, que seja colocado o
40 sobrenome para não causar confusão. Obrigada. **O Sr. CIRO VIEIRA (CDS Extremo Sul):**
41 Boa noite. Só para salientar que no site do Conselho Municipal de Saúde ainda não está
42 atualizada a listagem dos Conselheiros Titulares, e na lista dos conselheiros do Extremo
43 Sul os nomes dos titulares ainda constam como sendo suplentes. **A Sra. MARIA LETÍCIA**
44 **DE OLIVEIRA GARCIA (Coordenadora do Conselho Municipal de Saúde):** Obrigada,
45 mas ainda estamos na votação da Ata. Fizemos o registro e faremos o encaminhamento
46 dessa sua observação. Mais alguma retificação em relação à Ata? (Pausa.) Em votação a
47 Ata n.º 06/2011. Os (as) Conselheiros (as) que aprovam a Ata n.º06/2011 manifestem-se
48 levantando o crachá. (Pausa.) Os (as) contrários (as) se manifestem levantando o crachá.
49 (Pausa.) Abstenções? (Pausa). **APROVADA.** Passamos à apreciação dos **Pareceres** da
50 **SETEC. Parecer n.º 08/11. Prestação de Contas do Convênio 03/10 – recursos do**

51 **Fundo Estadual de Saúde, Hospital Banco de Olhos.** (*Lê Parecer*). Algum
52 questionamento? (Pausa). Tenho uma pergunta a fazer para a representante do Hospital
53 Banco de Olhos: como é que se dá o acesso dos usuários a este serviço? **A IRMÃ**
54 **NARCISA DALMASO (Diretora Geral do Hospital Banco de Olhos):** Temos uma
55 contratualização com a Secretaria Estadual da Saúde para atender esse serviço de
56 reabilitação em baixa visão. Todo paciente do SUS que apresentar um problema de baixa
57 visão, ou seja, um resto de visão que ainda tenha, e não consegue fazer o tratamento ele
58 deve ser reabilitado para poder ser incluso na sociedade novamente, na sua família. Esse
59 usuário deve ir ao posto de saúde, que encaminha ao Oftalmologista, para que depois ele
60 seja encaminhado à Central de Marcação, que envia para o Hospital Banco de Olhos.
61 Temos cento e vinte consultas mensais para receber da Secretaria Estadual da Saúde. **A**
62 **Senhora REJANE HAIDRICH (CDS Eixo Baltazar):** A senhora diz que o usuário é
63 encaminhado ao posto, que encaminha ao Oftalmo e depois ao hospital Banco de Olhos.
64 Pergunto o seguinte: o usuário foi encaminhado pelo posto, está dentro do Banco de
65 Olhos e por que, já que o paciente está lá dentro do hospital, não faz esse
66 encaminhamento? **A IRMÃ NARCISA DALMASO (Diretora Geral do Hospital Banco de**
67 **Olhos):** O fluxo que foi orientado pela Secretaria da Saúde é esse, porque se a Secretaria
68 não nos envia o paciente, com a documentação específica, ela não paga depois. Porém,
69 como esse serviço foi inaugurado ano passado, em outubro, o pessoal do Estado ainda
70 está se organizando para poder fazer os encaminhamentos. Por enquanto estamos
71 fazendo dessa forma, até porque estamos recebendo pacientes que vêm de todo Estado.
72 **O SR. MARCELO BÓSIO (Secretário Adjunto da Saúde):** Quanto à questão de
73 Regulação depois vamos tratar desse assunto. Mas, as regras estão estabelecidas.
74 Temos esse controle, e é uma regra que se utiliza para todos os hospitais. Vamos
75 estabelecer protocolos de atendimento, até porque a demanda tem de ser organizada.
76 Com a implantação do sistema de informação ele não vai mais precisar ir ao posto de
77 saúde, ele vai entrar na fila ao mesmo tempo, como todos entram, mas no momento,
78 como é um serviço novo, foram feitos esses procedimentos para organizar o acesso. **O Sr.**
79 **OLIR CITOLIN (CDS Leste):** Pelos relatos que tenho dos usuários parece que mudou o
80 acesso ao SUS, graças a Deus, o que já é algum progresso. Parabéns pelos serviços
81 prestados, porque é o único recurso que nos cabe em relação às emergências, que vão
82 para onde? Vão para o Banco de Olhos. Esperamos que cada vez mais sejamos tratados
83 iguais. Falta ainda a PUC, porque o SUS na PUC é um inferno, sem ar condicionado, sem
84 nada, sem nenhuma estrutura para os pobres miseráveis. Então, quero salientar que
85 houve um progresso, que continuem com esse progresso, porque todos somos iguais
86 como seres humanos. A senhora como irmã, e eu que quase fui padre queremos que a
87 coisa funcione bem. Parabéns, irmã Narcisa, pelo trabalho realizado. Estamos sabendo
88 que as crianças estão sendo atendidas aos sábados, por mutirões, e muitas crianças não
89 comparecem às consultas. Reclama-se muito do SUS, mas nós, como usuários, não
90 cumprimos com o nosso dever de ir às consultas. Então, temos de pensar também em
91 punir aqueles usuários que não cumprem com o seu dever, com a sua obrigação de
92 comparecerem às consultas, deixando os outros esperando nas filas. **A Sra. MARIA**
93 **LETÍCIA DE OLIVEIRA GARCIA (Coordenadora do Conselho Municipal de Saúde):**
94 Em votação o Parecer 08/2011 referente à prestação de contas nº 03/2011, sobre os
95 recursos do FMS do Hospital Banco de Olhos. Os (as) conselheiros (as) que aprovam se
96 manifestem levantando o crachá. (Pausa). **28 votos a favor.** Os (as) conselheiros (as) que
97 não aprovam se manifestem levantando o crachá. (Pausa) Abstenções? **APROVADO o**
98 **Parecer 08/2011. Parecer 09/2011 –** Prestação de Contas da 24ª etapa do Programa
99 Nota Solidária, do Hospital Parque Belém. **O Sr. OSCAR PANIZ (CDS Centro):** (*Lê o*
100 *Parecer.*) (Após a leitura do Parecer) **A SRA. MARIA LETÍCIA DE OLIVEIRA GARCIA**
101 **(Coordenadora do Conselho Municipal de Saúde):** No caso da prestação de contas, o

102 Conselho chamou representante do Hospital Parque Belém porque, de forma inédita, a
103 prestação de contas, conforme referido neste Parecer, não foi feita de acordo com o
104 previsto e, por isto, chamamos representação do Hospital para nos informar. Mais alguma
105 consideração? Alguma pergunta? (Silêncio no Plenário) **O SR. ALCIDES POZZOBON**
106 **(Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde do RGS):** Embora tenha
107 havido modificação no Plano de Aplicação, isto se deu por estarmos mais voltados à
108 assistência aos pacientes, motivo pelo qual achamos que em vez de colocar paredes
109 devíamos colocar insumos, materiais, medicamentos. **A SRA. MARIA LETÍCIA DE**
110 **OLIVEIRA GARCIA (Coordenadora do Conselho Municipal de Saúde):** Em votação o
111 **Parecer 09/2011** - Prestação de Contas da 24ª etapa do programa Nota Solidária do
112 Hospital Parque Belém. Os (as) conselheiros (as) que o aprovam se manifestem
113 levantando o crachá. (Pausa) **26 votos a favor.** Os (as) conselheiros (as) que não
114 aprovam se manifestem levantando o crachá. (Pausa) **Abstenções? 1 abstenção.**
115 **APROVADO o Parecer 09/2011. 5 – Informes - a) Projeto de Pesquisa:** Participação,
116 Saúde e Envelhecimento, da aluna Bárbara Andres – Escola de Enfermagem da UFRGS.
117 (A Srª Coordenadora procede à leitura do documento enviado pela Mestranda da Escola
118 de Enfermagem da UFRGS) (Após a leitura) Este documento foi para o Núcleo de
119 Coordenação e entendemos que deveríamos trazer a informação a todos os conselheiros.
120 **b) Centro de Pesquisa em Odontologia Social** – constituir representante para o
121 Conselho Gestor. O Centro de Pesquisa em Odontologia Social está constituindo o seu
122 primeiro Conselho Gestor e solicita que o Conselho Municipal de Saúde indique um
123 representante para se fazer representar. Não é necessário que a escolha seja feita agora,
124 mas na próxima reunião poderemos achar algum momento para que a Plenária escolha
125 um de seus membros para nos representar no referido conselho gestor. **c) Sanção do**
126 **Projeto de Lei 053/10 e Redação Final, publicado DOPA hoje.** No dia de ontem foi
127 sancionado o Projeto de Lei 053/10 e publicado hoje no DOPA P Secretário Adjunto e o
128 Secretário Municipal de Saúde encaminharam cópia do projeto, no dia de ontem, e hoje
129 temos a cópia do DOPA. **6) Encaminhamentos.** O primeiro encaminhamento é com
130 referência aos seminários temáticos. Como é da cultura do Plenário do Conselho
131 Municipal de Saúde, discutimos. Farei a leitura dos cinco itens que resultaram como
132 encaminhamento do nosso seminário para receberem a aprovação de todos, se
133 necessário. (A Srª Coordenadora procede à leitura dos itens.) **O SR. MARCELO BÓRIO**
134 **(Secretário Adjunto da Saúde):** A Secretaria Municipal de Saúde não tem as
135 informações sobre a quantidade dos recursos que a questão da filantropia estabelece
136 porque, na verdade, o próprio Ministério pega os dados de produção que são
137 estabelecidos. Acho importante que se acompanhe os valores colocados porque, as
138 contas, não temos condições de avaliar ou não, pois não temos informações suficientes do
139 que significam esses números. Acho que o encaminhamento dessas questões é
140 importante porque passamos a ter uma informação transparente do que é. **A Sra. MARIA**
141 **LETÍCIA DE OLIVEIRA GARCIA (Coordenadora do Conselho Municipal de Saúde):**
Mais alguma questão? (Pausa.) Com a sugestão do Heverson e com as considerações
feitas pelo Marcelo submeto à consideração do plenário se concorda com os
encaminhamentos do seminário, que serão remetidos às autoridades competentes. Os
(as) Conselheiros (as) que estiverem de acordo com esse encaminhamento se
manifestem levantando o crachá. (Pausa.) 24 votos. Os (as) Conselheiros (as) contrários
se manifestem levantando o crachá. (Pausa.) Nenhum voto contrário. **Abstenções?**
(Pausa.) Uma abstenção. **APROVADO.** Farei a leitura de um manifesto aprovado na
plenária do Conselho Estadual de Saúde do dia 17 de fevereiro. O tema é importante e
polêmico. Já temos resoluções das conferências nacionais e municipais a esse respeito.
Então, antes de fazer a leitura, o encaminhamento é para que possamos submeter à
apreciação das pré-conferências para a conferência da cidade essa manifestação, para

que seja discutido esse tema nas nossas pré-conferências, e posteriormente na Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre. (*Lê manifesto*). **MANIFESTO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE – CES/RS: O Conselho Estadual de Saúde – CES/RS** repudia o retrocesso promovido pelo Conselho Nacional de Saúde, ao aclamar o Ministro da Saúde, gestor do SUS no Brasil, Presidente do Conselho Nacional de Saúde, Colegiado que tem por finalidade propor, fiscalizar e deliberar sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil. Este Ministério, que agora presidirá o Colegiado que o fiscaliza, é o mesmo que não cumpre a Constituição Federal em relação à aplicação dos recursos em saúde e defende a criação de Fundações Públicas de Direito Privado, proposta reprovada pela 13ª Conferência Nacional de Saúde. Certamente, a decisão deste Colegiado Máximo do SUS, resultará num processo que atingirá negativamente os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, causando um duro golpe aos avanços do Controle Social do SUS. Aprovado na Plenária de 17 de fevereiro de 2011.” Temos ainda para apresentar aos integrantes dessa plenária o Prêmio Destaque em Saúde, que foi uma deliberação desse Conselho. Esse conselho aprovou e fizemos uma resolução instituindo o Prêmio Destaque em Saúde. Hoje, trazemos ao conhecimento desse plenário a proposta da comissão para o regulamento do Prêmio, que farei a leitura: (*Lê proposta de regulamento do Prêmio Destaque em Saúde*). Está em votação o regulamento do Prêmio Destaque em Saúde. Os (as) Conselheiros (as) que votam a favor se manifestem levantando o crachá. (Pausa) 36 votos a favor. Os (as) Conselheiros (as) contrários (as) se manifestem levantando o crachá. (Pausa.) Nenhum voto contrário. Abstenções? (Pausa.) Nenhuma abstenção. Está APROVADO o regulamento do Prêmio Destaque em Saúde. O nosso próximo ponto de pauta é a votação de uma reunião extraordinária desse Conselho no dia 14 de abril cujo tema de pauta é a instalação das UPAS. Há uma manifestação do Sr. Secretário em relação à resolução emitida por esse Conselho, e estaremos fazendo esta apreciação na plenária extraordinária da próxima quinta-feira, às 18h.30min., que agora estamos propondo realizar. (*Os integrantes da plenária concordam com a realização da reunião extraordinária.*) Tínhamos proposto a apresentação do regimento interno da conferência municipal de saúde. Como tivemos alguns problemas em relação ao fechamento do regimento, e como ainda temos tempo para fazê-lo, vamos passar a apresentação para a próxima plenária. E no decorrer da semana enviaremos aos conselheiros e conselheiras, por e-mail, a proposta para que todos possam opinar. A idéia é hoje fazer o lançamento da conferência, uma vez que já temos a proposta de datas das pré-conferências e do temário. Passo a palavra ao Secretário Casartelli. O SR. CARLOS HENRIQUE CASARTELLI (Secretário Municipal de Saúde): Estamos trabalhando com uma equipe há algum tempo a VI Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre, que será realizada nos dias 30 de junho, 1º e 2º de julho, no Salão de Atos da PUC. Público alvo: todos os usuários, pessoas de Porto Alegre, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços de saúde. Eixos temáticos: acessos a acolhimento com qualidade, desafio para o SUS; política de saúde na seguridade social; participação da comunidade e controle social; o financiamento em relações público privadas; a gestão do sistema e o pacto pela saúde; a gestão do trabalho e da educação em saúde. Porto Alegre decidiu fazer as 8 pré-conferências descentralizadas, ou em cada distrito em cada gerência distrital. Já temos todas as datas previstas e culminará, no dia 30, com o início da VI Conferência, cujo tema básico é Todos usam o SUS, Acesso e Acolhimento em Porto Alegre. Foi escolhido um símbolo por essa comissão e, para mim, ele ficou bastante bonito. (Mostra imagem) Espero que todos tenham gostado. Na verdade, ele é uma colcha de retalho, colcha esta que já tem uma história do próprio Conselho, pois utilizamos essa colcha em nossos eventos. Das três ou quatro propostas que foram apresentadas, a Comissão escolheu esta por unanimidade. Espero que todos vocês tenham aprovado o símbolo, mas o mais importante é o roteiro da Conferência. Creio que Porto Alegre irá se destacar, pois acredito que poucas cidades no

País irão fazer as pré-conferências e, Porto Alegre, vai ter este diferencial. Há uma equipe trabalhando intensamente nessas atividades das pré-conferências e a nossa idéia é que tenhamos uma Conferência de Saúde que seja realmente um exemplo em relação às outras do Brasil. Que tenhamos um grande sucesso nos dias 30 de junho e 1 e 2 de julho.

