

MESA DIRETORA

FRANCISCO DE SALES GUERRA NETO - PRESIDENTE

FRANCISCA AURELINA DE MEDEIROS LIMA
1ª VICE-PRESIDENTE

GERSON CHAGAS
2º VICE-PRESIDENTE

FRANCISCO ASSIS DA SILVEIRA
3º VICE-PRESIDENTE

JALSER RENIER PADILHA
1º SECRETÁRIO

REMÍDIO MONAI MONTESSI
2º SECRETÁRIO

ERCI DE MORAES
CORREGEDOR GERAL

MARCELO CABRAL
3º SECRETÁRIO

NALDO DA LOTERIA
4º SECRETÁRIO

DAMOSIEL LACERDA DE ALENCAR
OUVIDOR GERAL

Membros das Comissões Permanentes da Assembleia Legislativa do Estado de Roraima

Comissão de Constituição, Justiça e Redação Final

Deputado Rodrigo Jucá - PMDB
Deputado Flamarion Portela - PTC
Deputado Jalsler Renier - DEM
Deputada Aurelina Medeiros - PSDB
Deputado Chicão da Silveira - PDT
Deputado Coronel Chagas - PRTB
Deputado Brito Bezerra - PP

Comissão de Administração, Segurança e Serviços Públicos

Deputado Jean Frank - PMN
Deputado Soldado Sampaio - PC do B
Deputado Coronel Chagas - PRTB
Deputado Dhiego Coelho - PSL
Deputado Remídio Monai - PR

Comissão de Educação, Cultura, Desportos e Saúde

Deputado Joaquim Ruiz - PV
Deputado Ionilson Sampaio - PSB
Deputado Célio Wanderley - DEM
Deputado Remídio Monai - PR
Deputado Gabriel Picanço - PSB

Comissão de Orçamento, Fiscalização Financeira, Tributação e Controle

Deputado Célio Wanderley - DEM
Deputado Brito Bezerra - PP
Deputado Marcelo Natanael - PRB
Deputado Marcelo Cabral - PPS
Deputado Flamarion Portela - PTC

Comissão de Defesa do Consumidor

Deputado Soldado Sampaio - PC do B
Deputado Coronel Chagas - PRTB
Deputado Jânio Xingú - PSL
Deputado Mecias de Jesus - PR
Deputado Rodrigo Jucá - PMDB

Comissão de Agricultura, Pecuária e Política Rural

Deputado Gabriel Picanço - PSB
Deputado Erci de Moraes - PPS
Deputado Naldo da Loteria - DEM
Deputada Ângela Águida Portella - PSC
Deputado Brito Bezerra - PP

Comissão de Defesa dos Direitos Humanos e das Minorias

Deputado Jânio Xingú - PSL
Deputado Dhiego Coelho - PSL
Deputado Jalsler Renier - DEM
Deputado Soldado Sampaio - PC do B
Deputado Jean Frank - PMN

Comissão de Ética Parlamentar

Deputado Marcelo Natanael - PRB
Deputado Gabriel Picanço - PSB
Deputado Ionilson Sampaio - PSB
Deputada Ângela Águida Portella - PSC
Deputado Coronel Chagas - PRTB
Suplentes:
1º - Deputado Sargento Damosiel - PRP
2º - Deputada Aurelina Medeiros - PSDB

Comissão de Terras, Colonização e Assuntos Indígenas

Deputado Mecias de Jesus - PR
Deputada Aurelina Medeiros - PSDB
Deputado Erci de Moraes - PPS
Deputado Marcelo Cabral - PPS
Deputado Chicão da Silveira - PDT

Comissão de Indústria, Comércio e Turismo:

Deputado Brito Bezerra - PP
Deputado Jalsler Renier - DEM
Deputado Gabriel Picanço - PSB
Deputado Erci de Moraes - PPS
Deputado Rodrigo Jucá - PMDB

Comissão de Viação, Transportes e Obras

Deputado Flamarion Portela - PTC
Deputado Remídio Monai - PR
Deputado Gabriel Picanço - PSB
Deputado Naldo da Loteria - DEM
Deputada Marcelo Natanael - PRB

Comissão de Defesa dos Direitos da Família, da Mulher, da Criança, do Adolescente e do Idoso e de Ação Social

Deputada Ângela Águida Portella - PSC
Deputado Mecias de Jesus - PR
Deputado Jânio Xingú - PSL
Deputada Aurelina Medeiros - PSDB
Deputado Dhiego Coelho - PSL

Comissão de Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável

Deputado Ionilson Sampaio - PSB
Deputado Marcelo Cabral - PPS
Deputado Sargento Damosiel - PRP
Deputado Erci de Moraes - PPS
Deputado Soldado Sampaio - PC do B

Comissão de Ciência, Tecnologia, Relações Fronteiriças e MERCOSUL

Deputado Dhiego Coelho - PSL
Deputado Célio Wanderley - DEM
Deputado Mecias de Jesus - PR
Deputado Rodrigo Jucá - PMDB
Deputado Remídio Monai - PR

SUMÁRIO

Atos Administrativos

Resoluções de Alterações, Exonerações e Nomeações nº 1095 a 1103/2011	2
Resoluções de Afastamentos nº 333 a 335/2011	3
Atas - Plenário	
Ata da 2003ª Sessão Ordinária na Íntegra	3

EXPEDIENTE

GERÊNCIA DE DOCUMENTAÇÃO GERAL

Rua Coronel Pinto, esquina com a Av. Ville Roy, nº 524 - Centro
 Telefone: (95) 3623-6665

ELÂNDIA GOMES ARAÚJO
Gerente de Documentação Geral

VICTOR TAVARES PIRO
 NESS ANNE QUEIROZ LAMY
Diagramação

MATERIAS E PUBLICAÇÕES

As matérias publicadas no Diário Oficial da Assembleia Legislativa deverão ser entregues à Gerência de Documentação Geral através de meio magnético, em formato .doc, com cópia do documento, de segunda a sexta-feira até às 15:30h

É de responsabilidade de cada setor, gerência, secretaria e dos órgãos da Fundação Rio Branco de Educação, Rádio e Televisão as correções ou revisões das matérias por eles produzidas, bem como, o envio de documentos em tempo hábil para publicação.

ATOS ADMINISTRATIVOS

RESOLUÇÕES DE EXONERAÇÃO E NOMEAÇÃO

RESOLUÇÃO Nº 1095/2011-GRH

A MESA DIRETORA DA ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE RORAIMA, no uso de suas atribuições regimentais, de conformidade com a Resolução 11/92,

RESOLVE

Art. 1º ALTERAR, a partir de 01 de Maio de 2011, os vencimentos dos servidores listados em anexo todos já integrados ao Quadro de Pessoal, de conformidade com o que dispõe a Resolução n.º 48/2005, de 19 de dezembro de 2005.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir de 01/05/2011.
 Palácio Antonio Martins, 23 de Maio de 2011.

Deputado FRANCISCO DE SALES GUERRA NETO

Presidente

Deputado JALSER RENIER PADILHA

1º Secretário

Deputado REMIDIO MONAI MONTESSI

2º Secretário

Anexo da Resolução Alteração nº 1095/2011-GRH

Nº	NOME	FUNÇÃO ANTERIOR	SÍMBOLO	FUNÇÃO ATUAL	SÍMBOLO
01	Erliano Leão Amorim	Ass. Parl	AP - 9	Ass. Parl	AP-10
02	Marcelo de Araújo Lucknam	Ass. Parl	AP-7	Ass. Parl	AP-10
03	Lissandra Vieira de Lima Campos	Ass. Parl	AP-13	Fun. Grat	FG-16

RESOLUÇÃO Nº 1096/2011-GRH

A MESA DIRETORA DA ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE RORAIMA, no uso de suas atribuições regimentais, de conformidade com a Resolução 11/92,

RESOLVE

Art. 1º EXONERAR a partir de 02 de Maio de 2011, a servidora **LEIDE CRISTINA PEREIRA DE SOUZA**, do Cargo em Comissão de Assessor Parlamentar AP-5, integrante do Quadro de Pessoal, de conformidade com o que dispõe a Resolução n.º 48/2005, de 19 de dezembro de 2005.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros de 02/05/2011.
 Palácio Antonio Martins, 23 de Maio de 2011.

Deputado FRANCISCO DE SALES GUERRA NETO

Presidente

Deputado JALSER RENIER PADILHA

1º Secretário

Deputado REMIDIO MONAI MONTESSI

2º Secretário

RESOLUÇÃO Nº 1097/2011-GRH

A MESA DIRETORA DA ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE RORAIMA, no uso de suas atribuições regimentais, de conformidade com a Resolução 11/92,

RESOLVE

Art. 1º EXONERAR a partir de 02 de Maio de 2011, o servidor **RODRIGO FURTADO BARBOSA**, do Cargo em Comissão de Assessor Parlamentar AP-5, integrante do Quadro de Pessoal, de conformidade com o que dispõe a Resolução n.º 48/2005, de 19 de dezembro de 2005.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros de 02/05/2011.
 Palácio Antonio Martins, 23 de Maio de 2011.