Datas das pré-conferências:

142 **Gerência Distrital Centro**:- Data: 07/05/2011;- Horário: 13 – 20h;- Local: Escola Técnica
143 Estadual Parobé;- Endereço:Av. Loureiro da Silva, 945 – Centro;- Referências: GDS- Cristina
144 Kley (3289.2874) e CDS - Elen Borba (9144.1379); Carmen Vera (9189.5241).2) **Gerência**
145 **Distrital Leste/Nordeste**:- Data: 14/05/2011;- Horário: 13 – 20h;- Local: CTG Raízes do
146 Sul;- Endereço: Rua São Domingos, 89 – Bom Jesus;- Estimativa: 200 participantes;-
147 Referências: Rosane T. Baltazar (3387.7794); Maria Encarnacion Ortega (9157.9189); José
148 Antônio dos Santos (9306.9680).3) **Gerência Distrital Sul/Centro-Sul**:- Data: 21/05/2011;-
149 Horário: 13 – 20h;- Local: Centro de Comunidade Parque Madepinho -.CECOPAM;-
150 Endereço: Rua Arroio Grande, 50 – Cavalhada;- Estimativa: 300 participantes; - Infra-
151 estrutura: 100 cadeiras- Referências: GDS-Dóris Campos Vidal (32471877) e CDS-Brígido
152 Martins Ribas (9202.5871).4)**Gerência Distrital Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas**: -
153 Data: 21/05/2011;- Horário: 13 – 20h- Local: Escola Técnica Antônio César de Mesquita-
154 Endereço: Av. do Forte nº 77, Vila Ipiranga;- Estimativa: 250 Pessoas;- Referências: GDS-
155 Ana Dagord e Cátia Cilene (3289.3409); CDS Noroeste – Ione Nichele (99611842) e CDS
156 Humaitá-Palmira (8416.4686). 5) **Gerência Distrital Partenon/ Lomba do Pinheiro**:- Data:
157 28/05/2011;- Horário: 13 – 20h;- Local: CTG Pousada da Figueira;- Endereço: Estrada João
158 de Oliveira Remião, 6791 Lomba do Pinheiro;- Estimativa: 250 participantes;- Infra-estrutura:
159 necessita de ônibus para transporte para o local do evento.- Referências: GDS-Vânia Frantz
160 (3289.5530); CDS Partenon - Marizete F. Rodrigues (9861.9099); CDS Lomba do Pinheiro-
161 Gilmar Campos (9222.1639).6) **Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal**:- Data:
162 04/06/2011;- Horário: 13 – 20h;- Local: Instituto São Benedito- Endereço: Praça Nossa
163 Senhora do Belém, 89 – Belém Velho- Estimativa: 150 - 200 participantes.- Referências:
164 GDS-Danielle Stein e Liliane (3289.4088); CDS –Sônia Sarai Soares (9647.4526). 7)
165 **Gerência Distrital Restinga/Extremo-Sul**:- Data: 04/06/2011; - Horário: 13 – 20h.- Local:
166 Centro Funcionários da Assembléia Legislativa - CEFAL;- Endereço: Desembargador Jorge
167 Mello Guimarães, 134 – Belém Novo;- Infra-estrutura: necessita de ônibus para transporte
168 para o local do evento e vales transporte.- Referências: GDS-Carmen (3250.5635); CDS
169 Restinga – Heverson (84522628) e CDS Extremo Sul-Carla (817.3699)8) **Gerência Distrital**
170 **Norte/Eixo Baltazar**:- Data: 11/06/2011;- Horário: 13 – 20h;- Local: Centro Humanístico
171 Vida;- Endereço: Avenida Baltazar de Oliveira Garcia, 2132 - Sarandi, CEP: 91130-000-
172 Estimativa: entre 150 e 200 participantes.- Referências: GDS - Ângela Nuñez (3340.2200);
173 CDS Norte - Maria Angélica M. Machado (3367.1613); CDS-Rejane Haidrich (9914.2705).O
174 Regimento já está praticamente pronto para apresentação. Haverá um *site* específico da
175 Conferência e todas essas datas constarão no site da Conferência Municipal de Saúde. **A**
176 **SRA. PALMIRA MARQUES DA FONTOURA (CDS Humaitá/Navegantes/Ilhas)**: Letícia, ali
177 está Navegantes, Ilhas e Noroeste, mas não consta Humaitá. **A SRA. MARIA LETÍCIA DE**
178 **OLIVEIRA GARCIA (Coordenadora do Conselho Municipal de Saúde)**: Corrigiremos
179 depois. São 19h27min. Temos 5 pessoas inscritas para informes. Disponibilizaremos o
180 tempo de 2 minutos para cada informe, pois temos uma pauta importante que é a Regulação
181 dos Serviços de Saúde e tínhamos uma série de informações que necessitavam ser
182 prestadas, sem considerar todo o momento dos Pareceres que precisamos ocupar. Quando
183 tiver transcorrido um minuto, avisarei o orador. O primeiro inscrito é o Sr. João Batista. **O SR.**
184 **JOÃO BATISTA FERREIRA(Usuário CDS Sul)**: Estou defendendo a minha família. Sou do
185 PSF Santa Tereza. A minha mulher precisou procurar aquele posto e foi muito mal tratada.
186 Eu comecei no Conselho em 96, em 97 me capacitei; recebi o certificado, apresentei lá no
187 posto e não foi aceito. Por quê? Será que é por que sou negro ou por que sou usuário?

188 Agora, o meu prontuário sumiu. Quando procurei o Secretário Adjunto vi que ele não deu
189 importância. A classe dele é outra!Naquele posto Santa Tereza tudo é carta marcada, não
190 adianta a gente falar. Eu estou todos os dias lá. É uma vergonha aquilo lá. Eu não vou falar o
191 que tem a gerência, o segmento amigo do gestor, ali é tudo filiado. Eu servir na PE, o nosso
192 comandante nos deu uma farda e disse que tínhamos que ser homens, não podem ser
193 mentirosos porque a mentira é a pior coisa que tem. Depois eu fui para os Irmãos
194 Capuchinhos e há seis anos me deram uma carta. A mentira é a pior coisa que tem. Há
195 pouco tempo conversei com o Comandante-Geral da Brigada, que é o comando da polícia.
196 Aquele postão lá é uma mistura, aquilo lá não tem obra. Quando um trabalhador da saúde
197 fala, eles transferem, põe para a rua. **A SRA. MARIA LETÍCIA DE OLIVEIRA GARCIA**
198 **(Coordenadora do Conselho Municipal de Saúde):** Seu João, por favor, conclua, terminou
199 o seu tempo. **O SR. JOÃO BATISTA FERREIRA (Usuário CDS Sul):** Eles não têm
200 vergonha, naquele posto não tem obra, só tem pintura. **O SR. OLIR CITOLIN (CDS Leste):**
201 Quero trazer para vocês a minha indignação. Quem leu o Correio do Povo do dia 8, terça-
202 feira passada, viu o que estava escrito: “Só indumentária, não escutes OAB!” Vocês lembram
203 quem esteve aqui, há alguns anos, cobrando a carga horária dos funcionários? Na ocasião
204 eu me levantei indignado dizendo que o cumprimento da carga horária deveria ser para
205 todos e não apenas para nós, trabalhadores da área da saúde. A reportagem da última
206 terça-feira mostra que os juízes trabalham 10 meses e ganham 13 salários, a carga horária
207 deles é das 9 as 14 horas e eles alegam que não têm ar condicionado. É mentira! Leiam
208 essa reportagem e vocês também ficaram muito brabos, pois há milhares de processos
209 engavetados, empilhados e eles deveriam dar o exemplo. Eles são pagos com o nosso
210 dinheiro, com o dinheiro dos usuários. O que estou dizendo aqui já disse muitas e muitas
211 vezes nas audiências que participo com esses juízes. Por que nós, trabalhadores, seres
212 mortais, temos que cumprir a carga horária e eles não? Leiam a matéria para que tenham a
213 clareza de que todos têm que cumprir e para que passemos a exigir que eles também
214 cumpram. Eles se consideram deuses e nós os Zé ninguém da vida. Obrigado. **O SR.**
215 **HEVERSON LUIS VILAR (CDS Restinga):** A primeira questão é sobre a audiência pública,
216 chamada pelo Ministério Público Federal, sobre os megaeventos para 2014, que um deles
217 envolve a Copa. Então, em nome do Conselho Distrital de Saúde e da Região de
218 Planejamento 8, Restinga/Extremo Sul, encaminhamos onde há problemas de saúde para
219 serem resolvidos, para o Sr. Alexandre Amaral Gomes, Procurador Federal da República.
220 Para minha surpresa, um jornal lá do Lami noticiou que a comunidade do Lami se reuniu e
221 chamou a Comissão de Assuntos Municipais da Assembléia Legislativa para resolver
222 problemas municipais. Seguindo o mesmo padrão, a Restinga vai marcar sua audiência
223 pública com o representante. Devemos ter algum probleminha para conversar com o
224 governo. Srª Coordenadora, está aqui o representante da temática, pois temos que resolver
225 um problema que está ocorrendo entre este Conselho e o COP. Esta previsto no atual
226 Regimento Interno do OP que o CMS tem representação no COP, mas não estamos
227 ocupando essa vaga. A gente vai à reunião e escuta uma coisa, vem aqui e escuta outra e
228 acaba colocando, por vezes, a comunidade em atrito. Penso que a Coordenação poderia se
229 reunir na próxima semana e indicar um representante para a Tripartite 4. A Secretaria tem
230 um assento e o CMS também tem um assento. Temos que conversar a respeito disso.
231 Obrigado. **A SRA. MARIA LETÍCIA DE OLIVEIRA GARCIA (Coordenadora do Conselho**
232 **Municipal de Saúde):** Para mim é novidade, mas podemos nos informar e ver qual a
233 representação que o Conselho não está fazendo. **O SR. HUMBERTO SCORZA (Usuário**
234 **CDS Glória):** Boa noite a todos. Na verdade, quero fazer um agradecimento. Durante todos
235 estes anos que estamos aqui no Conselho, sempre vivenciamos situações de críticas, por
236 vezes críticas muito assoberbadas contra o sistema de saúde, que faz a imprensa e que só
237 sabe divulgar aquilo que é ruim e que é de seu interesse. Vou ter que trazer, Secretário, uma
238 situação pessoal. Hospedei na minha família parentes que vieram da Argentina e no dia em

239 que tinham que retornar, no domingo retrasado, pela manhã, uma pessoa sofreu um
240 desmaio, teve uma síncope lá no Parque da Redenção. Esta pessoa foi imediatamente
241 conduzida, por solidariedade daqueles que estavam ao redor, ao Hospital de Pronto Socorro.
242 Quando chegou ao Pronto Socorro – cheguei um pouco depois – a pessoa já havia recebido
243 os atendimentos na Sala 1. Faço questão de mencionar o nome do médico, Dr. Guaragna,
244 que foi prestimoso em dar todo o atendimento necessário. Em virtude de a pessoa que
245 estava sendo atendida necessitar de um procedimento hemodinâmico, do qual não tinha
246 diagnóstico, perguntaram-me se a pessoa possuía algum convênio. Respondi dizendo que
247 desconhecia se ela tinha convênio. Rapidamente fizeram contato com o Hospital São Lucas
248 da PUC e encaminharam a pessoa para este Hospital, por intermédio do SAMU. Em
249 chegando na PUC, estavam lá a Dr^a Denise e a Dr^a Louise, que fizeram o procedimento
250 hemodinâmico, colocando três *stent*. Quero dizer que eles ficaram entusiasmados em ver
251 como funcionou o Sistema Único de Saúde e eu gostaria que funcionasse sempre assim.
252 Então, Marcelo, quero que transmitas este agradecimento para dar um pouco de estímulo
253 também ao próprio Pronto Socorro, agradecimento que é dele e meu, e também à PUC,
254 como conveniada, pois se houve críticas, e realmente há críticas no que seja, às vezes, a
255 porta de entrada do SUS, a discriminação que fazem colocando quem tem SUS num lado e
256 quem tem convênio noutra, coisa que se encontra em vários lugares. Os elogios à Irmã do
257 Banco de Olhos, que se está sanando isso está, também, sanando a imagem dos
258 prestadores diante do Sistema Único. É este o agradecimento que faço. Para completar,
259 foram buscar os tais medicamentos e gastaram R\$ 16,00. Não sabiam como podia ser tão
260 barato. Assim, acho que o SUS tem que ser defendido, apesar de toda a mídia que só faz
261 falcatrua e só sabe divulgar os dados negativos, sendo capaz de não apresentar os fatos
262 positivos. Fica aqui o meu agradecimento e o da minha família. Obrigado. **O Sr. CLÁUDIO**
263 **(Sindicato dos Servidores Públicos do RGS):** O meu informe é bastante rápido. Já
264 participei de uma discussão que houve aqui no Conselho. Ontem foi publicada a Lei da
265 Fundação e um conjunto de entidades vai entrar com uma ação direta de
266 inconstitucionalidade contra a Fundação. Além disso, hoje, o conjunto de entidades que
267 fazem parte do SUS fez um manifesto, na Rua da Praia, inclusive divulgando a pré-
268 conferência, onde o resto dos documentos foi distribuído para todo mundo. É isso. **A SRA.**
269 **SILVIA GIUGLIANI (Conselho Regional de Psicologia):** Eu vou dar um informe da
270 Comissão de Saúde Mental. É rápido. Nós, da Comissão de Saúde Mental, temos nos
271 organizado para manter o Plenário acompanhando os nossos encontros e o que eles estão
272 produzindo. Retomo aqui a nossa proposta, não por que já começou a acontecer junto ao
273 Conselho do IAPI. Tivemos, na semana passada, participando da plenária com um ponto de
274 Saúde Mental. Então, fica o registro do nosso reconhecimento da importância que tem para
275 a comissão, e que vai circular por todos os Conselhos Distritais. Mas hoje, o que quero
276 apontar é que as duas questões dizem respeito mais a questão da gestão, que é a
277 permanência ainda de ausência da coordenação de Saúde Mental, no que diz respeito à
278 estrutura da ASSEPLA. Isso tem resultado no agravamento de várias situações, com o que
279 não podemos pactuar ou testemunhar, porque a coisa vai piorar. Então, quero, de novo,
280 registrar isso. Estou fazendo isso de forma muito objetiva para que conste em ata, para não
281 dizerem “eu não sabia disso.” Agora vamos proceder de forma um pouco mais formal para
282 solicitar este ajuste do ponto de vista do funcionamento, especialmente a presença da
283 gestão nas reuniões da Comissão de Saúde Mental, que tem sido ausente durante este ano.
284 Quero registrar uma outra questão que apareceu como pauta da Comissão. É importante
285 que se compartilhe, porque a Plenária acompanhou o processo de votação e aprovação do
286 projeto de conveniamento com CAPS AD a partir da Cruz Vermelha. Isso foi visto aqui. A
287 Cruz Vermelha veio à reunião porque tem sido presente também, de alguma forma,
288 comunicando que não foi feito ainda nenhum processo garantindo para formalizar, para
289 regularizar isso. Aí, fui procurar, e o documento subiu no dia 22 de fevereiro. Então,

290 efetivamente ele já está em acesso na gestão, porque era uma dúvida que podia circular.
291 Vamos manter a tranquilidade, mas vamos fazer, cada um sob a sua responsabilidade, os
292 atos que garantem que a Rede como um todo, e, neste momento falo da saúde mental,
293 efetive-se nesta Cidade. **A Sra. MARIA LETÍCIA DE OLIVEIRA GARCIA (Coordenadora**
294 **do Conselho Municipal de Saúde):** Eu quero fazer o registro ao Plenário do Conselho
295 Municipal de Saúde que, no dia 24 de março, a Conselheira Maria Encarnación recebeu a
296 Medalha de Porto Alegre, na Semana de Porto Alegre. Quero, diante do Conselho,
297 manifestar a honra de ter a conselheira Encarnación aqui conosco e de ela ter recebido esta
298 honraria. (Palmas.) **A Sra. MARIA ENCARNACION MORALES (Conselho Distrital de**
299 **Saúde Leste):** Boa-noite a todos. Foi uma honra realmente, porque, depois de vinte e tantos
300 anos de luta comunitária, uma semana antes fiquei sabendo que estava sendo
301 homenageada, indicada pelo Secretário Municipal da Saúde, Dr. Carlos Henrique Casartelli,
302 com esta Medalha da Cidade de Porto Alegre. Mas eu digo assim: se eu recebi esta
303 medalha, muita gente deveria receber junto comigo porque faz este processo desde o início.
304 Um deles é o Humberto, que faz uma caminhada de muitos anos. Foi onde aprendemos toda
305 esta caminhada da saúde em defesa do SUS. Então, se esta medalha é minha, ela é de
306 todos nós. Agradeço de coração ter recebido. Agradeço ao Casartelli, que não está aqui –
307 que judiaria, não é? – Mas leve, Marcelo, os meus sinceros agradecimentos, porque para
308 mim realmente foi uma honra. Quero dizer que devemos continuar honrando e defendendo o
309 Sistema Único de Saúde. Muito obrigada a todos. Vou passar a medalha para vocês
310 olharem, porque não é todos os dias que se recebe uma. Só que é pesada. Cuidado. Muito
311 obrigada a todos! (Palmas.) **A Sra. MÔNICA ELLWANGER LEYSER (Sindicato dos**
312 **Enfermeiros):** Dando sequência ao informe, já que o colega colocou aqui, falo na voz do
313 Fórum de Entidades em Defesa do SUS. Quero lembrar aos conselheiros e aos
314 representantes das comunidades que aqui estão que o Fórum continua mobilizado, muitos
315 de vocês já participaram dos nossos encontros. Como disse o Cláudio, o Fórum continuará
316 tomando atitudes e se reunindo para ampliar o debate democrático sobre as questões do
317 Sistema Único de Saúde, mais especificamente em Porto Alegre, mas também em relação
318 ao Estado e nacionalmente. Temos aí vários temas em discussão que o Fórum seguirá
319 discutindo e mobilizando. Em breve teremos as conferências. O Fórum está se organizando
320 para participar das conferências. Então, àquelas entidades representantes das comunidades
321 de controle social e aos próprios conselheiros que desejarem participar desses debates junto
322 ao Fórum de Entidades, já deixo aqui o recado de que o nosso próximo encontro será na
323 quarta-feira, às 10 horas da manhã, no SINDSEPE. Conclamamos a todos para que
324 permaneçam nesta mobilização. **A Sra. MARIA LETÍCIA DE OLIVEIRA GARCIA**
325 **(Coordenadora do Conselho Municipal de Saúde):** Agora podemos entrar na pauta, que é
326 a Regulação de Serviços de Saúde. Vou passar a palavra ao Marcelo. **O Sr. MARCELO**
327 **BÓSIO (Secretário Adjunto da Saúde):** Boa-noite a todos. Quero deixar registrado o que a
328 Sílvia colocou quanto à questão da Coordenação da Saúde Mental. A Secretaria está
329 fazendo toda uma reestruturação da ASSEPLA. Acredito que em seguida devemos estar
330 anunciando a Coordenação de Saúde Mental aqui, ao Plenário do Conselho. Hoje nós
331 tínhamos esta apresentação que já era para ter sido feita, mas por uma questão de agenda
332 não consegui fazer. A ideia é falarmos um pouco sobre a Regulação, principalmente sobre a
333 questão de um projeto em que estamos trabalhando dentro da Secretaria, de organização de
334 toda a estrutura de saúde do Município, tanto própria quanto conveniada. O assunto que
335 peca por verba, principalmente, é o das emergências superlotadas. Mas o que temos
336 debatido e demonstrado cada vez mais é que os problemas associados aqui têm um viés de
337 financiamento, especialmente, uma questão de gestão, de organização do sistema. Se
338 pegarmos todos os arquivos publicados que falam de superlotação de emergência, não só
339 artigos nacionais, como internacionais, em todos eles aparece fundamentalmente o item da
340 organização. Não só internamente da instituição, como internamente do sistema. Então, o

341 que viemos falar aqui um pouco hoje é sobre o processo de organização, como a Secretaria
342 apresenta e pauta este assunto e encaminha uma solução. Já digo de antemão que, pela
343 situação complexa que se tem, não há uma única solução, ou seja, há um conjunto de
344 soluções que têm que ser desenvolvidas, trabalhadas em conjunto com a Secretaria
345 Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, secretarias municipais de saúde da
346 Região Metropolitana, instituições prestadoras de serviço, trabalhadores de saúde e
347 usuários. Acho que temos que trazer todos estes atores envolvidos para fazer este debate e
348 termos a consciência de que todo mundo tem um pedaço de responsabilidade neste
349 processo. O gestor municipal tem que trazer estas questões para sua responsabilidade,
350 porque em muitas vezes acaba, de uma maneira ou de outra, em determinadas situações, se
351 omitindo. Acho que temos que trazer à responsabilidade o gestor. O que temos como
352 responsabilidade do gestor? Assumir a integralidade da organização do sistema municipal de
353 saúde, desde a função primária até a alta complexidade. Todas as suas interfaces. Temos a
354 situação de não transferirmos a responsabilidade sobre as filas em hospitais, demandas
355 ambulatoriais reprimidas, a regulação da lei ambulatorial e hospitalar, o monitoramento e
356 avaliação de todo o sistema e a organização dos caminhos percorridos pelos usuários na
357 busca ideal da saúde, ou seja, temos uma situação, que não é de hoje, mas que acaba
358 passando a responsabilidade, muitas vezes, para determinados prestadores. E, quando o
359 usuário vai até o hospital, gera um problema ao hospital. Temos o entendimento de que a
360 Secretaria Municipal de Saúde tem que se responsabilizar em todas as instâncias em que
361 usuário estiver. Em todos os momentos há a responsabilidade da Secretaria. Há
362 responsabilidade da instituição prestadora? Sim. Mas a Secretaria não pode se omitir da
363 responsabilidade. Portanto, é inadmissível permanecermos com filas aguardando cirurgias
364 dentro do hospital e a Secretaria não tendo conhecimento disso; com filas aguardando
365 reconsulta e a Secretaria não tendo conhecimento. Da mesma forma não podemos continuar
366 ainda com filas para consultas nas nossas Unidades Básicas de Saúde ou, muitas vezes, até
367 na Estratégia de Saúde da Família. Então, temos que assumir esta responsabilidade como
368 nossa e temos que apresentar soluções para isso, como a organização do acesso, e garantir
369 a acessibilidade da atenção à saúde. Aqui temos uma questão que colocamos como
370 Caminhos Preferenciais. A partir do diagnóstico da saúde do usuário, da capacidade
371 instalada, da Rede SUS e o tempo adequado ao cuidado. Depois eu vou falar um pouco
372 mais disso. E todo o processo de regulação em todas as suas instâncias, desde diagnóstico,
373 acolhimento, consultas, exames, internações, procedimentos, tudo que faz, ou seja, temos
374 que acompanhar esse usuário dentro do sistema, temos que conhecer qual o perfil desse
375 usuário e temos que conhecer onde é que ele teve um bom atendimento, como o exemplo
376 que o Dr. Humberto trouxe, e onde é que ele não teve bom atendimento. Hoje temos uma
377 demanda de ações judiciais crescente. Não é o caso só de Porto Alegre, mas são crescentes
378 as demandas judiciais por que, sistematicamente, temos esquecido dos nossos usuários no
379 meio do processo de atendimento. Em algum momento, por alguma falha, simplesmente
380 esquecemos de dar continuidade ao atendimento. E isso tem dado, na sua grande maioria,
381 ações judiciais, que, com algumas exceções, temos contestado, temos derrubado, pois
382 temos trabalhado muito com a 10ª Vara, através do Dr. Eugênio, para não conceder a liminar
383 e não fazer o atendimento, porque é um atendimento indevido. Das outras vezes, atestamos
384 que em algum momento houve a continuidade de atendimento, foi interrompido o
385 atendimento, porque dizemos aqui que o usuário foi esquecido, mas acaba sem
386 conseguirmos acompanhar este processo e aí acabamos virando às ordens judiciais. Então,
387 temos que garantir a transparência dos processos de gestão. Nisso temos que investir
388 significativamente. Trazemos o exemplo da própria Prefeitura de Porto Alegre, quanto à
389 questão do Portal da Transparência sobre as contas públicas, que são alimentadas quase
390 em tempo real, sobre os gastos que temos. Portanto, temos que trazer isso para dentro do
391 SUS também. As pessoas têm que conhecer a taxa de ocupação dos hospitais, a lotação,

392 quantas consultas têm, as demandas reprimidas. Temos que trabalhar com este conceito. O
393 Conselho Municipal de Saúde, os conselheiros têm que ter acesso a esses dados porque,
394 com este conhecimento, nós vamos conseguir ajudar a nós mesmos a propor algo melhor
395 para o atendimento e, garantir a transparência, significa incidir nos diferentes
396 estabelecimentos de saúde, nas regras dos processos de trabalho de gestão. Não é
397 simplesmente estarmos ou não tratando duma questão de compra de serviços. Temos que
398 estar comprando serviço, temos que acompanhar este processo, acompanhar como é dada
399 esta prestação, não só dos prestadores conveniados, mas das nossas próprias unidades de
400 saúde. Temos que ter este acompanhamento, divulgar estes dados. Devemos ter uma
401 informação que nos permita ter um panorama geral do processo. Muitas vezes acabamos
402 atuando em situações pontuais, em demandas pontuais, nos tornamos pouco resolutivos e
403 não conseguimos fazer uma discussão do todo do processo, o que nos dificulta o
404 planejamento e o andamento das ações. Neste caminho, temos dois projetos que são
405 estruturantes para nós: um que são os caminhos preferenciais da regionalização da
406 assistência em Porto Alegre e outro que é um projeto executivo da modernização e
407 informatização da gestão da Secretaria Municipal de Saúde em Porto Alegre. Dos caminhos
408 preferenciais e a regionalização o que estamos trabalhando? Hoje, um dos principais
409 problemas que temos e a angústia que conhecemos é a seguinte: quando eu precisar de
410 alguma demanda de saúde, entrar no processo de adoecimento, seja qual for o caso, aonde
411 vou ser atendido? Esta é a questão. Se nós colocarmos isso na questão dos planos de
412 saúde, independente do debate que tenha, independente do modelo que se faça sobre como
413 é o atendimento, as pessoas que têm plano privado de saúde, de uma maneira ou de outra
414 sabem onde vão ser atendidas. Temos que começar a fazer um trabalho, porque os nossos
415 usuários do SUS, a nossa população, também tem que estar consciente em ter esta
416 definição. Aonde eu vou ser atendido? A quem eu devo procurar? Então, neste processo
417 temos uma questão, que é a seguinte: primeira etapa, onde vou ser atendido e quanto tempo
418 levará. Tenho que trabalhar no aspecto do diagnóstico desta necessidade de saúde, traduzir
419 esta demanda em que o usuário chega até o serviço de saúde e ele expressa, com uma
420 demanda dele, num diagnóstico técnico ou através de protocolo baseado em evidências,
421 todas as técnicas que estão disponíveis hoje na área de saúde, todas as tecnologias
422 disponíveis; tenho que ter muito bem mapeada esta necessidade. Tenho que ter o local de
423 atendimento, ou seja, tenho que conhecer a minha rede, ter um levantamento de toda a
424 capacidade que há. Aí, não é olhar um hospital, simplesmente, porque hospital hoje é um
425 shopping center, mas olhar serviços que existem no hospital e avaliar esta capacidade,
426 mapear esta capacidade e deixar disponível para, então, avaliarmos o tempo adequado em
427 que esta demanda tem que ser resolvida. Assim, todo o processo de organização do sistema
428 vai estar baseado em fazermos um bom diagnóstico e um bom acolhimento. Temos que
429 investir pesado nestas questões, principalmente em acolher os nossos usuários, conhecer
430 qual é a demanda, traduzir esta demanda em cima de tecnologias para que possamos
431 organizar dentro do sistema; conhecer muito bem a nossa capacidade instalada em todas as
432 suas esferas de atenção e começarmos a trabalhar com tempo adequado para que esta
433 demanda seja resolvida. Isso pode ser uma emergência, que tem que ser na hora; pode ser
434 uma urgência, pode ser uma questão eletiva, pode ser cinco dias, em trinta dias ou em
435 sessenta dias. Temos que ter isso organizado dentro do Município de Porto Alegre, e tem
436 que ser do conhecimento da população, não só de Porto Alegre, mas de todo o Estado.
437 Quando falamos Porto Alegre não adianta falar só Porto Alegre. Temos que falar na região
438 metropolitana e interior do Estado também. Temos que investir nisso. Este é o processo que
439 estamos querendo colocar. Desenhamos uma matriz de fluxo, cuja base são as portas de
440 entrada. Temos um grau de complexidade que vai da Atenção Primária até a Alta
441 Complexidade. Este usuário vai transitar dentro de uma porta de entrada. Ela simplesmente
442 vai ascender sobre a sua capacidade e necessidade da complexidade de atendimento, ele