Deputado FRANCISCO DE SALES GUERRA NETO

Presidente

Deputado JALSER RENIER PADILHA

1º Secretário

Deputado REMIDIO MONAI MONTESSI

2º Secretário

RESOLUÇÃO Nº 1098/2011-GRH

A MESA DIRETORA DA ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE RORAIMA, no uso de suas atribuições regimentais, de conformidade com a Resolução 11/92,

RESOLVE

Art. 1º EXONERAR a partir de 02 de Maio de 2011, o servidor **ARIEL SANGALETTI BEZERRA**, do Cargo em Comissão de Assessor Parlamentar AP-12, integrante do Quadro de Pessoal, de conformidade com o que dispõe a Resolução n.º 48/2005, de 19 de dezembro de 2005.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros de 02/05/2011.
 Palácio Antonio Martins, 23 de Maio de 2011.

Deputado FRANCISCO DE SALES GUERRA NETO

Presidente

Deputado JALSER RENIER PADILHA

1º Secretário

Deputado REMIDIO MONAI MONTESSI

2º Secretário

RESOLUÇÃO Nº 1099/2011-GRH

A MESA DIRETORA DA ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE RORAIMA, no uso de suas atribuições regimentais, de conformidade com a Resolução 11/92,

RESOLVE

Art. 1º EXONERAR a partir de 02 de Maio de 2011, a servidora **SORAIA GARCIA ALVES**, do Cargo em Comissão de Assessor Parlamentar AP-11, integrante do Quadro de Pessoal, de conformidade com o que dispõe a Resolução n.º 48/2005, de 19 de dezembro de 2005.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros de 02/05/2011.
 Palácio Antonio Martins, 23 de Maio de 2011.

Deputado FRANCISCO DE SALES GUERRA NETO

Presidente

Deputado JALSER RENIER PADILHA

1º Secretário

Deputado REMIDIO MONAI MONTESSI

2º Secretário

RESOLUÇÃO Nº 1100/2011-GRH

A MESA DIRETORA DA ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE RORAIMA, no uso de suas atribuições regimentais, de conformidade com a Resolução 11/92,

RESOLVE

Art. 1º NOMEAR a partir de 02 de Maio de 2011, **LEILA OLIVEIRA MENDES**, da Função Gratificada ALE FG-17, integrante do Quadro de Pessoal, de conformidade com o que dispõe a Resolução n.º 48/2005, de 19 de dezembro de 2005.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros de 02/05/2011.

Palácio Antonio Martins, 23 de Maio de 2011.

Deputado FRANCISCO DE SALES GUERRA NETO

Presidente

Deputado JALSER RENIER PADILHA

1º Secretário

Deputado REMÍDIO MONAI MONTESSI

2º Secretário

RESOLUÇÃO Nº 1101/2011-GRH

A MESA DIRETORA DA ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE RORAIMA, no uso de suas atribuições regimentais, de conformidade com a Resolução 11/92,

RESOLVE

Art. 1º NOMEAR a partir de 02 de Maio de 2011, **RAFAEL MIRANDA DE ALBUQUERQUE**, Assistente Jurídico, integrante do Quadro de Pessoal, de conformidade com o que dispõe a Resolução n.º48/2005, de 19 de dezembro de 2005.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros de 02/05/2011.

Palácio Antonio Martins, 23 de Maio de 2011.

Deputado FRANCISCO DE SALES GUERRA NETO

Presidente

Deputado JALSER RENIER PADILHA

1º Secretário

Deputado REMÍDIO MONAI MONTESSI

2º Secretário

RESOLUÇÃO Nº 1102/2011-GRH

A MESA DIRETORA DA ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE RORAIMA, no uso de suas atribuições regimentais, de conformidade com a Resolução 11/92,

RESOLVE

Art. 1º NOMEAR a partir de 02 de Maio de 2011, **THAYNÁ DE SOUSA ALMEIDA**, do Cargo em Comissão de Assessor Parlamentar AP-11, integrante do Quadro de Pessoal, de conformidade com o que dispõe a Resolução n.º48/2005, de 19 de dezembro de 2005.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros de 02/05/2011.

Palácio Antonio Martins, 23 de Maio de 2011.

Deputado FRANCISCO DE SALES GUERRA NETO

Presidente

Deputado JALSER RENIER PADILHA

1º Secretário

Deputado REMÍDIO MONAI MONTESSI

2º Secretário

RESOLUÇÃO Nº 1103/2011-GRH

A MESA DIRETORA DA ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE RORAIMA, no uso de suas atribuições regimentais, de conformidade com a Resolução 11/92,

RESOLVE

Art. 1º NOMEAR a partir de 16 de Maio de 2011, **LIDIANE LIMA REIS RODRIGUES SILVA**, Assistente Jurídico, integrante do Quadro de Pessoal, de conformidade com o que dispõe a Resolução n.º48/2005, de 19 de dezembro de 2005.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros de 16/05/2011.

Palácio Antonio Martins, 23 de Maio de 2011.

Deputado FRANCISCO DE SALES GUERRA NETO

Presidente

Deputado JALSER RENIER PADILHA

1º Secretário

Deputado REMÍDIO MONAI MONTESSI

2º Secretário

RESOLUÇÕES DE AFASTAMENTO E SUPRIMENTOS DE FUNDOS

R E S O L U Ç Ã O Nº 333/2011

A Mesa Diretora da Assembleia Legislativa do Estado de Roraima, no uso de suas atribuições regimentais, de conformidade com a Resolução 11/92.

RESOLVE

AUTORIZAR o deslocamento do Excelentíssimo Senhor Deputado **FRANCISCO FLAMARION PORTELA**, para a cidade de Brasília, nos dias 31.05 e 01.06.2011, aonde o mesmo acompanhará a Discussão da Reforma Política no Senado Federal, com ônus para este Poder.

Palácio Antônio Martins, 23 de maio de 2011

Deputado FRANCISCO DE SALES GUERRA NETO

Presidente

Deputado JALSER RENIER PADILHA

1º Secretário

Deputado REMÍDIO MONAI MONTESSI

2º Secretário

R E S O L U Ç Ã O Nº 334/2011

A Mesa Diretora da Assembleia Legislativa do Estado de Roraima, no uso de suas atribuições regimentais, de conformidade com a Resolução 11/92.

RESOLVE

AUTORIZAR o deslocamento da servidora **ELISÂNGELA CUSTÓDIO DA SILVA, FS-7**, para a cidade de São Paulo-SP, no período de 24.05 a 27.05.2011, aonde a mesma participará de um Curso voltado para Administração Pública, com ônus para este Poder.

Palácio Antônio Martins, 23 de maio de 2011

Deputado FRANCISCO DE SALES GUERRA NETO

Presidente

Deputado JALSER RENIER PADILHA

1º Secretário

Deputado REMÍDIO MONAI MONTESSI

2º Secretário

R E S O L U Ç Ã O Nº 335/2011

A Mesa Diretora da Assembleia Legislativa do Estado de Roraima, no uso de suas atribuições regimentais, de conformidade com a Resolução 11/92.

RESOLVE

AUTORIZAR o deslocamento das servidoras **MEIRES MARIA MACEDO CARNEIRO, FS-5** e **SAMILLES SANTOS ALBUQUERQUE, FS-2**, para a cidade de São Paulo-SP, no período de 24.05 a 27.05.2011, aonde as mesmas participarão de um Curso voltado para Administração Pública, com ônus para este Poder, somente no tocante às diárias.

Palácio Antônio Martins, 23 de maio de 2011

Deputado FRANCISCO DE SALES GUERRA NETO

Presidente

Deputado JALSER RENIER PADILHA

1º Secretário

Deputado REMÍDIO MONAI MONTESSI

2º Secretário

ATAS PLENÁRIO - ÍNTEGRA

**ATA DA 2003ª SESSÃO, EM 12 DE ABRIL.
41º PERÍODO LEGISLATIVO DA 6ª LEGISLATURA.**

= ORDINÁRIA =

PRESIDÊNCIA DO SENHOR DEPUTADO CHICO GUERRA.

Às nove horas do dia doze de abril de dois mil e onze, no Plenário desta Casa Legislativa, deu-se a segunda milésima terceira Sessão Ordinária do quadragésimo primeiro período legislativo da sexta legislatura da Assembleia Legislativa do Estado de Roraima.

O Senhor Presidente (**Chico Guerra**) – Havendo quorum regimental, sob a proteção de Deus e em nome do povo roraimense, declaro aberta a presente Sessão.

Solicito ao Senhor Segundo Secretário que proceda à leitura da Ata da Sessão anterior.

O Senhor Segundo Secretário (**Remidio Monai**) - (Lida a Ata).

O Senhor Presidente (**Chico Guerra**) – Coloco em discussão a Ata da Sessão anterior.

Não havendo quem queira discuti-la, passamos para a votação. A votação será simbólica. Os Deputados que forem favoráveis permaneçam como estão.

Dou por aprovada a Ata da Sessão anterior.

Solicito ao Senhor Primeiro Secretário que proceda à leitura do Expediente.

O Senhor Primeiro Secretário (**Jalser Renier**) – Senhor

Presidente não há Expediente para ser lido.

O Senhor Presidente (**Chico Guerra**) – Como não há orador inscrito para o Grande Expediente, transformo esta Sessão em Comissão Geral.

Senhora e Senhores, neste momento a Sessão Plenária será transformada em Comissão Geral, momento em que faremos a abertura do Primeiro Simpósio de Saúde com o tema “Dever do Estado e responsabilidade de todos”.

A Senhora **Kátia**... Cerimonial – Senhoras e Senhores sejam bem-vindos. Estamos dando início ao Primeiro Simpósio da Saúde com o tema “Dever do Estado, Responsabilidade de Todos”, um projeto da Assembleia Legislativa que busca não só a discussão do atendimento aos usuários na área da saúde, como também, as soluções dessas questões a curto, médio e longo prazo.

Para presidir a Mesa de abertura convido ilustríssimo Presidente **Chico Guerra**.

O Senhor Presidente (**Chico Guerra**) – Convido o Senhor Deputado **Chicão da Silveria** conduzir à Mesa dos trabalhos, o Doutor **Alexander Siba**; Deputado **Coronel Chagas**, que conduza à Mesa dos trabalhos o Senhor **Antônio Avelino de Almeida Neto**, Defensor Público Geral, em exercício; Senhora Deputada **Ângela Portella**, que conduza à Mesa dos trabalhos o Senhor Secretário de Saúde, **Antônio Leocádio Vasconcelos**; Deputado **Sargento Damosiel**, que conduza a Mesa dos Trabalhos Representante do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, Doutor **Geraldo Guedes**; Deputado **Soldado Sampaio**, que conduza a Mesa dos trabalhos a representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores de Saúde, a Senhora **Lucimary dos Santos Pinto**, Deputada **Aurelina Medeiros**, que conduza a Mesa dos trabalhos o representante da Universidade Federal de Roraima, representando o Reitor **Hamilton Gondim**, Professor **Luiz Fernando Gutierrez**, Deputada **Ângela Portella**, que conduza a Mesa dos trabalhos o Presidente do Conselho Regional de Medicina, Doutor **Wirlande da Luz**; Deputado **Coronel Chagas**, que conduza a Mesa dos Trabalhos o Coronel **Vanei Raimundo**; Deputado **Famarion Portela**; que conduza a Mesa dos Trabalhos a Promotora de Justiça Doutora **Jeanne Cristina de Andrade Fonseca**.

Peço um minuto de silêncio em memória das crianças que foram assassinadas em uma escola no Rio de Janeiro e, também, pelos profissionais de saúde que vieram a falecer em acidente aéreo na região Yanomami.

Convidamos os Senhores que se encontram presentes para, de pé, cantarmos o Hino Nacional Brasileiro e o Hino do Estado de Roraima. (Execução dos Hinos)

O Senhor Presidente (**Chico Guerra**) - Atendendo ao pedido da Presidência, os referidos Hinos foram executados.

O Senhor Presidente (**Chico Guerra**) – Cumprimento Excelentíssimo Senhor Vice-Governador **Francisco Rodrigues**, o Doutor **Alexander Siba**, o Doutor **Antônio Avelino de Almeida Neto**, o Defensor Público Geral em exercício, o Secretário de Saúde, **Antônio Leocádio Vasconcelos**, o Doutor **Geraldo Guedes**, do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais; a Senhora **Lucimary dos Santos Pinto**, o Professor **Luiz Fernando Gutierrez**, **Wirlande da Luz**, Coronel **Vanei Raimundo**, a Doutora **Jeanne Cristina de Andrade Fonseca**, as demais autoridade presentes, Senhores Deputados, alunos dos cursos que fazem parte da área de saúde, meus Senhores e Senhores, profissionais da saúde.

Comunico que este evento está sendo transmitido em tempo real pela rádio Anauá de Rorainópolis e pela rádio comunitária de Iracema. Portanto, dirijo-me aos distintos Municípios e deixo o meu abraço fraterno.

Aqui já vivemos momentos de extrema alegria, debatemos sobre os mais variados temas. Esta Casa nunca se omitiu no papel de debater os problemas do Estado e, principalmente, em buscar soluções. Falamos sobre a questão mineral, indígena, fundiária, meio ambiente, direitos humanos, saúde, estrada, educação e outros assuntos que compõem uma pauta permanente. Como é do conhecimento da maioria dos Senhores, em qualquer pesquisa que for feita e indagada sobre o principal problema que aflige nossa população hoje, não só em Roraima, mas em todos os Países, a resposta será: A saúde.

A insatisfação salta aos olhos da população, por isso, quando decidimos que iríamos fazer uma série de simpósios, o tema saúde, naturalmente, teria que ser o primeiro. Mas, é com muita satisfação que anunciamos para os dias nove e dez de junho nosso segundo Simpósio que debaterá a Segurança no Trânsito.

Planejamos ainda para 2011 mais dois Simpósios e, em 2012,

mais quatro.

Tive a honra de acompanhar todas as discussões em torno da construção e consolidação de Roraima como Estado, trilhamos caminhos difíceis, mas a despeito de todas as adversidades, conseguimos edificar aqui no extremo Norte do País, na tríplice fronteira, um Estado com todas as condições de atender os nascidos nesta região, bem como, receber aqueles que buscam um futuro melhor para suas famílias. Sabemos que não vivemos uma situação ideal, que temos problemas em algumas áreas, mas o nosso papel aqui é discutirmos os problemas e apontarmos as soluções.

Sou filho de servidor público, e desde cedo soube reconhecer o quanto é importante à missão de servir a sociedade, de estar sempre pronto a acolher aqueles que buscam no serviço público a solução para os seus problemas, respostas para as suas preocupações diárias e é justamente por ter escolhido a vida pública que me sinto responsável por cada cidadão do meu Estado, seja ele natural desta terra ou de outra região do Brasil, e quando falo em serviço público, refiro-me a todas as formas de atendimento a sociedade, desde a educação, segurança, infraestrutura, agricultura, serviço social e saúde.

Sabemos da importância de todos os setores, mas essencialmente falar da saúde é falar de vida, porque este setor necessita de uma atenção especial. Devemos buscar por excelência nas políticas públicas relevantes, neste momento, especialmente quando analisamos a estrutura do sistema de saúde em Roraima e suas formas de acesso.

Em Roraima, sabemos do esforço para gerir a saúde e garantir atendimento de qualidade, mas é notória a insatisfação da sociedade, dos trabalhadores. E, então, nos questionamos: onde está o problema? O que podemos fazer para solucionarmos esses problemas? Dai a idéia de realizarmos um Simpósio, um evento diferente, com a colaboração de todos, com aqueles que prestam serviços públicos a sua clientela.

A Assembleia participa aqui como mera fomentadora, uma vez que cada ponto desta programação foi amplamente discutido com todos os setores relacionados à saúde pública.

Quero agradecer neste momento a todos os parceiros, colaboradores que nos ajudaram a realizar esse evento, àqueles que se prontificaram a discutir por horas a fio sobre a demanda da saúde, e estamos aqui, prontos para debater a saúde em Roraima. No entanto, não vamos apenas para discutir nossos problemas, precisamos buscar soluções e cobrar para que as autoridades possam executá-las, promovendo atendimento de qualidade cumprindo com a nossa missão de servir, ao final, vamos apresentar um documento, que almejamos ser útil a curto, médio e longo prazo, e que no futuro breve, em todas as ocasiões em que a saúde for o assunto, a contribuição que cada um de nós, Senhores e Senhoras estamos dando neste momento será lembrado.

Estamos cientes que os problemas da saúde não serão resolvidos da noite para o dia, mas tenho a certeza que, se seguirmos nossas determinações dentro do que for proposto nestes três dias de discussões e no documento final deste evento, poderemos mudar a nossa realidade.

Quero destacar a participação de centenas de universitários dos cursos de medicina, fisioterapia, psicologia, enfermagem, gestão hospitalar, serviço social, odontologia e todos os outros ligados a saúde. Quero dizer que neste momento a responsabilidade é nossa, mas que num futuro breve será de cada um de vocês, afinal, serão os acadêmicos de hoje que irão cuidar de nossa saúde no futuro.

Este é apenas o primeiro passo, de um grande passo, de muito que cada um de nós pode oferecer para melhorar não só a saúde, mas outros setores da nossa sociedade.

Quero informar que neste Plenário cabem quatrocentas e oitenta pessoas sentadas, e no plenarinho duzentas e oitenta pessoas, e ambos estão lotados. Agradeço também os demais participantes que por falta de assentos no plenário, estão assistindo o evento no Plenarinho.

Nesse momento, passo a palavra ao vice-Governador do Estado de Roraima. Muito obrigado!