443 vai retornar ao início ou pode transitar dentro das portas de entrada, como o atendimento à
444 Unidade de Família, uma UBS, se necessita de atendimento de urgência, pode se transferir,
445 porque o SAMU é uma emergência hospitalar, e depois ele seguirá o seu caminho. O
446 processo em si tem que ter todas estas interfaces. De qualquer maneira, o que chamamos
447 aqui de caminhos preferenciais é que não podemos ter uma situação de escalonamento.
448 Então, se ele está na Unidade Básica de Estratégia de Saúde da Família, ele vai ter que
449 passar pelo NASF, pelo Centro de Especialidades para chegar ao hospital. O que chamamos
450 de caminhos preferenciais é que, a partir do momento em que tivermos mapeado a
451 capacidade instalada no Município e tivermos um bom diagnóstico da demanda, vamos ter
452 que estabelecer um processo informatizado onde, conhecendo isso, ele vai transitar no
453 sistema, mas não vai pular etapas; ele irá exatamente ao local onde terá sua demanda
454 integralmente atendida. Não podemos continuar em uma situação onde disponibilizamos
455 consultas. Por exemplo, tínhamos o Santa Marta que disponibilizava consultas terceirizadas
456 de otorrino, inclusive para a região metropolitana e interior do Estado. Chegamos a uma
457 determinada situação em que tínhamos represadas no Santa Marta duas mil consultas, que
458 eram para os usuários que estavam aguardando uma consulta especializada dentro do
459 serviço hospitalar, porque precisavam fazer uma cirurgia oncológica. Aí, nós, mesmo dentro
460 do sistema, estávamos gerando uma fila de dois mil usuários que ficavam aguardando. O
461 que temos que fazer? Ao diagnosticar esta capacidade instalada, neste perfil de usuário, ele
462 não tem que ir ao Santa Marta, ele tem que ir a algum local onde vai ter integralmente o seu
463 problema atendido. Aí é que começamos a trabalhar o perfil dos nossos centros de
464 especialidades. O perfil das nossas Unidades Básicas de Saúde, o perfil das nossas
465 estratégias de centro que têm um perfil por conta da sua população residente. Se vamos
466 para a Zona Norte, temos outro perfil e, por isso, temos que organizar este trabalho na
467 Cidade. Sem esta organização, temos pouca chance. Podemos dizer assim: vamos construir
468 as UPA's. São medidas paliativas. Vamos abrir mais leitos. São medidas paliativas. Por quê?
469 Sempre vai lotar. A partir do momento em que aumenta a demanda sem estarmos
470 organizados, são medidas paliativas. Da mesma forma que temos que fazer este debate com
471 o governo do Estado e com a região metropolitana para organizarmos este processo. O
472 paciente, quando vem organizado para Porto Alegre, ele vem referenciado, ele foi acolhido,
473 já foi feito um diagnóstico, já foi identificada qual é a necessidade de atendimento que ele
474 tem. Daí conseguimos ter uma qualidade no atendimento, pois neste caso, posso falar em
475 um tempo de atendimento. O problema é que muitas vezes as pessoas procuram por conta
476 própria ou, em outras vezes, os municípios encaminham, porque é mais fácil comprar uma
477 ambulância ou uma Van e mandar para Porto Alegre. Temos problemas que não
478 conseguimos monitorar nas nossas próprias Unidades, que são internas, no município, nas
479 nossas unidades prestadoras de serviços dos hospitais, e acabamos fazendo
480 encaminhamentos indevidos dentro do processo. Da mesma forma que temos a violação dos
481 direitos dos nossos usuários, permanentemente fazemos isso, acabamos sendo obrigados a
482 criar mecanismos de controle por conta do custo deste processo. Então, hoje, o que
483 fazemos? Acabamos limitando o acesso. Por exemplo, Unidades Básicas de Saúde e
484 Estratégia de Saúde da Família não podem pedir determinados exames de alta
485 complexidade. Por que não podem? Porque não têm uma continuidade de atendimento.
486 Então, se pedir na Unidade Básica, não for resolvido e for a um hospital ou centro de
487 especialidade, este exame vai ser repetido. Isso acontece não só quando muda de
488 complexidade, como muitas vezes acontece dentro do próprio hospital. Quando ele sai de
489 um serviço e vai para outro, tudo isso é repetido. Isso limita enormemente o nosso processo
490 de trabalho. É um problema de financiamento? É, mas ele está mais associado ao problema
491 de organização do sistema. Qual é o objetivo de todo este trabalho, deste projeto executivo
492 de modernização que está baseado em cima desta questão do projeto Caminhos
493 Preferenciais, ou seja, da regra o que tenho que fazer? Eu tenho que dar um bom

494 diagnóstico tenho que identificar qual é a demanda, tenho que saber qual é a capacidade e
495 tenho que ter um tempo adequado para atender esta demanda. Esse é o processo. Então,
496 vamos organizar a demanda em cima deste processo. O objetivo é dotar a Rede Municipal
497 de Saúde de Porto Alegre de um sistema integrado de informações que qualifique o
498 atendimento aos usuários, as condições de trabalho dos profissionais e a gestão das ações
499 de saúde. Neste processo de acompanhamento integral ao cidadão, temos quatro redes que
500 dão conta desta demanda: a Rede de Atenção Primária, a Rede de Urgência, a Rede de
501 Especialidades e a Rede Hospitalar, baseada numa questão de regionalização, porque sem
502 regionalização não vamos conseguir. Outra coisa que temos que acabar é este trânsito de
503 usuários dentro ou entre os serviços. Da mesma forma em Porto Alegre, moradores de Porto
504 Alegre: temos que nos preocupar com o menor deslocamento para eles chegarem ao
505 serviço, da mesma forma temos que nos preocupar com quem vem de fora de Porto Alegre.
506 E os ônibus vão ter que fazer um *tour* por todos os hospitais largando gente e depois
507 pegando todo mundo de volta. Então, temos que regionalizar este processo, temos que
508 conhecer a nossa capacidade de fazer. Estabelecer de forma muito claras as referências e
509 implantar de forma efetiva protocolos e linhas de cuidado. Este acompanhamento integral do
510 cidadão envolve uma gama de fatores que temos que discutir. Para estruturar todo esse
511 processo de modernização temos uma questão de transmissão de dados por banda larga, e
512 já foi apresentado aqui o projeto da infovia; temos a questão da infraestrutura de gerência de
513 dados, porque temos trinta e cinco milhões de procedimentos/ano em Porto Alegre, e temos
514 de guardar todas as informações desses procedimentos numa estrutura de rede de saúde
515 muito bem organizada; capacitação e logística de manutenção e o sistema de informação.
516 Todos esses fatores integram os projetos de modernização. O que é regulação? A base do
517 processo é a regulação, que *é o processo pautado por um conjunto de ações com o objetivo*
518 *de organizar o sistema de saúde e com a finalidade de assegurar o acesso universal à*
519 *assistência integral qualificada e efetiva, mediante uma rede de serviços articulados e*
520 *integrados*. Quais são as regras de regulação com as quais vamos trabalhar? São três
521 regras gerais: primeiro, a questão do acesso. Temos que ter a equidade de acesso.
522 Segundo: a questão de vocação da instituição, que é a capacidade instalada. Tenho que
523 conhecer muito bem essa capacidade. Hoje, utilizamos a base do CNESP (Cadastro
524 Nacional de Estabelecimentos em Saúde Profissionais). Temos de fazer uma contagem de
525 tudo para atualizar esse cadastro, porque temos dados que foram utilizados em 90-95, e que
526 nunca mais foram mexidos. Temos de manter isso muito bem atualizado. O prontuário
527 eletrônico único para todos os usuários do SUS, o cartão SUS que o cadastro vai fazer e
528 uma identificação eletrônica. O que é a identificação eletrônica? O sistema nos permite que,
529 em vez de utilizar-se um cartão SUS, que hoje é uma dificuldade, porque se dá um cartão
530 provisório, que é de papel, que se perde, etc., então vamos fazer uma identificação por
531 digital, e o cartão SUS vai estar atrelado à digital do usuário. Por exemplo: se a mão não
532 levar a carteira de vacina no posto o posto diz que não pode vacinar, e ele retorna. Nessa
533 condição de cadastro eletrônico isso não vai acontecer, porque a vacina será registrada no
534 prontuário e estará disponibilizada para todas as unidades enxergarem isso em tempo real.
535 O usuário vai sair da consulta médica já referenciada em que local vai retirar o medicamento,
536 e chegando na farmácia em vez de levar a receita simplesmente vai poder colocar o dedo
537 com a sua digital e vai aparecer na tela os medicamentos que vai retirar. Vamos poder
538 acompanhar em tempo real o que é atendido em Porto Alegre, o que é solicitado de exames.
539 Não será mais necessário que se saia de uma região da cidade, para ir ao centro, as
540 mulheres fazerem mamografia, retornar para pegar o exame e se perde o exame terá de
541 repetir o exame. Tudo isso nos dá condição de se ter continuidade no tratamento. Hoje, em
542 cada etapa do sistema temos o início de tratamento, porque a única informação que circula
543 está com o usuário. Da mesma forma nós temos de começar um processo onde os
544 pacientes entrem nos hospitais, ou nos serviços para começar o atendimento, e tenham de

545 concluir o seu tratamento e voltar para a unidade básica de saúde. Temos o plano de saúde
546 do Conceição, temos o plano de saúde da Santa Casa, temos o plano de saúde do Clínicas,
547 da PUC, do Cardiologia e outros. O que é que temos de fazer? Um plano de saúde somente,
548 que é o SUS. Para isso temos de organizar as nossas demandas, de modo a que todas as
549 vezes que o usuário precisar de uma complexidade de atendimento ele vai ter o
550 atendimento, vai ter a orientação e vai retornar à Unidade Básica de Saúde. Aí entra a
551 questão de os próprios usuários entenderem esse processo. Pedimos a todos os
552 prestadores que nos comprovassem o acesso desses usuários no sistema dentro do
553 hospital. Ou se regularizava isso ou não conseguiríamos dar alta para essas pessoas. O
554 Cardiologia, por exemplo, como é especializado, diz que os usuários não querem sair do
555 Cardiologia porque lá são muito bem atendidos. Com o que concordamos. E o que é que
556 teremos de fazer? Nesse processo de regionalização vamos ter em Porto Alegre cinco
557 grandes hospitais gerais, contando o hospital da Restinga, e vamos vincular toda rede de
558 atendimento a um desses hospitais gerais (Santa Casa, Clínicas, Conceição, PUC). E vamos
559 fazer com que os profissionais comecem a participar da atividade da atenção básica, porque
560 o usuário deseja ser atendido no hospital porque ali ele terá toda gama de atendimento de
561 que necessita, só que assim não há sistema que resista. Então, temos de organizar e fazer
562 com que em cada prestador de serviços haja um grau de resolutividade, qualificar esse grau
563 de resolutividade e organizar para que os usuários possam trabalhar em cima disso. Qual o
564 **objetivo do Projeto Inforede?** *Viabilizar a implantação da regulação dos fluxos hospitalares*
565 *e ambulatoriais, utilizando a rede básica de alta e média complexidade em saúde, sob a*
566 *gestão da prefeitura de Porto Alegre, integrado ao sistema estadual.* Esse é o desafio, e já
567 está acontecendo. Hoje estamos na primeira fase, na central de internações já temos o
568 complexo Santa Casa, o Hospital Beneficência Portuguesa, o Hospital Parque Belém, o
569 Hospital Vila Nova, Hospital Espírita, Clínica São José, Clínica São Rafael, Banco de Olhos,
570 Clínica Gramado, em todos esses as internações já estão cem por cento reguladas, o que
571 significa 31%. Estamos em processo de integração no sistema, dado o volume de
572 internações, o Grupo Hospitalar Conceição, o Hospital de Clínicas, a PUC e o Cardiologia, e
573 estão em andamento o Hospital São Pedro, o Pronto Socorro, o Hospital Presidente Vargas,
574 o Partenon, sendo que especificamente no HPV já é utilizado o sistema para a transferência
575 de pacientes, e ainda temos os pronto atendimentos, Lomba do Pinheiro, Bom Jesus e
576 Restinga que em abril já estarão no processo. Temos a meta de chegarmos a cem por cento
577 de regulação de 4.612 leitos. Hoje já regulamos 1.420 leitos, cujas internações são pré-
578 autorizadas pela Central de Regulação. Para se ter uma ideia de números: em 2009 a
579 Central de Regulação regulou 1.085 internações; em 2010 foram 2.616 internações; no
580 primeiro trimestre de 2011 já foram 12.073 internações previamente autorizadas com todo
581 processo conhecido o que nos dá garantia no processo de faturamento e monitoramento
582 para acompanharmos em tempo real. A próxima fase, que já estamos discutindo é a
583 mudança da central de marcação de consultas. Estamos estabelecendo que a partir de maio
584 as unidades terão sessenta dias para colocarem toda a demanda reprimida dentro do
585 sistema, o que nos dá uma informação gerencial para que possamos saber o tamanho da
586 nossa fila de espera e há quanto tempo esse usuário está esperando. Temos um dado que
587 já foi apresentado que é infovia, a questão da banda larga, que era uma das condições para
588 que tivéssemos um sistema *on line*. Então, já temos 70 locais conectados, o que significa
589 51% dos endereços da Secretaria Municipal da Saúde; 30 locais estão em andamento e até
590 o final de abril já estarão prontos, o que significa 22% e os outros 35 locais restantes, que
591 representam 25%, entre abril e maio estarão concluídos também. **Custos deste projeto** –
592 Projeto da Infovia, que é o projeto da rede *wireless*, que é banda larga R\$ 2.527.112,89. Este
593 custo, só com a economia de telefonia e compra de links e telefone para transmissão de
594 dados/internet, em 27 meses paga todo esse investimento porque todos os serviços
595 municipais estarão no ramal digital. Então, muitas ligações de uma unidade para outra que

596 hoje pagamos, com a adoção desse sistema ela se tornará gratuita. **Infraestrutura de**
597 **equipamentos** – também é um processo que já passou por aqui, que é um convênio com o
598 Ministério da Saúde, dos recursos do complexo regulador, que é para a compra de
599 equipamentos R\$ 3.425.490,00. **Sistema de informações** – foi um convênio entre a
600 Secretaria Estadual de Saúde e a Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Recebemos o
601 sistema gratuitamente, com todas as fontes. **Implantação do sistema** – é um convênio com
602 a PROCEMPA, que envolve o valor de implantação e de customização num total de R\$
603 3.211.543,00. Dentro deste custo não está previsto o sistema da vigilância nem a questão
604 dos sistemas administrativos. É só o complexo regulador. Esse custo que se estabelece para
605 implantação disso tem um prazo de 12 meses. **Infraestrutura de gerência de dados** – são
606 bancos de dados, servidores, num total de R\$ 2.590.000,00 e a capacitação dos servidores,
607 seis mil servidores mais os mil servidores dos PSF's, mais os outros servidores de hospitais
608 estão dentro desse custo de R\$ 3.012.000,00. **Total do projeto** – R\$ 11.755.078,62. Na
609 verdade, a ideia de apresentar o projeto para vocês é para que se tivesse uma visão geral.
610 Vamos debater ainda muito essas questões. (Mostra imagem) Esta é a tela do sistema. Se
611 nós sairmos e formos na Associação Hospital Vila Nova, no Posto 1, no quarto 255, vamos
612 ver que há quatro leitos ocupados. Se dermos dois cliques em cima vamos ver qual o
613 paciente que está ocupando o leito. Então, conhecemos quais são os leitos. (Mostra outra
614 imagem) Aqui temos o bloco cirúrgico do Hospital Vila Nova onde aparecem os leitos que
615 são liberados. Há outras instituições e podemos ver os leitos ocupados e leitos liberados.
616 Então, a central não telefona mais para o hospital para perguntar se existe leito vago. A partir
617 de agora nós ligamos para dizer que há um leito vago, está indo o paciente tal, da instituição
618 tal, que vai chegar a tal hora e vocês têm que estar preparados para recebê-lo. Nós
619 acompanhamos desde os leitos de uti, média complexidade, enfim, todos os leitos que estão
620 liberados para o SUS dentro do sistema. Isto requer uma organização, uma estrutura, já
621 estamos investindo e discutindo um projeto com o SAMU porque vamos ter uma
622 transferência de pacientes, entre unidades hospitalares, que vai ser significativa. Até sexta-
623 feira o projeto da baixa complexidade do SAMU já vai estar pronto, a fim de que possamos
624 nos preparar para fazer essas transferências que são responsabilidade do SAMU. Para
625 tanto, teremos que investir em mais quatro ambulâncias e todo um processo que se faz
626 necessário. (Mostra outra imagem) Aqui nós acompanhamos resultados, isto é, os
627 conselheiros vão ter senhas de usuários para consultar o sistema. Essas informações
628 gerenciais que temos, de gráficos, de quantos leitos ocupados, quais são as enfermarias,
629 taxa de ocupação, a tudo isso vocês terão acesso e a ideia, inclusive, é liberar esses dados
630 para a internet, como acontece no Portal da Transparência, referente às contas do
631 Município. Vocês vão poder entrar no site da Prefeitura e acompanhar isso. Vamos ter uma
632 informação mais qualificada, um processo transparente dessa informação. Dentro do sistema
633 ele gerencia todos os contratos de gestão, protocolo; tudo vai estar dentro do sistema e nós
634 vamos ter um sistema único. O trabalho das unidades de saúde, desde a agenda,
635 acolhimento e tudo o mais que houver estará dentro desse mesmo sistema. Vamos vincular
636 o sistema – e aí existe uma parte dos sistemas administrativos, já estamos trabalhando num
637 esboço desse projeto, onde vamos colocar o Plano Municipal de Saúde, o PAS que é a
638 programação anual de saúde com todas as suas metas, vinculado à execução financeira dos
639 processos e será possível acompanhar cada gasto de internação, pois estará vinculado com
640 as metas e com a execução orçamentária. Isto também poderá ser acompanhado em tempo
641 real. Hoje, inclusive, foi feita a crítica aqui de que as comissões não conseguem
642 acompanhamento e, ao contrário, os hospitais não conseguem se reunir. Então, com isto,
643 vamos ter uma ferramenta gerencial e, praticamente, basta definir os períodos e é possível
644 colocar todos os indicadores, já modulados previamente, da execução dos contratos em
645 todos os locais. Isto nos permitirá não só com o setor conveniado, mas com as nossas
646 próprias unidades, estabelecer contratos e metas de organização como cobertura vacinal,

647 visitas domiciliares e vários outros indicadores que poderão ser estabelecidos. Embora
648 tenhamos levado quase 20 anos para chegar neste estágio, creio que estejamos
649 implantando uma ferramenta gerencial em cima de uma organização de sistema que nos
650 permite uma qualidade de informação para que possamos avaliar com mais propriedade o
651 processo. Todavia, o processo não está finalizado aqui, isto é um início do processo. Temos
652 muito que avançar. Há um prazo de 12 meses de implantação, mas devemos finalizar esses
653 12 meses de implantação do sistema regulador, com a entrada do prontuário eletrônico em
654 praticamente 100% das nossas unidades de saúde e, ainda, vamos ter que investir pesado
655 nesse desenvolvimento, com protocolos, ajustes que vamos ter que fazer. Há uma
656 ferramenta interna no sistema que permite controlar os tempos de cada processo.
657 Estabelecemos protocolos e tempo adequado para cada processo e o sistema monitora isso.
658 Assim, em vez de ficarmos contando com a sensibilidade de cada um para identificarmos os
659 problemas, vamos conseguir ter uma informação gerencial precisa de todo o processo. A
660 vantagem é que o sistema acompanha a implantação em Porto Alegre, no Estado e vai servir
661 como piloto para a região metropolitana. Canoas já está implantando o sistema, outros
662 municípios devem adotar o mesmo modelo, ou seja, daqui a uns 4 ou 5 anos deveremos
663 chegar a um prontuário único estadual. Todas as cidades pólo como Rio Grande, Pelotas,
664 Caxias, Santa Maria, Passo Fundo, Ijuí, Erechim e outras – inclusive 32 municípios de Santa
665 Maria farão essa a implantação – todos esses municípios vão adotar o mesmo sistema.
666 Então, com isto vamos conseguir ter uma maior informação, ter um acolhimento para os
667 pacientes, ter uma continuidade de atendimento, independente de onde venham esses
668 usuários. E quando ele volta para a sua região, vai ter a informação para dar seguimento ao
669 tratamento. O esquecimento dos usuários – e nós temos o problema das ações judiciais –
670 vamos poder pesquisar e acompanhar e saber onde houve o problema. Esse processo de
671 implantação tem uma mudança de paradigmas muito grande dentro das redes de regulação.
672 Hoje, inclusive, recebi e-mail da Coordenadora, a Dr^a Elaine, que dizia que os médicos
673 reguladores estão trabalhando muito e sabem que estão sendo monitorados. Não estamos
674 aqui para controlar nenhum trabalhador, estamos aqui para poder utilizar essas informações
675 gerenciais, pois temos os dados, mas não conseguimos tirar as informações, qualificar o
676 sistema em benefício dos usuários. Este é o processo que há e nós vamos poder
677 acompanhar cada profissional, cada local, obviamente respeitando o sigilo. Há uma questão
678 de sigilo profissional envolvendo as informações e que precisamos respeitar. Existe todo um
679 sistema de monitoração, de avaliação, de controle de senhas e acessos que se consegue
680 estabelecer dentro do sistema. É isto que tínhamos a apresentar. Creio que em outras
681 oportunidades conseguiremos debater mais, vamos poder explanar mais esse processo
682 aqui. Obrigado. **A Sra. MARIA LETÍCIA DE OLIVEIRA GARCIA (Coordenadora do**
683 **Conselho Municipal de Saúde):** De imediato, passamos às intervenções do Plenário. O
684 primeiro inscrito é o Conselheiro Vargas. **O Sr. PEDRO LUIS DA SILVA VARGAS**
685 **(SINDICÂMARA):** Ouvi atentamente a explanação do Secretário Adjunto e quero dizer que,
686 teoricamente, está um espetáculo. Resta colocar em prática. Anotei algumas questões que
687 desejo comentar, o senhor até pincelou algumas, mas solicito, dentro do possível, que o
688 senhor aprofundasse um pouco mais a questão da informatização, pois percebo que ainda
689 há uma grande parte em andamento, outra parte para o decorrer deste mês e se a
690 PROCEMPA realmente está fazendo tudo isso, se a PROCEMPA ganhou a licitação ou se
691 foi diretamente indicada, gostaria que o senhor me dissesse um pouco mais de como os
692 demais entes que nos suprem com usuários, ou seja, região metropolitana e demais
693 municípios do Estado, como receberam isto. O senhor também citou, rapidamente, que a
694 ideia é em cinco anos ter tudo integrado. Pergunto-lhe, também, se a capacidade de termos
695 tudo isso num sistema operacional nos permitirá, de alguma maneira, quem sabe, minimizar
696 a *ambulancioterapia*. Obrigado. **O Sr. GILMAR CAMPOS (CDS Lomba do Pinheiro):** Boa-
697 noite a todos e a todas. Boa-noite Secretário. Quero dizer que sofri na pele. Vou falar a meu

698 respeito. Consulto na PUC, não apenas eu, mas muitos usuários. Tive um princípio de
699 enfarte no ano de 2002 e, de lá para cá, consulto na PUC. Tenho consultado na urologia e
700 outras especialidades, pois tenho hepatite crônica, sou condenado. Fui ao Hospital da PUC
701 para fazer consulta a respeito do meu diabetes e me disseram que eu só teria direito a
702 apenas mais uma consulta, depois terei que voltar para o posto da Panorama e brigar para
703 poder consultar, pois está faltando médico e vou ter que brigar por um horário para
704 atendimento. Achei bonito o projeto, só que a rede social básica não tem estrutura para
705 receber esse povo de novo, lá. Como entrei pelo sistema em virtude de ter hepatite, vou
706 continuar sendo medicado lá na PUC, no entanto, o restante do meu acompanhamento não
707 poderá continuar a ser feito lá. Foi dito aqui que o prontuário eletrônico ficará à disposição,
708 então já ficou melhor. No começo fiquei muito brabo, me senti prejudicado, pois faz quase 10
709 anos que consulto lá na PUC e sou muito bem atendido pelo SUS. Há duas semanas fui
710 submetido a uma cirurgia da próstata, mas tive que esperar um ano para fazê-la. Tive que
711 encaminhar para a Comissão de Saúde para poder realizar essa cirurgia. Mesmo tendo o
712 papel da baixa hospitalar, levei um ano para conseguir fazer o procedimento. Quero ver se
713 isso vai funcionar, na prática. Obrigado. **A Sra. CLARISSA BASSIN (Sindicato Médico):**
714 Boa-noite. Em primeiro lugar, quero cumprimentar, porque toda tentativa de gestão, toda
715 tentativa de regulação do sistema, traz para a Secretaria e para o Conselho a possibilidade
716 de realmente interferir e poder acompanhar de perto os recursos. Eu fiz uma primeira fala,
717 quando o Casartelli assumiu, dizendo isto: acho que não renunciaríamos mais a gestão.
718 Posto isso, eu tenho algumas colocações e uma delas é a seguinte: trabalho em uma das
719 portas de entrada e discordo da tua colocação. Acho que ela foi posta mais rapidamente.
720 Quando se fala que exames de alta complexidade não podem ser pedidos em determinados
721 níveis, sabemos que muitos pacientes bem diagnosticados podem ser atendidos de forma
722 mais rápida. Vou dar um exemplo simples: uma ecografia abdominal que consiga
723 diagnosticar pedra na vesícula, encaminhamos direto para o cirurgião, não encaminhamos
724 para outro pedir. Então, isso tem que ser visto com cuidado. Segundo, eu trabalho num
725 serviço federal que tem prontuário eletrônico nacional. São extremamente difíceis os níveis
726 de segurança. Acabaram-se designando poucas pessoas para isso em todo o Brasil. Por
727 quê? Porque essas informações são sigilosas, são garantidas e protegidas por lei. O sigilo
728 do paciente é dele, o prontuário não pertence ao serviço, ao médico, à instituição, pertence
729 ao paciente. Como vamos fazer esta proteção? Qualquer um que usou a internet aqui sabe
730 dos ataques que há de *hacker's* e outros que existem por aí. Esta é uma grande
731 preocupação que temos. Terceiro, Porto Alegre, se não me engano, é a Cidade com maior
732 concentração de hospitais-escola no Brasil. Como é que vamos, dentro de um sistema de
733 gestão, garantir este binômio ensino/assistência, que é fundamental e por isso Porto Alegre
734 é tão reconhecido? Se esta resolução que queremos ter pode se dar só no hospital, e aí
735 concordamos, ela tem que se dar em todos os níveis. Como é que vamos garantir que ela se
736 dê em todos os níveis? Como é que vamos garantir que isso aconteça? Hoje houve uma
737 manifestação contra o plano de saúde. Vocês sabem que médicos e dentistas em todo o
738 Brasil fizeram uma manifestação basicamente em torno da interferência no tratamento das
739 insistências em pedidos de alta precoce e na interferência nas solicitações de exames e de
740 cirurgias em geral. Quem tem plano de saúde, por mais rico que seja, deve ter passado por
741 isso, porque é um grande problema. Como é que não transferimos isto para o SUS? Como é
742 que vamos garantir que isso não vai ser uma reprodução de um plano de saúde? Obrigada.
743 **A Sra. MARIA ENCARNACION MORALES (Conselho Distrital de Saúde Leste):** Eu tenho
744 algumas dúvidas. Inicialmente, é o sonho de todos nós esta informatização. Deus queira que
745 aconteça! Primeira coisa, o PSF e as Unidades Básicas já não comportam, não têm força
746 para aguentar dois computadores, imaginem mais computadores! E quando faltar luz, o que
747 se faz, já que não é necessário levar receita? É o questionamento que eu tenho.
748 Regionalização. Desde 2004 se fala em regionalização. Fizemos inclusive seminário e

749 aquela coisa toda e nós, da Leste, seríamos encaminhados pela PUC. Nunca funcionou.
750 Hoje está assim: o usuário vai na unidade e aí consegue cardiologia no Clinicas, consegue
751 na Santa Casa, consegue em tudo que é hospital. Como é que vai funcionar isso? Vai ser só
752 num hospital ou vai ser em diversos hospitais? Marcação de consulta. Como é que ficam
753 essas especialidades que estão em fila de espera desde 2002, principalmente na
754 traumatologia? Nós temos isso na Vila Jardim, onde uma traumatologia de punho, ombro,
755 espera desde 2002. Esta é uma preocupação que temos. Como é que vai funcionar? Porque
756 vamos a um serviço especializado e marcamos a consulta às sete horas da manhã e somos
757 atendidos à uma hora da tarde. Vai aparecer isso? Eu acho que tem que aparecer, porque,
758 se nós nos atrasarmos cinco minutos, o médico não nos atende, mas nós ficamos cinco
759 horas esperando. Isso é exemplo da Santa Casa. É da Santa Casa! A minha irmã tinha
760 consulta às sete horas e foi atendida à uma hora da tarde! E ninguém sabe responder. Eu
761 acho que neste processo de informatização tem que aparecer. Eu estava vendo e não
762 consegui entender direito sobre tempo de espera em saúde mental. Havia uns horários ali, e
763 eu quero entender um pouquinho mais, porque hoje sabemos que está nesta função do mal
764 do século, que é o tal de *crack*, e as pessoas vão para os serviços de emergência em saúde
765 mental e ali ficam horas. Como é que fica na questão da saúde mental o SAMU, já que é
766 tudo informatizado? O SAMU não está fazendo esses atendimentos de saúde mental. Era
767 isso. Esqueci algumas coisinhas, mas depois eu pergunto. **A Sra. SONIA REGINA**
768 **CORADINI (Conselho Distrital de Saúde Centro):** São três questões que quero abordar.
769 Tem um nome este sistema de marcação, este sistema, que é *on line*, sistema de marcação
770 para consulta especializada, porque antes era o SISREG, agora não é mais. E pelo que
771 entendi, neste sistema de informação foi feito um convênio com a Secretaria Estadual. É
772 isso? Bom, como é que fica a questão da manutenção do sistema? Quem é que gerencia
773 isso? É a PROCEMPA? É o Estado? De que forma vai se dar isso? E aquela pergunta
774 básica que eu quero fazer: como é que vamos trabalhar este sistema com os recursos
775 humanos que temos na Rede, principalmente na Rede Básica? Como dar conta disso, se a
776 cada dia que passa temos mais dificuldade em conseguir recursos humanos, pois temos
777 pessoas que estão se aposentando, etc.? Aquela velha história. Como foi pensado isso, por
778 que não foi falado? **O Sr. MARCELO BÓSIO (Secretário Adjunto da Saúde):** Primeiro, o
779 gerenciamento disso, que já responde uma questão. O processo é feito via PROCEMPA,
780 porque é empresa de tecnologia. Este sistema que conseguimos é de uma empresa. Foi
781 feita uma licitação em Pelotas. O Estado fez um convênio com Pelotas que cedeu para o
782 Estado, que é o que hoje o Ministério está disponibilizando para os municípios. As empresas
783 disponibilizam os pontos para o Ministério e o Ministério disponibiliza o sistema para o
784 município. Em 2005, tivemos o *Siga Saúde*, que era uma tentativa de informatizar que não
785 deu certo, porque foram disponibilizadas fontes e, na hora de contratar a empresa, não se
786 conseguiu, não avançou o processo. O gerenciamento deste processo é transferência de
787 tecnologia. Ela vem para a PROCEMPA. A PROCEMPA vai ter toda a tecnologia na mão
788 para depois poder fazer a manutenção do sistema. O processo de implantação não vai ser
789 feito pela PROCEMPA. Ela não consegue fazer isso, porque tem um processo de
790 transferência de tecnologia para a PROCEMPA. Então, para isso existe um contrato de
791 prestação de serviços da PROCEMPA com a empresa que desenvolveu o sistema que é
792 hoje a empresa que faz serviço para o Estado. Estamos trocando, porque o SISREG vai
793 deixar de existir, porque o Ministério nos disponibilizou as fontes para investirmos nisso.
794 Houve uma descontinuidade no sistema do SISREG, praticamente ele está sendo
795 abandonado em quase todos os locais do Brasil onde foi implantado. O **Vargas** perguntou
796 sobre a reação dos demais municípios. Eles pararam de nos xingar e começaram a nos
797 aplaudir, porque ninguém mais aguentava a central de marcação de consultas, muito menos
798 o SISREG. Isso é fato. Nós vamos parar de discutir quantos por cento temos que atender em
799 Porto Alegre e na região Metropolitana; vamos parar com esta briga. Ele vai ser uma