O Senhor vice-Governador **Francisco Rodrigues** – Excelentíssimo Senhor Presidente da Assembleia Legislativa, Deputado **Chico Guerra**, Senhores Deputados Estaduais; Reitor da Universidade Federal de Roraima, Professor Doutor, **Roberto Ramos Santos**; Diretor do Curso de Medicina, Doutor **Alexander**; Promotora de Justiça, Doutora **Jeanne Cristine de Andrade**; Defensor Público, Doutor **Antônio de Avelino Almeida**; Secretário Estadual de Saúde, Doutor **Antônio Leocádio**; Representante do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, Doutor **Geraldo Luiz Moura Guedes**; representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Saúde,

Senhora **Lucimary Santos Pinto**; Doutor **Wirlande da Luz**, Presidente do CRM; Coronel **Wanei Raimundo Vieira**, Secretário de Justiça e Cidadania; Doutor **Miguel Ângelo**, Secretário Adjunto da Saúde; Senhor **Jaime Guedes**, Distrito Sanitário yanomami; **Maria José Brandão**, Distrito Sanitário Leste; Professor Doutor **Luz Fernando Gutiérrez**, Pró Reitor de Pesquisa e Graduação da UFRR; Senhor **Marcelo de Lima Lopes**; Coordenador da FUNASA, Doutor **Rodrigo Ivo Matoso**; Presidente do Conselho de Odontologia de Roraima; Senhora **Teresa Cristina da Silva Santos**, Presidente do Conselho de Enfermagem; Senhor **Érike Barbosa**, Presidente do Conselho de Farmácia; Senhor **Luz Nogueira Lima**, Presidente do Sindicato dos Trabalhadores de Saúde; Senhora **Elda Freitas**, Coordenadora Estadual do Tabagismo e outros fatores de risco de câncer; Senhora **Maria Betânia**, saúde indígena; Secretários Municipais presentes, técnicos em saúde, público seletor aqui presente neste plenário e no plenário que nos assistem pelo telão, minhas Senhoras e meus Senhores.

Esta iniciativa da Assembleia Legislativa é impar e revestida da mais elevada importância para a sociedade. Nós vivenciamos hoje, no nosso Estado, e no Brasil a situação pela qual passa a saúde. Questões de planejamento e estratégia têm levado cada Município, dos mais longínquos que seja, ou cada capital, por mais aparelhada e instrumentalizada, a momentos difíceis no atendimento à saúde da sociedade brasileira, e nós entendemos que aqui no nosso Estado não é diferente, a situação é extremamente difícil, apesar dos esforços que são empreendidos pelo Governo, mas estamos ainda muito distantes de atendermos de uma forma precisa, eficiente e competente a nossa sociedade. Com essa visão, com pragmatismo, nós entendemos que o momento é de reflexão, mas, acima de tudo, o momento é de tomada de posições, porque nós não podemos deixar que a nossa sociedade, e cada vez mais, se amplie o Estado novo, potencialmente em condições de se desenvolver, ainda passe por momentos difíceis no atendimento à população. Se nós fizermos, dentro de uma visão transversal, todos esses cruzamentos, sejam nas áreas indígenas, nos nossos pequenos Municípios, na Capital, vamos verificar que é necessário, é fundamental que as políticas públicas definidas, podem transformar essa triste realidade, e entendemos que essa iniciativa da Assembleia Legislativa, a ação inicial de um folheto publicado por ela, contendo as palavras do Presidente da Casa, verificamos que essa iniciativa convoca, chama ao entendimento toda população, independente de cor partidária. Estamos realizando, através da Assembleia Legislativa, nessa brilhante iniciativa, o Primeiro Simpósio de Saúde, que é dever do Estado e responsabilidade de todos, farão a partir de agora, dentro de uma linguagem nova e uma linguagem prepositiva, levarmos esse segmento tão fundamental à sociedade.

Portanto, em nome do Governo do Estado, quero parabenizar a Assembleia Legislativa por essa brilhante iniciativa e dizer a todos os atores aqui presentes, que todos nós somos responsáveis por esta grande aventura, porque não deixa de ser uma aventura mudarmos radicalmente a assistência à saúde da nossa população. Muito obrigado!

O Senhor Presidente (**Chico Guerra**) – Quero agradecer a presença de todos os Senhores.

Neste momento vamos desfazer a composição da Mesa para iniciarmos o ciclo de palestra.

A Comissão de Saúde é composta pelos cinco Deputados: **Ionilson Sampaio**, **Gabriel Picanço**, **Joaquim Ruiz**, **Célio Wanderley**. Para prestigiar os membros da Comissão de Saúde, eu convido o Deputado **Joaquim Ruiz** para dirigir os trabalhos do Simpósio nesta manhã.

O Senhor Presidente (**Joaquim Ruiz**) – Bom dia a todos. Quero agradecer a deferência do nosso Presidente e, de imediato, passo a palavra ao Deputado **Célio Wanderley** com o tema “Panorama da Saúde no Estado de Roraima”.

O Senhor Deputado **Célio Wanderley** – Senhor Presidente, Deputado **Chico Guerra** que se faz presente, nosso coordenador dos trabalhos e Presidente da nossa Comissão de Educação e Saúde, Deputado **Joaquim Ruiz**, em nome do qual homenageio todos os Deputados presentes; Secretário de Saúde **Leocádio Vasconcelos** em nome do qual, homenageio todos os representantes do Governo, meu companheiro de trabalho e amigo **Wirlande da Luz**, Presidente do CRM em nome do qual, eu saúdo todos que trabalham na área de saúde do Estado, minha Senhora e meus Senhores.

Fazer um panorama da saúde do Estado não é difícil para mim, pois sou médico. Assim como **Chico Guerra**, comecei com Assembleia Legislativa quando ela nasceu, estou até hoje, sabemos das dificuldades

e dos problemas que o Estado enfrenta em relação à saúde, isso não é um privilégio do Estado de Roraima, isso é um problema de todo o país. Todos os dias nós vimos na imprensa, nós órgãos de comunicação às mazelas da saúde no país. Já tivemos momentos inspirados como o do nosso Ministro da Saúde, Doutor **Adibe Jatene**, que criou o imposto sobre o cheque para tentarmos resolvermos à questão da saúde do nosso país, e foi desvirtuada a idéia do nosso Ministro, e praticamente o dinheiro da saúde era desviado para outros setores. Chegamos ao ponto de perder essa fonte de renda, que era esquilada, porque não se passava nem 30% do que se arrecadava efetivamente para resolvermos os problemas de saúde do nosso País.

E, no nosso Estado, não é diferente, eu vejo o **Wirlande**, que foi meu colega. Quando comecei aqui no Estado na área de saúde, e faço aqui uma referência especial aqui, a um companheiro que até hoje é uma referência para mim na área da medicina, o Doutor **Hélio Mechedo**, quando cheguei aqui, perguntei a ele como era que estava aqui a saúde e ele me respondeu. “Ta ruim, mas vai melhorar”. A cada ano que nos encontramos ele é otimista, fala que vai melhorar, e nós continuamos com a mesma história vinte e cinco anos depois.

A respeito da saúde, e aqui temos o Deputado **Flamarion Portela** que já foi Governador deste Estado, eu também já passei por vários Governos e, a saúde do nosso Estado, continua a atuar com o mesmo modelo de gestão que tínhamos há vinte anos, ou seja, um modelo ultrapassado, arcaico, onde não valoriza nem o profissional, nem o paciente, que é a pessoa mais importante do processo. Tantas e tantas vezes, eu tive oportunidade de conversar, citei o Deputado **Flamarion Portela** por ele ser testemunha que já foi Governador. E sempre questionava que nós precisávamos mudar o modelo de Gestão, esse nosso modelo é ultrapassado, onde nós fazemos as coisas empíricas, ninguém é responsável por nada, apesar de ter um quadro administrativo.

Cito o exemplo da roupa, que é uma coisa básica nos hospitais, nós entregamos cinquenta lençóis nos Pronto Socorro, com quinze dias voltamos lá tem dez, porque ninguém é responsável pelos lençóis, não é que roubaram, eles estão distribuídos no hospital, quem leva a maca para outro lugar, deixa o lençol e o paciente, só não fica a maca porque só tem duas, e ela precisa voltar para o lugar de origem.

Com relação aos medicamentos, nós continuamos trabalhando com a caixinha, onde nós colocamos os medicamentos e as enfermeiras abnegadas, muitas vezes rodando de um plantão para o outro porque não tem quem troque o serviço, levam a receita e pela manhã, na farmácia, pegam o medicamento do dia dos nossos pacientes, quando chega à tarde, já não tem mais o suficiente na caixinha para fazer a medicação dos pacientes, não por culpa delas, mas, por causa de um sistema ultrapassado.

Nós gastamos anualmente com medicamentos, trinta milhões praticamente, mais do que isso, precisamos de cem milhões de reais para informatizar a saúde, com esse dinheiro, nós informatizávamos todo o sistema de saúde. Na saúde, o tratamento é desigual, “sou tratado mal no posto, no hospital, na maternidade”, mas nós tínhamos seis classes de profissionais trabalhando na saúde, hoje só temos cinco: os concursados, os cooperativados, os terceirizados, há pouco tempo, tínhamos os seletivados, e ainda temos os cargos comissionados. Precisamos mudar o modelo de gestão, estou falando a realidade do nosso dia-dia, se continuarmos assim podem colocar o Papa na Secretaria de Saúde e o Bispo no hospital e ainda vão continuar os problemas.

Dentro da classe médica, nós temos os médicos concursados, com dedicação exclusiva, os médicos concursados sem dedicação exclusiva, e os médicos que são da saúde.

Vamos para SUS, que é o modelo que exportamos até para outros países, só que esqueceram de adaptar para a nossa realidade, a dos Estados pobres.