800 ferramenta de gestão que, quando o Estado conseguir assumir o seu papel na regulação,
801 Porto Alegre vai passar a regular somente os seus municípios, fora de Porto Alegre quem vai
802 fazer esta regulação, esta interface com os municípios, vai ser o Estado do Rio Grande do
803 Sul. Há um equívoco neste sistema de regulação, pois até o ano passado o Estado nos
804 chamava, colocava quatro municípios na nossa frente, xingava-nos porque não havia acesso
805 e o problema era Porto Alegre. Não! O Estado tem que fazer esta intermediação e o Estado
806 esta assumindo esta parte de regulação, que é dele. Então, isso tende a minimizar a
807 ambulancioterapia, pois principalmente pela qualidade do encaminhamento, ele vem para
808 Porto Alegre. Como a Dr^a. Clarissa colocou, paciente bem diagnosticado, paciente bem
809 encaminhado. O que não conseguimos dar conta nesta demanda? Uma demanda
810 desorganizada que vem, não sabemos que estrutura teremos que atender e não se
811 consegue atender as pessoas. Se vai minimizar a ambulancioterapia ou não, o que nós
812 precisamos é organizar esta demanda que vem para Porto Alegre e aí, sim, começamos a
813 fazer os investimentos, talvez não em Porto alegre, mas na região metropolitana, de
814 equipamentos que dão conta destas demandas. Mas precisamos também colocar o cálculo
815 das 35 mil primeiras consultas e dos quase 8 mil exames por mês, a capacidade da região
816 metropolitana, porque há muitos municípios com capacidade na região metropolitana, mas
817 que não entram no cálculo e agendam em Porto Alegre. Eles têm tomografia, ressonância,
818 têm especialistas, mas, primeiro, tentam agendar em Porto Alegre, depois eles usam as suas
819 cotas lá. Então aí vamos regular todo o bolo e não parte dele. Não vamos ter lucro em
820 hipótese alguma, nós vamos ampliar o atendimento. O que o Gilmar colocou é que da
821 mesma forma como as pessoas deveriam retornar às unidades de saúde, porque entraram
822 de forma equivocada no hospital, tivemos problemas com pessoas que entraram de forma
823 adequada, regulada e que o hospital mandou de volta para a unidade de saúde. A orientação
824 era comprovar o acesso ou comprovar que havia uma gravidade, tinham que permanecer lá
825 e nós regularizávamos a situação. Tivemos que fazer um corte. Tu foste uma pessoa
826 penalizada. Que bom que conseguimos regularizar isso. Agora, nós tínhamos que fazer isso
827 em algum momento. E quando fizemos esses cortes, tendemos a pegar um grande número
828 de pessoas que estavam irregulares. Mas infelizmente acabamos cometendo alguns
829 equívocos. De qualquer maneira há um outro fato novo que o sistema vai nos permitir, que
830 nunca controlamos, que é a regulação da segunda consulta ou das reconsultas dentro do
831 hospital. Hoje não conhecemos esta demanda, conhecemos as demandas das primeiras
832 consultas. A reconsulta dentro do hospital é uma incógnita para nós. Eu não sei se 35 mil
833 consultas por mês é muito ou pouco, pela capacidade instalada no hospital. Quando eu
834 começar a conhecer quantas segundas consultas, quantas reconsultas há, o tempo, como é
835 que se dão estas reconsultas, aí vou conseguir saber se 35 mil consultas é muito ou pouco.
836 Talvez seja muito, talvez seja pouco, vamos ter que investir nisso. Houve algumas coisas
837 que a **Clarissa** colocou aqui quanto à questão de proteção da informação. Temo-nos
838 preocupado, investido nisso e conversado muito sobre isso. Há coisas que não consegui
839 responder. O que é que estamos fazendo? É uma base do sistema, e temos de avançar e
840 equacionar muitos problemas, porque o sistema não é tão simples como implantar ele.
841 Implantar o sistema é a etapa mais simples, pode-se dizer isso. Mas, para organizar o
842 sistema, acertar todas as interfaces nós vamos ter de avançar muito ainda, e temos a
843 preocupação de não virarmos plano de saúde privado, temos de regular mas não podemos
844 regular dizendo simplesmente que são duas consultas por mês. Por que não funcionou a
845 regionalização? Porque conversando ela não funciona. Temos de organizar esses caminhos
846 dentro do sistema, e temos de preparar a estrutura. O que nos permite essas informações é
847 que, primeiro, podemos medir o tempo de espera, ver onde é prioritário investir. Em
848 traumatologia é prioritário investir? É. Em saúde mental é prioritário investir? É. Em todas as
849 áreas é prioritário investir-se. Vamos organizar, mapear e teremos informações gerenciais
850 para podermos trabalhar em cima de prioridades. A pergunta da Encarnación, sobre se a

851 hora da consulta vai aparecer. Sim. Aparece, porque tenho a agenda do profissional, a hora
852 da agenda e a hora em que foi realizada a consulta. O sistema tem capacidade para gerar
853 uma agenda de atividades, todos saíram do hospital, da maternidade, por exemplo, já com a
854 consulta do bebê agendada, vai sair do pronto atendimento já com a consulta agendada na
855 unidade, e com a medicação suficiente até o dia da consulta. Hoje, ele sai com medicação
856 para dois, três dias, e como não consegue consulta ele volta para o pronto atendimento.
857 Vamos sair com tudo isso organizado de início? Não, é impossível. Vamos dar os passos
858 que conseguiremos dar. E quanto à questão de recursos humanos: a maioria dos
859 profissionais que são colocados na rede não conseguimos medir os resultados, e
860 continuamos respondendo permanentemente por que é que faltam profissionais. Faltam
861 profissionais? Faltam. Mas quais, onde, por que, como, quando, que perfil tem que ter, o que
862 é que ele vai atender, qual é a função dele no processo? Isso a gente ainda não consegue
863 saber e atendemos uma demanda por pressão. Temos de ter medidas gerenciais para
864 atender às demandas reais, necessárias, e medir o impacto das nossas ações, porque não
865 conseguimos medir esse impacto. Isso não é de hoje. Temos de fazer essa mea culpa:
866 temos um problema de gestão. Nós temos de abrir mais leitos em Porto Alegre, mas com
867 que perfil, onde, para quê? Para essas perguntas qualquer empresa que organiza o seu
868 planejamento, antes de ela fazer os investimentos já tem as respostas. Nós não temos.
869 Muitas vezes acabamos nos movimentando por pressão da mídia, dos usuários, da
870 população, do conjunto político, de todos que nos pressionam e anunciamos medidas. São
871 resolutivas? Na maioria das vezes são medidas paliativas. Temos de ter os dados gerenciais
872 para monitorarmos o quanto melhorou e o quanto pode ser melhorado. Tivemos um
873 momento onde a emergência do Conceição estava superlotada e abrimos trinta e seis leitos
874 na Beneficência Portuguesa, gravados para a emergência do Conceição. Logo que a
875 emergência abriu ficamos internando mais na Beneficência do que no Conceição pacientes
876 da emergência. Lá eles têm uma média de vinte e cinco dias, segundo informações deles, e
877 aqui eles têm uma média de quatro a cinco dias. Diminuiu a taxa de infecção hospitalar,
878 melhora a qualidade de atendimento ao paciente, aumenta a resolutividade, e conseguimos
879 acompanhar e cuidar melhor desses usuários. Então, a ideia é que teremos de avançar
880 muito nesse processo ainda, e de que em cinco ou seis anos teremos o prontuário único.
881 Estamos investindo em Porto Alegre, junto com o Estado, nesse processo e vamos trabalhar
882 com os municípios para que entrem na mesma “balada”, porque aí seremos mais resolutivos.
883 Obrigado. **A Sra. FERNANDA (Residente da Escola de Saúde Pública do Murialdo):** Boa
884 noite. Vi os fluxos de atendimento, que demonstrava os níveis de atenção, a atenção básica,
885 e foram denominados os NASFs e CAPs como serviços especializados. Diz a portaria que
886 somos apoio à saúde da família, e isso está na atenção básica. De maneira alguma está
887 escrito na portaria que fazemos referência e contrarreferência com os serviços de
888 especialidades da atenção básica, então esse movimento não existiria. O que existe, hoje,
889 em Porto Alegre são os centros de reabilitação, algumas clínicas que prestam esses
890 serviços. Então, se existir uma mudança terá de ser mudada toda uma legislação. Fiquei um
891 pouco confusa com o que foi apresentado e se tiver alguma modificação gostaria de obter
892 informações. **A Sra. MÔNICA LEYSER (Sindicato dos Enfermeiros):** A princípio fico muito
893 contente, trabalho na saúde da família há quinze anos e o sonho dourado de todos nós é o
894 prontuário eletrônico. Quero crer que dessa vez vai dar certo. Inicialmente identificamos
895 algumas possíveis dificuldades. A primeira diz respeito ao uso do próprio sistema. Na saúde
896 da família não temos nem recepcionista. O trabalho de digitar, de alimentar o sistema,
897 porque ele estará em todas as salas, na nebulização, nos curativos, nos consultórios, no
898 cartão SUS. Hoje a gente “quebra o galho”, atende no corredor, entrega a receita, como é
899 que vamos fazer esses registros todos? Uma vez que a utilização do nosso tempo – se
900 formos fazer um cálculo dos minutos de atendimento, somar os minutos e dividir pelos
901 atendimentos -, o que estamos atendendo é uma coisa absurda em algumas unidades.

902 Então, fica essa questão, e pode-se acabar sonegando a informação porque simplesmente
903 não se teve tempo de sentar para digitá-la. É como a Encarnación falou: e se faltar luz?
904 Vamos ter de fazer o registro físico? O registro será feito duas vezes? E se tiver que dar uma
905 cópia para o paciente quando só tenho o meio eletrônico? E outra questão é que nas
906 comunidades temos muitos usuários em conflito com a lei, usuários que não têm
907 documentos, e que certamente alguns desses usuários não terão o menor interesse de ir lá
908 colocar o dedo para a identificação digital, e no entanto continuam sendo cidadãos e tendo
909 direito ao atendimento. Então, o próprio sistema vai obstruir o atendimento dessas pessoas,
910 porque ele exige a identificação? **O SR. OLIR CITOLIN (CDS Leste):** Há vinte anos estamos
911 pedindo a informatização. E quero dizer, Marcelo, que vou cumprir a minha promessa, se
912 isso acontecer, no Paço Municipal, eu e o meu amigo Ganso estaremos lá festejando essa
913 informatização, porque será uma vitória se construirmos isso. Queremos que isso aconteça
914 para facilitar a vida de todos nós. Até onde isso não acontece como é que vamos continuar
915 com essa central de marcações? Vou citar um exemplo: em senhor que nasceu no ano de
916 1926 quantos anos tem? Baixou para oftalmo, onde estão sendo colocados quatro usuários
917 a mais para cada profissional que vai atender na especialidade. Ela colocou quatro a mais, e
918 um desses quatro era um rapaz. E esse senhor chegando lá não foi atendido, porque os dez
919 primeiros foram atendidos e os outros quatro não puderam ser atendidos. Foi um desrespeito
920 com essa criatura de 85 anos. É lamentável isso. E como é que vai ficar isso com a
921 informatização? Todos os dias ligo para a Central, da 13 às 13h30min., somos vinte e cinco
922 postos que ligamos na mesma hora, e deve ter umas cinco ou seis meninas que atendem lá,
923 que devem ser terceirizadas, porque quem trabalho no 0800 sabe que é assim. Então, como
924 é que fica essa situação até chegarmos à informatização? Temos que ver isso para facilitar a
925 vida de todos nós. Mas, meus parabéns pela apresentação, porque estamos esperando por
926 isso há mais de vinte anos. Obrigado. **O SR. ALCIDES POZZOBON (Federação dos**
927 **Hospitais e Estab. de Saúde do RGSul):** Sr^a Coordenadora, Sr. Coordenador, Sr.
928 Secretário. Em primeiro lugar, como idoso, não vou dizer: todos nós idosos, mas vou dizer
929 que todos estamos fadados a morrer mais velhos; queiramos ou não vamos morrer mais
930 velhos. Em consequência disso, Sr. Secretário, teremos mais consultas, mais consultas
931 especializadas, mais tratamentos, mais internações, etc. Aí vem aquela outra frase que a
932 Maria Encarnación fala: “ – Para todos esses pacientes assistidos, vamos criar agora uma
933 nova função, que é a chamada reabilitação dos assistidos”. Não é bem assistência, é
934 reabilitação. Quem passou pela área neurológica, quem passou pela ortopédica,
935 traumatológica, quem passou pela psiquiatria, etc; quantos farrapos humanos andam sendo
936 atendidos nessas fazendas, chamadas comunidades terapêuticas! Então, precisamos
937 começar a colocar dentro da modernidade que vem aí, inovações, não só a função
938 assistencial para tudo e para todos, ambulatorial, hospitalar, etc. É preciso que também se
939 comece a falar em reabilitação, que não é reabilitação para assistir, é reabilitação para
940 atender os assistidos, àqueles que já passaram por essas coisas. Quero fazer uma
941 referência toda especial ao Secretário Adjunto, dizendo que gostaria de ter um filho
942 assim!(Risos) Gostei de ouvir. Hoje lavei a alma pelo Oscar e pela Letícia. Há três anos mais
943 ou menos que eles cantam nos ouvidos da gente esse tal de sistema informatizado,
944 informatização, o dinheiro que vem, o software que vem daqui, que vem de lá. Hoje estou
945 lavando a alma por eles, porque pelo menos veio alguém aqui e fez, em alto e bom som, um
946 discurso como nunca tínhamos ouvido a respeito dessa tal de informatização. Parabéns! O
947 meu companheiro já cobrou dele um ano. Mas quero dizer que um ano é pouco porque são
948 muitas interfaces que devem ser colocadas. Vou fazer algumas considerações. E a crise por
949 que estamos passando, no momento, e que não entrou na informatização? As crises estão
950 nas emergências, as crises estão na falta de leitos nas UTI's, seja para adulto seja pediátrico
951 seja neonatal. Mas a crise da consulta especializada, e até há pouco tempo estava feliz
952 porque a mãe do Citolin ia entrar lá no hospital e marcar uma consulta. Agora, o Gilmar está

953 acostumado lá no Hospital São Lucas da PUC. Fez a primeira consulta, depois foi para outra
954 e mais outra e agora cortaram os naipes dele! Não é mais assim. O Grupo Conceição, o São
955 Lucas da PUC, o Clínicas estavam acostumadíssimos, Sr. Secretário Marcelo, a fazerem
956 marcações numa boa e todo mundo ficava feliz. Havia uma certa inveja daqueles que
957 estavam esperando marcação via Central, via Gerência de Regulação, etc. As consultas
958 especializadas fluíam bem nos hospitais. Sei lá se era certo ou errado. No momento em que
959 o Gilmar não pode mais tratar da hepatite dele como fazia, complicou muito. Vou citar um
960 exemplo de hoje: às 17 horas eu liguei para a GRSS, da Secretaria Municipal de Saúde.
961 Levei um banho porque atendeu se intitulou entendida no assunto. Todavia, eu só queria
962 saber se é verdade que estavam entrando *on line* as coisas. Então, quero que me expliquem
963 se é verdade que somente os postos de saúde e as Unidades Básicas de Saúde podem
964 pedir para que sejam marcadas consultas especializadas. Se é assim, como é que um
965 determinado hospital geral, muito meu conhecido, o pessoal vai na área de hemodinâmica e,
966 imediatamente, marcam angiografias para a criatura, sem que esta tenha passado pelo
967 posto. O posto ou a unidade básica, a partir da Estratégia de Saúde da Família, pode fazer
968 pedido de consulta especializada? Agora, então pode. Mas, estou feliz porque se esses
969 hospitais podem fazer pedido diretamente... Hoje por telefone, para essa consulta
970 especializada, dei o nome da criatura. Pedi que vissem o que foi que havia sido pedido. Ela
971 nem sabe explicar o que ela pediu, mas diz que pediu. Perguntei quando haveria
972 possibilidade de atender, já que é *on line*. A Dn^a Joice levou o maior baile por meu
973 intermédio e eu dancei em nome dela porque a funcionária do nosso Secretário, quis dar um
974 show de conhecimento e, aí, eu tive que dizer-lhe que não podia compreender como ela
975 estava me mandando para o SISREG para marcar consulta especializada. Agora não
976 entendi mais nada. Se o SISREG está em falência, consulta especializada, aqui em Porto
977 Alegre, tem que ser aqui nesta Gerência. **A Sra. MARIA LETÍCIA DE OLIVEIRA GARCIA**
978 **(Coordenadora do Conselho Municipal de Saúde):** Temos inscritos, ainda, o Héverson, a
979 Lurdes e a Silvia. Com a palavra o Héverson. **O Sr. HEVERSON LUIS VILAR (CDS**
980 **Restinga):** Quem compra um carro zero quilômetro, de qualquer marca, nacional ou
981 internacional, tem uma planilha que diz quantas horas vai ficar na oficina, e tem gente aqui
982 que sofre bastante para tirar o carro da concessionária. Quando o Jorge apresentou aqui o
983 *wireless*, a Zona Sul de Porto Alegre não estava contemplada. Quero saber se agora está.
984 Segundo, a questão da regionalização. Terei que ir conversar com o Moinhos de Vento de
985 forma direta para já começar a resolver os problemas daquela região? Outra coisa, no Portal
986 Transparência aparece o orçamentário e a despesa, não aparece ainda o saldo do Fundo
987 Municipal de Saúde. E mais, a Dra. Clarissa Bassin, do Sindicato Médico, falou aqui a
988 respeito da segurança. Pode estar na internet, mas o acesso não é liberado para o público
989 em geral. Vou dar um exemplo: O Sr. Citolin está baixado lá na UTI do Conceição, tomara
990 que não aconteça. Está lá seu nome e endereço. A vagabundagem vai lá e rouba a casa
991 dele. (risos) **A Sra. LURDES ZILLI DE SOUZA (CDS Sul/Centro Sul):** É uma teoria
992 majestosa, é tudo o que se espera na saúde. Agora, com muitas ressalvas a serem
993 acrescentadas. As consultas reprimidas há muitos anos é uma questão que tem que se ver
994 de que forma isto vai ocorrer. Todas elas nas áreas das especialidades. Os exames. Para se
995 conseguir uma ressonância magnética é um sério problema; a pessoa fica paraplégica e não
996 consegue; tomografias, enfim, toda essa sequência de exames de imagem. Tenho a mesma
997 preocupação que o Heverson, no sentido de que alguém pode entrar na casa de alguém,
998 pois um *hacker*, ou seja lá quem for, pode invadir o sistema. Outra preocupação que tenho e
999 penso deva ser esclarecida é que há um entendimento, no SUS, no sentido de que se a
1000 pessoa mora na Zona Sul, mas trabalha lá na Zona Norte, esta pessoa tem o seu prontuário
1001 na sua região. Mas se a pessoa passou mal no seu trabalho, lá na Zona Norte, esta pessoa
1002 precisa poder consultar naquele local onde se encontra no momento. Isto não está
1003 acontecendo no momento, a pessoa chega lá e é barrada, tem que voltar para casa. O que

1004 eu tenho recebido de reclamações a respeito disso... São situações graves e pontuais,
1005 emergenciais e não há tempo para que as pessoas possam esperar que essas tecnologias
1006 sejam implantadas. Tenho mais uma situação, esta com relação ao retorno ao posto. Vou
1007 citar o meu caso, representando esses milhares de pessoas. Uma pessoa está tratando de
1008 um câncer, mas tem também, um outro problema conforme aqui já foi referido por outras
1009 pessoas. Ela foi encaminhada para um exame em função do câncer, mas ela tem que
1010 retornar. Ela deve continuar naquele mesmo hospital porque todos os dados referentes ao
1011 seguimento desse tratamento estão lá. Quando ela retorna, acho que isso tem que ser visto,
1012 porque o que tem que ser visto é a situação do atendimento e não a situação grave. No meu
1013 caso, tenho consulta em vários hospitais, como vou retornar ao posto, após cada consulta
1014 especializada que preciso fazer? Então, acho que ainda muitas coisas que precisam ser
1015 discutidas. Obrigada. **A Sra. SILVIA GIUGLIANI (Conselho Regional de Psicologia):**
1016 Quero fazer o registro de algumas questões. Em primeiro lugar, quero dizer que gostei do
1017 tom em que a apresentação foi feita. Foi um tom que fez com que passemos a acreditar.
1018 Acho que quando estamos tomados por esse sentimento, para todos nós isso é vital. A gente
1019 está falando da vida, aqui; não estamos falando da doença, não estamos fazendo estatística
1020 de morte. Existe tudo isso, mas o nosso centro tem que ser a vida! Vou começar pelo meu
1021 fim, isto é, pelo tempo que a gente precisa imprimir nesse processo todo para que esse
1022 possa funcionar e funcionar atendendo ao respeito e à dignidade de todos os envolvidos.
1023 Estou falando os trabalhadores, dos destinatários – porque acho a expressão usuários
1024 horrível – que é o tempo da vida. Esse é o tempo que se tem para esse processo funcionar e
1025 funcionar bem. Então, vamos para o funcionar bem. Há algumas questões que chamara a
1026 atenção. Faço uma ligação com questões de saúde mental, no que se refere à Atenção
1027 Básica. Quanto tu colocas aquela junção no início, vamos manter o nosso entendimento e a
1028 nossa crença de que a base da Atenção Básica é vital para que se incida na diminuição das
1029 demandas de alta complexidade. É fundamental mantermos esse entendimento. No que diz
1030 respeito diretamente à saúde mental, fiquei um pouco preocupada, mas existem algumas
1031 alternativas de internação que remetem à questão do não cumprimento da Lei 10216.
1032 Entendo a agilidade que devemos ter em relação aos dados, a algum nível dos dados, mas
1033 tem um conjunto de restrições nesses documentos que efetivamente vão sofrer interferência,
1034 e não damos conta disso. A Comissão de Saúde Mental na última reunião já iria encaminhar
1035 a vocês um conjunto de informações sobre a regulação em saúde mental, então depois
1036 faremos os procedimentos normais acerca disso. Finalizo dizendo não vamos falar em
1037 “quantos”, estamos falando em “quem”. Em vários momentos veio o sujeito, e é dessa
1038 dimensão que se trata. Tem agilidade com a regulação, tem um passo importante, mas não
1039 vamos esquecer que estamos tratando de gente, e que por direito têm de ter acesso às
1040 questões que envolvem a saúde com plena garantia. **O Sr. GABRIEL VIGNE (CDS**
1041 **Noroeste):** No IAPI tem mais de quarenta pessoas acamadas. Elas recebem, mensalmente,
1042 a visita de médicos. No caso da utilização desse sistema que será implantado, como fica
1043 essa situação? Situação dois: crianças e acamados, quando precisam retirar remédios que o
1044 SUS não fornece, têm que comprar na farmácia, estão exigindo procuração com firma
1045 reconhecida. Como é que o acamado vai até o cartório reconhecer assinatura? E a criança
1046 que precisa de remédio, como é que vai ser? Outra: no IAPI temos médicos estressados só
1047 emitindo receitas, porque para os remédios contínuos a pessoa tem de ir lá, de trinta em
1048 trinta dias, buscar nova receita, tirando a consulta de tantos outros que têm necessidade. Era
1049 isso e obrigado. **A Sra. MARIA LETÍCIA DE OLIVEIRA GARCIA (Coordenadora do**
1050 **Conselho Municipal de Saúde):** Também quero fazer algumas considerações. A maioria
1051 dos que estão aqui presentes acompanharam todo processo de informatização. Em todos os
1052 momentos o Conselho se debruçou para debater essa questão. Tivemos outra experiência,
1053 que foi uma análise de uma visita que fizemos, e trouxemos para esse plenário, que é a
1054 questão dos recursos que foram utilizados, em 2007, para a compra de equipamentos de

1055 informática, e que foram utilizados pela PROCEMPA. Falo isso para dizer que vários dos
1056 custos que são apresentados pelo projeto trazem valores que serão executados pela
1057 PROCEMPA. Outra questão é que no ano de 2010 a Secretaria da Saúde gastou com a
1058 PROCEMPA – portanto é gasto em saúde – 21 milhões. Então, temos todos esses custos,
1059 de infraestrutura, de sistema de informação, a customização, então a minha pergunta é se,
1060 além desses recursos que são utilizados – e até hoje não tivemos respostas sobre onde é
1061 que esses recursos foram utilizados – haverá mais esses da informatização. Outra questão é
1062 com relação a esse empresa que foi contratada para fazer a customização. A PROCEMPA
1063 vai pagar para essa empresa? Ou é a Secretaria que vai pagar para essa empresa? Essa
1064 empresa é a mesma que fez em Pelotas, no Estado, e certamente será a mesma empresa
1065 que vai fazer para esses outros municípios. E ainda pergunto em relação aos hospitais: os
1066 hospitais terão de fazer novo processo de informatização? Porque sabemos que há hospitais
1067 que já estão com processo de informatização em andamento. O Conceição é um. O Clínicas
1068 é outro. São grandes hospitais. E esses hospitais também terão de comprar esse processo
1069 de customização dessa empresa? Teve processo licitatório para a contratação dessa
1070 empresa? É somente essa empresa, não tem outra? **O Sr. MARCELO BÓSIO (Secretário**
1071 **Adjunto da Saúde):** Vou tentar responder, primeiro para a **Fernanda:** quanto aos fluxos,
1072 Fernanda, tu estás certa. Quando organizamos a questão gráfica para representar, ela é um
1073 pouco complexa para se conseguir representar. O que tu colocastes sobre o NASF, atenção
1074 primária, quando se organiza o sistema, o NASF, como núcleo de apoio, você tem um nível e
1075 ele passa para outro nível. Ele não muda nada da política. O que tu colocastes, de que na
1076 política ele é atenção primária, está correto. O que tentamos representar é uma organização
1077 de fluxos. *(Fora do microfone a Sra. Fernanda menciona sobre as clínicas privadas de Porto*
1078 *Alegre, que prestam serviços para o SUS, se elas também vão estar dentro do sistema.)*
1079 Elas também vão estar dentro do sistema. Todo estabelecimento, toda unidade que presta
1080 serviços para o SUS vai estar dentro do sistema. Se não estiver no sistema, em algum
1081 momento ela não vai estar mais prestando serviços ao SUS. Mesmo quando for filantropia
1082 gratuita, para comprovar a gratuidade tem de estar dentro do sistema. Para a **Mônica:** o que
1083 colocamos aqui é o geral do sistema. Não temos como criar fluxos para cem por cento dos
1084 moradores de Porto Alegre serem atendidos. Isso é incompatível dizer que se vai atender
1085 cem por cento das pessoas, e colocar cem por cento das pessoas dentro de um fluxo. O que
1086 é que falamos aqui? Em regra geral vai funcionar desse jeito. As exceções vamos tratá-las
1087 como exceções. Já pensamos naquelas pessoas que estão em conflito com a lei. Mas, daqui
1088 a pouco teremos um cadastro mais atualizado do que tem o Guardião da Polícia Civil, da
1089 Polícia Militar. Esse não é o objetivo. E também não é objetivo criar um sistema que seja a
1090 prova de fraudes enquanto cadastro de pessoas. O objetivo é organizar o sistema. Em regra
1091 geral temos o controle. Vai controlar cem por cento de tudo? Em determinadas coisas ele
1092 controla, as internações. Mas, não podemos colocar tudo na ponta do lápis. Isso é
1093 incompatível. Quanto à falta de luz, hoje temos muitas clínicas, muitos hospitais que
1094 trabalham com prontuário eletrônico, e falta luz. Em áreas do hospital há gerador, em outras
1095 áreas não tem. No Presidente Vargas, quando implantamos a parte que era mais de
1096 prescrição, tínhamos a regra de até meia hora sem luz aguardar. Ficou uma manhã inteira
1097 sem luz, então não tem como aguardar. Mas, temos de ter alguns controles, estabelecer
1098 alguns limites. Mas não é tão rígido esse processo que estamos falando aqui. O **Citolin** se
1099 referiu a questão de um senhor que não foi atendido. O que é que estamos fazendo?
1100 Estamos testando, e isso é pactuado com o prestador. Nós agendamos um número maior de
1101 consultas. Por exemplo, são dez, agendam-se doze. Temos a média de absenteísmo e nós
1102 colocamos a mais. No dia que vai todo mundo tem que atender todo mundo. Vão ser
1103 atendidos os quatorze. Isso é problema do gestor do hospital, e ele será cobrado. O
1104 profissional tem de atender, porque, na média, ele vai atender menos do que as dez
1105 consultas que teria para atender. Mas, temos especialidades com 40% de absenteísmo.