Municipalizaram a saúde do nosso Estado, transferiram o atendimento primário para os Municípios, esqueceram que os recursos que o SUS passa é muito aquém das necessidades de se fazer o atendimento primário. Com o Município na ponta, a gente não consegue, e não é por culpa do Prefeito, mas, por culpa da estrutura que ele tem. Não consegue dá o atendimento primário, sequer o Pronto Socorro que deveria ser uma função do Município tem que ser absorvido pelo Estado, e no final das contas, chega à situação que chegou, uma saúde caótica, fora dos padrões de qualquer realidade. “Há, mas lá fora é pior!”. Mas, eu não estou atrás do pior, quero é nivelar com o melhor. O nosso Estado já foi referência em saúde pública, onde esta era melhor que a particular. Nós internávamos um paciente numa clínica particular se o caso complicasse, levava para o Hospital Geral, pois lá tinha mais segurança. Com relação a isso nós vamos pagar um

preço porque nós não temos demanda suficientes e, daqui a algum tempo o particular vai estar melhor do que o nosso.

O que eu estou atrás é de melhoria! Quando eu li este panfleto, quero dizer que a responsabilidade não é só do médico que está lá, é de todos nós. Estou aqui para falar da saúde, não para botar pano quente, mas, para falar a realidade. O que nós precisamos mudar? Nós precisamos adequar a saúde a nossa realidade. Vamos mudar o SUS neste país? Não, não vamos. Então, temos que pegar essa situação do SUS e nos adequarmos, porque os recursos são poucos, mas se nós otimizarmos os recursos adequadamente, e procurarmos trabalhar em conjunto, as Prefeituras do interior com a da Capital, somando ao Estado, se todos juntarem o pouco que tem, vamos conseguir fazer muito. Precisamos mudar a estrutura hospitalar que temos. Falamos dos nossos funcionários, e eu sou um crítico da quantidade de falta, fiz um levantamento me 2009, e cheguei a conclusão que os concursados, não todos os concursados, mas de um grupo de 27,5%, que faltava ao trabalho, significa que ele não trabalha quatro meses em um ano, e o colega dele que também é concursado, seletivado ou cooperativado que trabalha lá, quando ele falta não tem quem o substitua.

Então, a responsabilidade é de todos nós, precisamos falar, com esse pessoal. Olha! Nós não temos um Plano de Cargos e Salários, bom seria se tivéssemos um delineamento, que tivesse um plano de carreira, para que essas pessoas tivessem um incentivo, e efetivamente começarem um trabalho com direito a uma aposentadoria digna. Precisamos dar reajustes a essas pessoas. E ao mesmo tempo, fazermos nos hospitais um trabalho de motivação desses profissionais, para que eles possam trabalhar de uma forma adequada.

Dou como exemplo os nossos colegas médicos, que com dedicação exclusiva ganham dez mil reais, e os que não, ganham quatro mil reais, com a mesma carga horária. A dedicação exclusiva, minha gente, diz o seguinte, “você não pode ter um outro emprego fora”, mas ele não diz que você tem que trabalhar além das quarenta horas. Você só pode trabalhar quarenta horas, o restante vai ficar em casa. Como posso dispensar uma cooperativa aqui neste Estado que é um mal, mas é um mal necessário. Quando preciso na grande maioria das especialidades e não tenho profissionais suficientes para ocupar esses espaços?

Sempre digo, a saúde e a segurança são diferentes das outras necessidades, porque o trabalho da gente é ininterrupto. Por exemplo, se o médico, tem quarenta horas e tira um plantão de vinte e quatro e um de doze horas, só faltam quatro horas para completar a carga horária. Assim serve para o dentista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e para os outros setores que trabalham com a saúde.

Nós precisamos criar mecanismos e modelos para que possamos mudar essa questão, nós temos que fazer um estudo detalhado das necessidades.

Leocádio! Na Secretaria de Saúde eu tenho a absoluta certeza que quando você chegou lá não encontrou nenhum setor de estatística, eu não conheço administração pública que não tenha um setor de estatística formado com equipe treinada, que possa nos dar um parâmetro para que possamos fazer um planejamento. Então, muitas coisas precisam ser mudadas. Esse modelo de gestão precisa alterar, porque se não mudarmos daqui a vinte anos nossos filhos vão expor os mesmos problemas que estamos expondo hoje.

Precisamos criar urgentemente um conjunto, onde não tenha situação ou oposição, mas, os trabalhadores da saúde, ao povo de Roraima para que possamos mudar essas questões. São questões que preocupam, e eu como médico, durante esses anos todos, venho lutando para consigamos essas mudanças. Muita gente nos ouve, mas pouco faz do que ouve da gente. Então, precisamos nos adequar a realidade da gente, e a nossa realidade é essa, o SUS, da maneira que faz que municipaliza a saúde, mas não dá as condições necessárias para que o Prefeito possa resolver todos os problemas.

Nós sabemos que essa é a nossa realidade, e precisamos nos adequar a ela. Precisamos rever essa questão do plano de cargos e salários dos funcionários da saúde, para que possamos efetivamente cobrar, para que não tenhamos classes e subclasses dentro da área de saúde.

Confesso, faço pouco uso da Tribuna, porque às vezes, não acredito que possamos mudar determinadas coisas, mas eu estou empolgado com essa atitude do Deputado **Chico Guerra**, desse grupo, para elaborarmos um modelo de saúde, criar um documento voltado para a realidade, para que traga para cá uma equipe de profissionais qualificados, que possam nos dar um diagnóstico, para mudarmos esse modelo de gestão, dando tranquilidade a quem administra. Hoje todo gestor da saúde é corrupto porque ele não tem como fazer. Não é que ele seja corrupto, é o sistema que impõe na realidade nós precisamos

encontrar meios e mecanismos para que possamos dar a vocês os instrumentos para que consigam efetivamente trabalhar.

Eu dei o exemplo da verba que temos nos hospitais, muitas vezes um aparelho fica parado por falta de uma lâmpada, e a Lei 866 diz que tem que haver licitação para que a troca seja feita. Então, nós precisamos criar, com os recursos que o Estado repassa uma lei para que os gestores de hospitais, de instituições, possam trabalhar com esses pequenos recursos, e que essas pequenas coisas não sejam um entrave para o desenvolvimento da saúde.

Quero agradecer e dizer a vocês que estaremos durante esses três dias, trabalhando, ouvindo a opinião sensata de cada um, para que possamos sair daqui com um documento contendo sugestões para o Governo do Estado, para os Prefeitos da Capital e interiores, no sentido de que possamos nos dar as mãos e encontrarmos uma solução urgente. Nós temos licitado um novo hospital, que é o grande gargalo que temos hoje, para que, daqui a três anos, possamos colher os frutos dos trabalhos realizados agora. Muito abrigado a todos, e que Deus os ilumine.

O Senhor Presidente (**Joaquim Ruiz**) – A Presidência agradece a presença do Doutor **Rodrigo Ivo Matoso**, Presidente do Conselho de Regional Odontologia de Roraima e, do Doutor **Ériq Barbosa**, Presidente do Conselho Regional de Farmácia.

Comunicamos que nas pastas dos Senhores há um formulário para que, depois, escrevam as perguntas aos palestrantes.

Convido o Doutor **Geraldo Guedes**, professor da Faculdade de medicina da UFMG, especialista em clínica médica, e Doutor em Saúde pública, para iniciar o seu discurso. O Senhor terá vinte minutos para abordar o tema: “SUS sob a ótica do profissional de saúde”.

Doutor **Geraldo Guedes**, professor da Faculdade de medicina da UFMM – Inicialmente, quero agradecer a oportunidade de está aqui na Assembleia Legislativa de Roraima, nesta cidade maravilhosa de Boa Vista, e em nome de todas as autoridades e Deputados aqui presentes, agradecer ao meu amigo Doutor **Wirlande da Luz**, que me encaminhou o convite, visto que, fomos companheiros no Conselho Federal de Medicina durante cinco anos. Quero cumprimentar, também, os gestores aqui presentes e os profissionais de saúde, senhoras e senhores.

A realidade dos SUS no Brasil, nos dias de hoje, como já foi dito aqui, expressa a realidade de Roraima. Eu acompanho esta história como profissional de saúde, como professor universitário, desde a década de setenta, quando participei ativamente da formação das bases do que foi o capítulo da Constituição Federal de 1980 sobre o Sistema Público de Saúde. Fui relator da oitava conferência de saúde, que aconteceu em 1986, e eu sei que o SUS trouxe muitos avanços para o povo brasileiro, muitos vão se lembrar que a saúde do Brasil vivia um modelo que nós chamávamos de excludente, só tinha direito a saúde os trabalhadores que tinham carteira assinada, portanto, os que eram econômica ativa.

O SUS trouxe a universalidade, a proposta de integralidade, mas não é porque ele representou um grande avanço para a sociedade brasileira que nós, que estamos preocupados com a saúde, não temos que enfrentar os problemas que se avolumam e tornam-se cada vez mais graves. Reconhecer os avanços é fundamental, agora ter claro as dificuldades é mais importante ainda, porque é isso que nós fará avançar no sentido de oferecer uma saúde de melhor qualidade para a população.

Quando o Governo lançou, em 2008, o programa mais saúde, direito de todos, enfatizou que a saúde constitui um direito social básico para as condições de cidadania para a população brasileira. De fato um País só pode ser desenvolvido se seus cidadãos forem saudáveis, o que depende tanto da organização quanto do funcionamento do Sistema de Saúde, como das condições gerais de vida associadas ao modelo de desenvolvimento vigente.