1106 Como é que vamos agendar as dez consultas, e o profissional vai atender uma média de
1107 seis? Estamos testando isso, o que tem funcionado. O profissional terá de entender que num
1108 dia ele vai atender a seis consultas, mas no outro dia vai atender a onze, doze. Fazemos a
1109 média, para que não sejam perdidas tantas consultas. E vamos cobrar isso. O **Pozzobon**
1110 começou me elogiando e depois ... (Risos.) Quanto ao SISREG: ele continua na Central de
1111 Marcação de Consultas. Não mudou ainda. Então, na tem nada *on-line* lá. Não mudou, mas
1112 vai mudar. Devemos até junho estar com todo sistema implantado. A Central de Marcação
1113 de Consultas, as internações, tudo isso funcionando integrada com o sistema. Então, até
1114 junho, essa relação das consultas especializadas – e a **Lurdes** falou sobre a questão da
1115 demanda reprimida -, vamos colocar toda demanda reprimida para dentro do sistema. Isso
1116 de ficar com pilhas e fichas na unidade, e o assistente administrativo da unidade pega a
1117 ficha, liga, agenda ..., não vai mais ter ficha nenhuma. Tudo vem para dentro do sistema.
1118 Surgiu uma consulta especializada, agenda no sistema. A fila fica no sistema, porque temos
1119 que conhecer essa demanda reprimida. Mas, a vida continua. Vamos “trocar os pneus com o
1120 carro andando”. Para crise das consultas especializadas, a crise das emergências, a
1121 superlotação, nós estamos adotando medidas para tentar minimizar esses problemas. São
1122 medidas paliativas, só que temos que vir com soluções que organizem um pouco esse
1123 processo. Vai resolver? Posso dizer que vai melhorar, e muito. Mas, temos de apresentar
1124 novas soluções para avançar nesse processo. Não adianta pensarmos que com a
1125 informatização vamos resolver todos os problemas. Vamos continuar trabalhando, mudando
1126 as rotinas aos poucos. Não podemos fazer tudo de uma vez só. O **Heverson** questiona se
1127 vai ter de ser procurado o Moinhos para resolver. Não vai procurar. Vamos ter de discutir
1128 com a Secretaria, e a Secretaria, em conjunto com a comunidade, com os prestadores,
1129 vamos acertar isso. Ninguém tem de ir resolver o seu problema com o prestador, porque daí
1130 também não funciona. A informação na Internet que digo é, por exemplo, quanto ao tempo
1131 de espera para consulta especializada. Pactuamos aqui no Conselho uma meta: “se, hoje,
1132 está esperando desde 2002, então não pode passar de 365 dias”. Esse indicador, em geral,
1133 é o que vai para a Internet. Não vai a informação sobre o paciente que está internado. Nem o
1134 nome, muito menos os dados sobre ele. Nenhum dado do paciente vai para a Internet.
1135 Ninguém vai ter a casa assaltada por estar hospitalizado. Queremos dar transparência. A
1136 **Encarnación** falou que desde 2002 está aguardando consulta. Isso não pode acontecer.
1137 Temos de colocar a meta: se estamos levando três anos, a primeira meta, por exemplo, é
1138 que não deve passar de um ano para a consulta, e aí todo mundo vai monitorar. Desde
1139 trabalhador, gestor, prestador, usuário, todo mundo vai poder monitorar pela internet.
1140 Ninguém passou de um ano. O que vamos fazer? Não pode passar de nove meses. Todo
1141 mundo vai trabalhar para acontecer isso, até chegar a um tempo adequado. Este que é o
1142 processo, esta é a informação que vai na internet. Vamos colocar lá: cobertura vacinal na
1143 Cidade. Este indicador tem que vir pela internet. Porque isso tem que ser público, as
1144 pessoas têm que saber. Isso é uma responsabilidade não só do gestor, mas enquanto
1145 cidadão, enquanto pessoa. Então, isso vem pela internet. A Lurdes colocou se vai poder
1146 consultar em locais diferentes. Nós devemos ter uma medida de cadastro, de atualização de
1147 cadastro, e vamos colocar as pessoas nas Unidades próximas as suas residências. **A Sra.**
1148 **LOURDES ZILLI DE SOUZA (Conselho Distrital de Saúde Sul/Centro Sul):** *(Manifestação*
1149 *fora do microfone.)* **O SR. MARCELO BÓSIO (Secretário Adjunto da Saúde):** Já vou
1150 chegar lá. Então, é assim, o prontuário vai funcionar e as pessoas se, numa necessidade
1151 tiverem que consultar em outro lugar, a informação vai estar disponível em todos os locais.
1152 Aí temos uma questão de interconsulta, que é o que a senhora quer dizer. Entrou para uma
1153 determinada especialidade e precisa, dentro desta especialidade, do complemento de uma
1154 outra área. O que temos cobrado dos hospitais? As interconsultas que estão relacionadas,
1155 as causas de ingresso do paciente na consulta especializadas elas devem acontecer. É isso
1156 que vamos conseguir monitorar, porque hoje em dia não conseguimos. O que não pode é

1157 conseguir o acesso para um serviço especializado no hospital para uma determinada
1158 patologia e ele ficar circulando dentro do hospital por outras questões. É isso que não pode,
1159 porque é injusto com quem está na fila desde 2002. É isso que estamos querendo dizer. A
1160 interconsulta, quando está relacionada à investigação que é feita no hospital, ela só não
1161 pode não acontecer, como deve acontecer. E os hospitais, até foi colocada aqui uma
1162 questão, mas eu até me perdi de quem falou, os hospitais, as clínicas, podem marcar na
1163 central de marcação de consultas. Há determinadas coisas que eles têm que marcar ou
1164 encaminhamento. Por exemplo, fez o diagnóstico de um tumor, de um câncer para
1165 encaminhar para a oncologia o próprio hospital marca. Isso não tem que voltar para a
1166 Unidade. Isso é um seguimento do tratamento. Quando é um segmento do tratamento, ele
1167 não tem que voltar, ou seja, ele tem que seguir o seu tratamento. Quando é que ele tem que
1168 voltar? Quando não é mais um segmento do tratamento, quando não tem mais uma
1169 vinculação. Agora, para a continuidade do tratamento, a marcação pode ser em qualquer
1170 local. Algumas coisas restringimos para termos algum controle. Como vamos ter toda a
1171 informação, vamos conseguir fazer. O que apresentamos aqui, Silvia, era a questão dos
1172 leitos psiquiátricos, pois é o que temos hoje. Concordo contigo que há coisa ali que até nem
1173 devíamos apresentar, mas mais do que apresentar, não deveria existir. A própria política do
1174 Ministério trata de uma questão: que devemos investir cada vez mais no atendimento
1175 ambulatorial. Então, temos que estruturar Rede, internações de curtíssimos prazos, que é a
1176 questão dos CAPS 3, para podermos fazer. Só que hoje é o que temos. Por isso temos que
1177 regular o que temos para podermos medir as intervenções e mudarmos este quadro. De fato,
1178 este quadro é equivocado, mas é o quadro que temos hoje. Então, temos que regular. O
1179 Gabriel perguntou sobre a questão da visita domiciliar. Isso só não tem que continuar, como
1180 temos que ampliar. Pomos até dizer o seguinte, estamos pensando em formulários
1181 eletrônicos. A ideia e todos os outros mecanismos é que as pessoas vão chegar com o
1182 sistema lá. Hoje nós temos a tecnologia que pode transitar dentro das Unidades, o médico
1183 vai a beira do leito verificar. Ele está com uma nuvem de intranet wails sem fio e ele está
1184 dentro do sistema. Existe uma questão de registros que a Mônica perguntou aqui. O sistema
1185 permite o reconhecimento de voz que dá um índice de acerto na fala, ele treina a fala de
1186 cada pessoa, ele dá o índice de acerto de 95%. Então, a evolução clínica é grande. Imagina
1187 o volume de consultas e em todas elas tem que se escrever um monte de receitas. Há
1188 algumas especialidades que são textos que se escrevem e daí basta colocar no *headpfone*
1189 e, com o microfone, vai falando e escrevendo no computador. Vimos funcionando e funciona
1190 muito bem. Permite depois fazer as correções do texto que tiver que fazer. Então,
1191 facilidades. Estamos com um projeto para debater e vamos ter grupos de pesquisa que vão
1192 somente discutir as facilidades do usuário. Eles vão ficar discutindo o acesso, se tem que dar
1193 três ou quatro cliques. Vão ficar discutindo isso. Concordo com a Mônica, quem é que vai
1194 registrar? Tem que ser fácil o sistema. Hoje temos tecnologia que vai na tela, temos
1195 possibilidades e temos que investir em tecnologia. Se isso funciona nos hospitais de ponta,
1196 por que não pode funcionar no SUS? Tem que funcionar no SUS. A tecnologia está aí! É
1197 isso que temos que medir. Seu Gabriel, isso tem que colocar aqui porque isso não é nosso,
1198 é da farmácia popular. Tem que cadastrar as pessoas, porque é um vínculo com o governo
1199 federal e eles têm os critérios deles lá para as *Panvel* da vida não saírem vendendo
1200 medicamento da farmácia popular para todo mundo. Há critérios. Isso não interfere.
1201 Concordo que há uma complicação. Mas isso são regras que não fomos nos que criamos e
1202 não temos como interferir. (Manifestação fora do microfone.) O problema é que hoje, como
1203 as farmácias fazem em cima da receita, o que acontece? A receita é de 20, ela faz a de 20;
1204 vem a receita de 40, ela faz a de 40. Com o sistema, nós conseguimos padronizar isso
1205 melhor. Porque vai ter uma lista de medicamentos no sistema que é a lista básica e a
1206 prescrição vai estar condizente com esta lista. Há medicamentos especiais que não estão na
1207 lista, haverá um campo para justificar. Todo o critério que esta no papel vai ser feito no

1208 sistema como tem que ser. Isso é o que vai acontecer. Vai facilitar. Se cair na farmácia e lá
1209 na farmácia estiver indicando que ela tem o medicamento, ela vai ter que fornecer o
1210 medicamento. Não vai chegar lá para discutir. Tenho várias reclamações sobre isso. Mas
1211 isso deve melhorar significativamente esta relação de termos um atendimento mais
1212 humanizado com este processo. Quanto aos custos. Os custos que foram apresentados, não
1213 foram os custos que a PROCEMPA usa para a manutenção de toda a estrutura da Prefeitura
1214 e que engloba saúde. Então, estes pagamentos que foram apresentados são pagamentos
1215 diferentes dos custos normais de manutenção que já pagamos para a PROCEMPA. O que
1216 temos que responder, e estamos discutindo com o Conselho, é o seguinte. A Prefeitura, em
1217 2008, 2009, apresentou um critério em que ela distribui estas despesas com a PROCEMPA.
1218 Escreveu isso num processo. Apresentou um critério para que ela distribuísse os custos com
1219 a PROCEMPA por todas as secretarias. O critério é por tamanho de secretaria. Então, ele é
1220 injusto. Temos brigado. O conselho discute isso e entende também que é injusto. Os custos
1221 que são apresentados aqui são recursos que não são os recursos que estão em 2010, que
1222 são 21 milhões da PROCEMPA. Temos um custo alto para manter a rede funcionando.
1223 Temos hoje mais de seis mil pontos de rede funcionando, há a manutenção de micros que
1224 está dentro deste custos destes 21 milhões. Temos uma estrutura que não é pequena.
1225 Temos telefonia, temos uma série de coisas aqui. O que entendemos do questionamento do
1226 Conselho e que a própria Fazenda, o GPO e nós temos discutido é que isso tem que ser
1227 melhor discriminado pela PROCEMPA, ou seja, não é uma mesada. Tu tens um serviço
1228 prestado. Isso nós entendemos. Por lei a PROCEMPA é prestadora de tecnologia para a
1229 prefeitura. Ela tem os seus problemas e tem os seus benefícios. Como qualquer área que
1230 somos cobrados por uma questão de gestão. Precisamos corrigir a atuação que temos com
1231 a PROCEMPA também. Temos discutido, mas ainda não chegamos a uma conclusão. Da
1232 mesma forma como estamos fazendo um contrato com a PROCEMPA com uma questão
1233 extra, digamos, que está fora do que está previsto aqui, nós também deveríamos ter um
1234 contrato de prestação de serviço com a PROCEMPA dizendo qual é o custo desta internet,
1235 da manutenção, da instalação da rede, do banco de dados, de armazenar informações que
1236 temos lá, do *call center*, que fica 24h prestando serviços, porque temos serviço de
1237 funcionamento de 24h. Ela tem que nos passar isso tudo. Talvez cheguemos à conclusão de
1238 que 21 milhões é pouco ou que é muito. Não adianta, não vamos tirar a PROCEMPA. Agora,
1239 nós só queremos ter um critério claro e transparente como estamos discutindo aqui. Por isso
1240 estamos fazendo contratos separados, porque podemos prestar contas e medir os serviços.
1241 Temos etapas, temos metas para concluir. O *inovia*, tal unidade tem que estar na rede de
1242 banda larga, com telefonia digital. Está funcionando? Está. Este é o jogo. Se cobramos o
1243 serviço dos prestadores, então vale para o outro lado. Temos que discutir sim temos que
1244 avançar, temos que ter uma organização neste processo. A empresa tem que adotar o
1245 sistema que estamos colocando. Todos os hospitais, inclusive há um grupo de hospitais aqui
1246 em que simplesmente vamos fazer a integração do sistema. Temos uma base de integração
1247 onde se comunica em tempo real. Alguns hospitais em que não havia nenhum sistema de
1248 informação vão adotar nossos sistemas. Os nossos hospitais já estão dentro deste processo.
1249 Não vão estar fora deste processo. É isso que está estabelecido. Os hospitais que hoje não
1250 tem nenhum sistema, no caso, a Beneficência Portuguesa, com toda a internação, o
1251 faturamento está fazendo pelo sistema da Secretaria. Nós disponibilizamos porque temos
1252 interesse nisso, porque senão eles não conseguem avançar. Porque aí conseguimos incidir,
1253 temos que ter transparência na gestão, mas os prestadores também têm que ser
1254 transparentes para conosco. Aí, numa situação financeira delicada, nós temos que conhecer
1255 porque a dívida nós sabemos onde vai bater, bate aqui, então queremos participar do ônus
1256 do processo, também. E é para isto que estamos trabalhando em conjunto com eles.
1257 Estamos avaliando balancetes, estamos fazendo auditoria para que saibamos onde está
1258 sendo gasto o recurso do SUS que está sendo aplicado lá. Não adianta não nos

1259 responsabilizarmos porque na hora em que ele falir, bate a política, pressão de todos os
1260 lados e o Município vai lá e banca o dinheiro. Então, é preciso inverter esse processo. Não
1261 podemos fechar hospitais, temos que garantir a viabilidade econômica dos hospitais, mas
1262 queremos participar do processo todo. **A Sra. MARIA LETÍCIA DE OLIVEIRA GARCIA**
1263 **(Coordenadora do Conselho Municipal de Saúde):** São 21h51min, declaro encerrada a
1264 reunião. Há uma série de questões que ficarão para um próximo tempo. Vamos analisar esta
1265 ata e vamos fazer uma reinscrição desses temas. O processo não está terminado,
1266 poderemos fazer novas reuniões para discutir este tema. Boa-noite a todos. Estão
1267 encerrados os trabalhos. (Às 21h50min.).

1268
1269

1270 **MARIA LETICIA DE OLIVEIRA GARCIA**
1271 **Coordenadora do CMS/POA**

OSCAR RISSIERI PANIZ
Vice-Coodenador do CMS/POA

1272
1273
1274

Ata aprovada na reunião plenária do dia 28/04/2011