Lamentavelmente, apesar dos esforços, ainda há muitos problemas, e apesar dos esforços e conquistas, nos últimos vinte anos, o acesso universal a saúde ainda é um objetivo a ser alcançado. No que tange à integralidade, nós ainda estamos muito longe daquilo que almejamos. Há falhas no atendimento, filas no atendimento, falta de medicamentos, doentes e doenças se proliferando sem a devida assistência, são notícias cotidianas no Brasil. Vejam, a dengue volta a atacar a nação brasileira, e esse cenário de incerteza e insegurança também é responsável pela exclusão de mais de cinquenta milhões de brasileiros do sistema público que, atualmente, recorrem aos planos privados. Temos quase cinquenta milhões de brasileiros que não confiam no SUS. São aqueles mais abastados que podem ter um plano de saúde.

Ao elaborar as diretrizes do PAC da saúde, Programa de Aceleração do Crescimento, como ficou conhecido, o Governo Federal admite existir “um descompasso entre a orientação da conformação

no sistema universal, que possui um potencial destacado em termo de desenvolvimento, e o processo concreto de consolidação do SUS.” Então, o Governo Federal assume isso nas diretrizes do PAC da Saúde, não sou eu quem fala isso não. Entre as grandes lacunas apontadas para que a saúde se constitua em um dos pilares de estratégia nacional de desenvolvimento, destacam-se as seguintes: a presença de uma significativa iniquidade de acesso, observadas em muitas doenças e agravos envolvendo, por exemplo, dificuldades para cobrir o conjunto de pessoas com hipertensão e diabetes, e o acompanhamento de pré-natal, de mulheres grávidas. A Presidenta lançou um organograma agora, para conferir maior abrangência ao fornecimento de orientação, prevenção e tratamento de diversos tipos de câncer e para atender o conjunto de necessidades na área de doenças transmissíveis, em grande parte negligenciada pelos esforços mundiais de pesquisas e produção.

Outro ponto é o predomínio de um modelo burocratizado de gestão, segundo o qual o controle ineficiente dos meios ocorre em detrimento dos resultados e da qualidade de atenção à saúde. O Deputado que me precedeu o Doutor **Célio**, falava sobre essa questão, esse modelo burocratizado perpassa por toda a organização do sistema, caracterizando tanto a relação entre a União, os Estados e Municípios, até o modelo de gestão na unidade de saúde, ele vai do Ministério a ponta, onde estão trabalhando os profissionais de saúde.

O sub financiamento do SUS não é um delírio, é uma realidade, nós vamos mostrar a frente, é evidenciado tanto pelo gasto per capita, quanto por indicadores simples, mas inquestionáveis como o preço da consulta médica ou de uma cirurgia cardíaca, pois, o SUS paga dez reais por uma consulta médica.

Outro ponto fundamental que caracteriza o SUS de hoje é a precarização do trabalho e o baixo investimento na qualificação de recursos humanos. Existem vários modelos de trabalho para todos os profissionais de saúde, várias são as formas e os institutos utilizados, então, a precarização é uma marca do trabalho hoje, construindo uma ineficiência expressiva que compromete o desempenho dos sistemas, que abarca desde o nível federal até a ponta do sistema. O Ministério da Saúde até pouco tempo tinha 80% da sua força de trabalho precarizada, 80% eram contratados por Convênios, programas e por outros meios que dirá o resto do sistema.

Programas estratégicos como o de atenção básica, como a estratégia da saúde da família, são claramente fragilizados por essa precarização, essa questão interfere tanto na qualidade de ações de promoção, como prevenção e atenção, quanto na própria conformação política de saúde como uma política estável.

Vamos falar sobre financiamento. Eu acho que esse é um tema que nós não podemos deixar de falar porque lá na ponta reconhecemos que os nossos recursos da saúde são insuficientes. É claro que nós sabemos dos graves problemas da gestão, essa eficiência do Estado em gerir bem passa pela moralização do poder público. Os modelos de gestão eficientes existem e funcionam, tanto no setor público como no privado, o mundo já nos deu exemplo disso, um dos países que é símbolo do capitalismo como a Inglaterra tem um modelo de gestão eficiente na saúde, uma atenção básica que funciona, e existem experiências de países em desenvolvimento com modelos de gestão eficientes. Então, é hora de pararmos de reclamar de modelos de gestão, o importante é que a gente assuma de fato uma gestão, não falta consultor neste país para vender bons modelos de gestão, o que falta é vontade política de termos de fato uma boa gestão, não só na saúde. Depois da década de noventa, com o avanço e o retrocesso na consolidação, no início do novo milênio, o Congresso Nacional aprovou a Emenda Constitucional 29. O Deputado **Célio** falou da CPMF que surgiu como IPMF na época do ex-Ministro **Adib Jatene**. Nós fomos e voltamos, e no final de 2001 nós aprovamos a Emenda Constitucional 29, que pela primeira vez vincula recursos da União, dos Estados e Municípios diretamente para a saúde, mas é sintomático e nesse mesmo período o mundo assiste os sinais de fracasso, ainda daquele modelo neoliberal e mais recentemente com a crise global com a interferência ainda mais efetiva do Estado na economia e a garantia dos direitos sociais, mas nós não aprovamos ainda a regulamentação da Emenda Constitucional 29, ela adormece no Congresso Nacional desde 2002. Quando iniciou a legislatura de 2002 foi apresentado o Projeto de regulamentação Constitucional 29, que estabelece e garante 10% do orçamento da união, 12% do orçamento dos Estados, e 15% de todo o orçamento dos Municípios e, na verdade só os Municípios estão cumprindo a Emenda Constitucional 29. O Governo Federal ainda não investe 10% que preconizava a referida Emenda alegando a não regulamentação da mesma. A Emenda 29 irá

definir o que é gasto com saúde, como a atenção integral e universal em todos os níveis da promoção, da reabilitação, da capacitação de pessoas, e do desenvolvimento no sentido tecnológico, na vigilância e na saúde, dentre outros, e também deixará claro o que não é gasto com saúde como: saneamento combate a fome, merenda escolar, pagamento de inativo e pensionista, dentre outros. O Conselho Nacional de Saúde definiu o que é gasto e na regulamentação falou o que é e não é gasto. Muitos Estados da federação utilizam gastos com pagamento de pensionistas e aposentados para justificar gasto com saúde, gastos importantes com o saneamento, mas não são gastos com saúde, e eles escamoteiam, então, os 10% de obrigações. Há dois anos atrás foi dito pelo Presidente do Conselho de Secretários Nacionais de Saúde que somente quatro Estados da Federação estavam cumprindo os 10% da Emenda 29. Era o Secretário de Saúde de Tocantins o Presidente do Conselho.

O Senhor **Geraldo Luiz Moura Guedes** - Em investimento público, nós só perdemos para a Guatemala. Só para se ter uma ideia, não sei se vão conseguir ler. Os Estados Unidos investem 8,1 do seu PIB em saúde; Uruguai, que está em segundo, investe 7% do seu PIB em saúde, o Canadá 7,4%, porque soma o PIB público, ou soma o percentual público e privado; Costa Rica 4,8%; o Brasil 3,6%; a Guatemala 2,2%; Cuba 6,3% e a Venezuela 4,4%. País vizinho de Roraima.

Setor privado no Brasil hoje já investe mais que o setor público, investe 3,8, quase 4% do PIB nacional em saúde para 1/3 da população assistida, porque quem participa do setor privado são aqueles quase 50 milhões de brasileiros que representam ¼, melhor dizendo, da população assistida, porque nós já estamos com 190 milhões de habitantes.

Então, vejam vocês, hoje já se investe no País e, aí, nós vamos assistir a desigualdade, já se investem no país mais recursos privados na saúde, do que recurso público, e aí vocês vão começar entender porque o nosso SUS tem tantos problemas, na gestão dos trabalhadores, no financiamento da saúde, nas carreiras que não chegam. Sempre defendemos carreira pública.

O Brasil tem uma estimativa de gasto com saúde...

O Senhor Presidente deputado (**Joaquim Ruiz**) Senhor **Geraldo**, o senhor tem mais vinte minutos, porque o senhor tem duas palestras. Então lhe daremos mais vintes minutos para o Senhor concluir as duas.

O Senhor **Geraldo Luiz Moura Guedes** - Representante da CRM - MG - Tema: GESTÃO HOSPITALAR continua. - Bom, vamos diminuir a ansiedade, falar menos corrido para a gente poder conversar com calma, já estava premido pelo tempo, é porque o palestrante que viria ontem para falar sobre uma parte dos temas aqui, ele ficou retido no Rio de Janeiro, porque o aeroporto de Brasília fechou. É um pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz, e ele não teria como chegar ontem aqui, portanto, eu vou tentar substituí-lo no que for possível.

As estimativas de gasto com saúde, para vocês terem uma idéia na relação da federação o setor público está responsável 40, 41% dos investimentos públicos de saúde, o governo federal, os Estados não chegam a 20%, em torno de 19%, e os governos municipais que são aqueles que cumprem a Emenda Constitucional 29, e todos nós sabemos que são a parte mais fraca do orçamento. A maioria dos municípios confunde participação do município, não tem geração de receita, vive da distribuição, tanto do governo federal, através do fundo de participação, como dos governos estaduais, mas eles entram com a cota que chega a 20% desse total. O setor privado, os planos e seguros de saúde já estão com 44,88 a mais do que a União investe em saúde. É aquilo que eu falava anteriormente. O desembolso direto, são as pessoas que ainda pagam porque é muito comum cidadãos do interior deste país para que chegue à média, pois tem uma consulta que a gente chama especializada na média complexidade tenham que tirar o dinheiro do bolso, muitas prefeituras fazem através dos consórcios municipais de saúde. Não sei se é uma realidade que existe aqui, mas em Minas Gerais é forte em determinadas regiões, fazem parceria público/privada, onde o cidadão tem que pagar parte da consulta com ortopedista, oftalmologista, isso já representa 16% dos recursos gasto com saúde no País. Bom, setor privado no Brasil, hoje, passou dos 50%, isso para quem sonhou com a saúde pública no Brasil que pudesse ser um modelo de eficiência e pudesse promover a justiça social. É um dissenso, estamos assistindo exatamente o contrário, o SUS que era para ser a regra, já está se transformando em exceção. E o triste dessa história é que ele está se transformando em exceção para a maioria da população brasileira que só tem o SUS, os quase 150 milhões de brasileiros que só têm o SUS. Por que eu falo que ele é exceção? Porque se gasta menos hoje com saúde pública no Brasil, do que se investe no setor privado

do bolo orçamentário dos gastos com saúde tanto público quanto privado. Se nós imaginarmos que a população brasileira vai aumentar o poder aquisitivo e com isso será forçada ou direcionada para os planos de saúde. Já existem estudiosos dizendo que nós vamos ter daqui a 10 anos, 100 milhões de brasileiros no sistema privado nos planos de saúde, porque é o desejo de qualquer trabalhador, mesmo que ele seja defensor do SUS, como eu sou eu tenho um plano privado, que já não é lá essas coisas. Então, pensem vocês, gastando-se mais com o setor privado para 1/4 da população brasileira, e todos sabem que quem precisa, hoje, em uma urgência nas grandes cidades brasileiras ter um plano de saúde não é a solução, é problema, não é bom adoecer, principalmente, em urgência e emergência. Já estou achando melhor ir para um pronto-socorro público. Lá em Belo Horizonte, eu falo para minha família, se sofrer um mal súbito, me leve para o hospital 23, não me leve para as portas dos hospitais privados com o meu convênio, porque eu vou ficar lá mofando. E é assim fica mesmo, mesmo sendo médico. Uma cidade que tem 13 mil médicos, eu que fui Presidente do Conselho Regional de medicina duas vezes, vou ficar mofando como fiquei uma vez, vou ficar mofando como já fiquei uma vez no hospital privado, porque eles não têm condições de absorver a demanda que está sendo criada.

Na área eletiva aquela que a gente chama de programas, são as marcações de consultas especializadas, são as cirurgias programadas, são os cuidados para doença crônica, onde os planos ainda são melhores que o SUS, mas para urgência já não é. Urgência e emergência não são.

Então, vou voltar à realidade sobre as quais estamos falando. Quanto de dinheiro nós precisaríamos, então, para resolver o SUS e torná-lo de fato aquilo que almejamos que fosse? Se vocês me perguntarem agora, eu não saberia responder, mas posso comparar com outros países desenvolvidos que têm um bom sistema de saúde. Agora, tenho certeza, se a regulamentação da Emenda Constitucional 29 já estivesse sido aprovada e se o Governo Federal já tivesse colocado os recursos que cabem ao governo federal colocar que são o mínimo de 10%, ao longo desses quase 10 anos que a Emenda Constitucional está mofando no Congresso, nós teríamos tido muito mais recursos para a saúde, só no ano que passou, seriam mais 26 bilhões dos 66 que foram gastos. Em 2010, nós gastamos 66 bilhões do governo federal e, certamente, muito teria sido feito pelo cidadão brasileiro. Então, o gargalo, e aí nós vamos entrar na segunda parte da palestra que é a questão dos recursos humanos.

A terceira Conferência Nacional do Trabalho, da Educação e da Saúde, eu participei dessa Audiência, também, ela colocou alguns pressupostos básicos para que a gente pudesse melhorar a gestão dos recursos humanos do SUS. Vocês vão me perguntar: Será que já foram implementadas algumas dessas questões? Que eu saiba, não! E eu acompanho bem de perto o que acontece na saúde do Brasil, mas não foi. O documento da Terceira Conferência foi feito, e ele já denunciava a terceirização de serviços que é o que nós falamos. E ele alertava para alguns pontos que são fundamentais. Primeiro, a precarização que eu já disse anteriormente, ele traçou, como diretrizes, carreiras unificadas do SUS. Vocês devem ter ouvido muito falar nisso que garanta as mesmas condições de acesso, desenvolvimento e direito aos trabalhadores nas três esferas de governo, por meios da elaboração de planos com estruturas semelhantes, todos os órgãos que compõem o sistema.

Construção de uma maior identificação pessoal com o sistema de saúde, incentivando uma consolidação de uma cultura própria dos trabalhadores e fortalecendo o sentimento de pertencimento de compromisso. É preciso que você construa a identificação do pessoal com o sistema de saúde. É uma das coisas que a gente observa é uma rotatividade muito grande de mão de obra, fruto da precarização, do pouco incentivo. Devido às condições precárias de trabalho, as pessoas acabam, por mais abnegadas que sejam, quando aparece uma outra oportunidade, ela vai para outra. É isso que está acontecendo lá na ponta, e quando a pessoa fica, ela fica insatisfeita. Então, o segundo ponto que se colocar nessas diretrizes, foi em 2006, mas até hoje não implementada, foi exatamente a construção dessa identidade.

O outro ponto era perspectiva de desenvolvimento na carreira, como política de ingresso, os concursos, evolução e avaliação do desempenho, pautadas na evolução dos trabalhos, justa e responsável. E, aí, o que eles apresentam para gente, e o que a gente está vendo na prática? São as AOES que estão tratando a saúde como uma mercadoria, como se fosse um produto a ser vendido, na medida em que se exige do trabalhador, e a palavra que é simplesmente usada no sistema produtivo é produtividade. O que é produtividade em saúde é igual vender geladeira, carro? Qual é o método? Por isso

que se prevê, por isso que tem esses pontos.

Perspectivas de desenvolvimento de carreira, avaliação de desempenho profissional, são o que pode dar o desempenho que a gente chama de organizacional, se não houver esses pré-requisitos não tem como você criar o que a gente chama de uma equipe de fato, duradoura, que fica na estratégia da família e da saúde que consolide na comunidade, uma equipe que seja entrosada com as questões daquela área que ela é responsável, criando todos esses nesse compromisso que a gente cobra.

É necessário também haver gestão democrática compartilhada entre gestores e trabalhadores para proporcionar uma maior democratização do trabalho.

Reconhecimento do trabalhador de saúde, como fator fundamental para o alcance dos objetivos de consolidação do SUS, é outro ponto de definição dos princípios norteadores das diretrizes que deverão estar presentes nas decisões institucionais de gestores: a universalidade, a equivalência, concurso público, mobilidade, flexibilidade. Eu não vou entrar nos detalhes da carreira, mas esses são pressupostos sem os quais nós não chegaremos a lugar nenhum. As pessoas continuam insistindo num modelo anacrônico, e quando a bomba estourar, será que o problema é da concepção do SUS ou da nossa incapacidade de gerir e financiar o SUS? Quando eu falo “nosso”, eu falo da sociedade, não do gestor de plantão, a sociedade tem que trazer para si essa responsabilidade. Nós estamos fugindo dela, todos nós, porque a constituição foi uma criação da sociedade brasileira, ninguém inventou a constituição, saúde para todos, dever de estado, está lá consagrado na Constituição. E nós estamos fazendo o quê? Avestruz todos nós? Nós que somos responsáveis, eu pergunto a vocês, quem tem a oportunidade de ter um plano de saúde o que faz? Vai buscar um plano de saúde. O trabalhador quando recebe uma proposta de serviço, ele prefere aquela que dá como ganho indireto um plano de saúde para ele e para a família. Agora, nós, que somos responsáveis pelos destinos do SUS, “nós”, eu falo aqui as autoridades, a Assembleia, os gestores, os profissionais, os técnicos, estamos procurando resolver os nossos problemas, todos fazendo um plano bonito, mais caro que a gente pagar, mais seguros ficamos.

Vou enfatizar essas duas questões da minha fala, a questão do financiamento, a questão dos recursos humanos, como ponto central, para que a gente possa de fato desenvolver o SUS.

Vamos rapidamente pensar no hospital brasileiro e aqui vamos pensar nos hospitais de Boa Vista, que representam quase 90% da assistência hospitalar do Estado, os equipamentos de saúde, média e alta complexidade estão em Boa Vista. Temos, hoje, pensar: gestores e trabalhadores, dois modelos de gestão que estão aí para nós vivermos na questão hospitalar. O primeiro é aquele que herdamos do INAMPS que nós remuneramos o prestador, seja ele público ou privado, através dos famosos procedimentos que vão do valor da consulta até uma cirurgia cardiovascular, você paga o valor da AIH, que foi emitida Autorização, Internação Hospitalar ou no caso de tratamento ambulatorial, o tratamento fora do domicílio, no caso das cidades do interior. Hoje, o Ministério da Saúde propõe a chamada contra atualização, eu não sei como anda a contra atualização aqui em Roraima, mas isso é a forma que hoje é novidade na gestão hospitalar. Você pactua com o gestor tantos leitos mensais, um valor calculado pela taxa de utilização desse leito, dependendo da vocação do hospital, vendo o custo de pessoal. E, aí, a negociação vai ser direta com o seu pessoal, inclusive, com médico, ele não vai receber direto do SUS a remuneração profissional. Você vai pactuar para cima e para baixo, e receber um valor fixo e vai gerir aquilo, cumprir as metas estabelecidas.

Então, esses dois são os modelos. E eu acho que merecem tanto os gestores estaduais, como municipais. Aqui, no caso o gestor de Boa Vista, merece implementar esse novo modelo, porque o antigo está falido, vamos passar o resto das nossas vidas lutando por melhorias nas tabelas do SUS, e não vamos conseguir. Vamos ficar com a média complexidade que é muito mal remunerada, a alta complexidade está sendo razoavelmente remunerada e a assistência básica à míngua.

Então, no caso da gestão hospitalar, temos que começar a pensar nos pactos mais ousados, como gestor.

Gostaria de encerrar agradecendo a todos vocês, pedindo desculpas pela veemência como eu trato este assunto. É uma paixão que eu carrego na minha vida junto com as minhas quatro filhas. Agradeço a paciência de vocês em me ouvir durante esse tempo, e estou disposto para participar do debate, assim que for aberto. Muito Obrigado.

O Senhor Presidente (**Joaquim Ruiz**) – Senhores e Senhoras, quando tentamos agilizar, o que é mais importante de tudo é

participação de vocês, depois as perguntas ao abrimos os debates. Peço desculpas, na hora em que eu quis agilizar, mas conforme a determinação da nossa presidência, o fundamental é participação da sociedade para que a gente possa elaborar um documento e comece a prevalecer no orçamento de 2012, questões que estão sendo propostas aqui no nosso plenário.

Passo a palavra ao Doutor **Wirlande da Luz**.

O Senhor Doutor **Wirlande da Luz** – Presidente do CRM – RR – Tema: ESTRUTURA, FUNCIONAMENTO E FINANCIAMENTO DO SUS – Bom-dia a todos, cumprimento a Mesa na pessoa do querido amigo, Deputado **Célio Wanderley**, os demais deputados, na pessoa do meu amigo **Ionilson Sampaio**, cumprimento todos os profissionais da área de saúde, na pessoa do Doutor **Rodrigo Matoso**, Presidente do CRO. Bem, algumas coisas que eu vou falar já foram deitas pelo Doutor **Guedes**. Quando se trata em financiamento de saúde, que era a minha parte, sempre caímos com relação à emenda 29, que é a base do financiamento da saúde. Algumas coisas que vou citar aqui o Doutor **Guedes** já colocou. Então, vocês vão ouvir bastante sobre a emenda 29 na minha palestra.

Sistema Único de Saúde surgiu de um movimento na década de 80, chamado de “movimento sanitário” participam vários profissionais da área de saúde, sindicatos, donas de casa, médicos, enfermeiros, dentistas que naquela época já procuravam uma situação em que todos os brasileiros pudessem ser atendidos igualmente pelo sistema de saúde. Esse movimento culminou com a Constituição Federal de 88 e a criação do SUS. Espero que neste Simpósio se crie também um movimento para que nós possamos de fato melhorar a situação da saúde de Roraima. Vamos fazer aqui um movimento semelhante ao da década de 70, 80. Podemos usar aqui esse movimento e trabalhar todos os profissionais da área de saúde social, população para que possamos realmente melhorar a saúde do Estado de Roraima que está precária, já foi dito aqui. O SUS é o maior plano de saúde do mundo, 70% da população é atendida exclusivamente pelo SUS. É um bom sistema de saúde? Cumpre o seu papel? Teve os seus avanços? Vamos aqui enumerar os avanços na saúde pública depois da constituição do SUS. Realmente, houve seus avanços no sistema. Nós, os profissionais de da saúde, reconhecemos que é um bom sistema de saúde, mas nós sabemos que está muito aquém do que deveria estar. Houve redução da mortalidade infantil, houve aumento da cobertura vacinal e do pré-natal, houve controle das doenças transmissíveis, diminuição da desnutrição infantil, redução das internações por complicações por hipertensão arterial, diabetes e doenças cardiovasculares, redução significativa de números de fumantes, redução do número de infartos agudo do miocárdio, e acidentes Vasco cerebral, esses foram alguns avanços, nós entendemos que, nos 22 anos do SUS, a saúde brasileira teve avanços, não como nós esperamos, ou esperávamos. O SUS surgiu com a constituição, e o artigo 195 diz que “a seguridade social será financiada por toda sociedade, mediante recursos do orçamento da União, Estados e Municípios”, e o artigo 198, parágrafo 1º, “o SUS será financiado com recursos do orçamento da seguridade social dos Estados e dos municípios”. Bom, se a saúde é um direito de todos, e um dever do Estado, por que só aquele que tem plano de saúde tem uma condição melhor de atendimento? Porque dentro do atendimento do SUS existem muitas e muitas pessoas excluídas nas filas para cirurgia, consultas é dever do Estado cabe o Estado financiar, fazer saúde sem dinheiro, minha gente, é impossível. Gastá-lo adequadamente isto sim é possível. A CPMF criada para investir na saúde, foi desviada para DRU, para a previdência e para combate e a erradicação da pobreza. Agora, um novo imposto já levantado no cenário nacional, no parlamento pelo governo. O governo recolheu as suas intenções, mas agora se levanta de novo porque a criação social da saúde. Por que hoje o brasileiro é contra a criação social da saúde? Porque já tivemos experiências com CPMF que foi criada para financiar exclusivamente a saúde e a criação. Agora, com esse novo imposto para saúde, com certeza absoluta é o medo do povo de que ele seja novamente desviado para outros fins.

Além do financiamento, nós temos problema sério, como a ineficácia dos serviços e o desvio dos recursos da saúde pública. A ineficácia acontece por falta de vontade ou por desconhecimento da gestão do SUS. Os desvios ocorrem do apadrinhamento político, desvios pelos prestadores de serviços, muitas vezes, com o aval dos gestores, não cumprimento da carga horária, acúmulo de contratos, também a maioria das vezes com o aval dos gestores, desvios para outras funções como saneamento, pagamento de inativos e pensionistas, merenda escolar, limpeza urbana e outras.

O orçamento do Ministério da Saúde, apenas colocando o de 1995, que era de 91,6 bilhões; em 2003, o orçamento baixou para 44,6 bilhões; em 2010, foi para 67,5 bilhões; e em 2011 o orçamento federal da saúde está na casa de 77,1 bilhões. Desses 77 14 bilhões vão para pagamentos de inativos e ativos. A Emenda Constitucional 29, se aprovada, hoje o orçamento do SUS seria de 100 bilhões, nós teríamos 30 bilhões a mais, se já estivesse sido regulamentada a emenda constitucional 29. Ela foi aprovada no ano de 200, e determinou a veiculação dos recursos da União, Estados e municípios para aplicação de serviços públicos de saúde.

Quanto à regulamentação da emenda 29, hoje os Municípios e os Estados já estão cumprindo esses parâmetros da regulamentação. Ela define os gastos com a saúde, define a fonte dos recursos, define a base de cálculo, fixa os percentuais mínimos dos repasses como foi dito aqui, a União 10%, 12% para os Estados e 15% para os Municípios, e define a forma de transferências dos recursos entre as esferas de governo e define o que é principal que é a definição dos serviços de saúde. O que é ação de saúde, e o que é serviço de saúde. Enquanto a Emenda Constitucional 29 não for regulamentada, esses recursos, que aí estão, serão desviados para todas aquelas funções que nós já colocamos aqui: saneamento, combate à pobreza, limpeza urbana.

Esse quadro que está aí é de 2007 onde estão colocados todos os Estados brasileiros e quais os que aplicam e cumprem a emenda constitucional 29. Roraima, nesses dados fontes do COPS do Ministério da Saúde, está colocado em 2007 com 14,46% de aplicação, está acima do que prevê a Emenda Constitucional 29.

Hoje, investimento em Roraima: em 2000, o Estado aplicou 11,51%; em 2009, 12,58%, coloquei Boa Vista em 2010, pois não tenho dados de 2010, mas em Boa Vista aplicou com 15% do orçamento, quer dizer, dentro daquilo que é regulamentado pela Emenda Constitucional 29, apesar de ela não ter sido regulamentada, os Estados e Municípios já continuam aplicando, só quem não consegue aplicar é a União.

Dados de 2010: 22 Estados aplicaram os percentuais previstos na Emenda Constitucional 29.

A Emenda Constitucional 29 foi aprovada no Senado em 2007, depois foi para a Câmara dos Deputados e hoje ela está aprovada, mas falta ser aprovado o destaque, que é um destaque apresentado pelo DEM, que é exatamente derrubando a contribuição social da saúde que o Governo Federal queria colocar para aprovação, mas o DEM fez um destaque para retirar e por causa desse encalce está parada no Congresso Nacional.

Então, a oposição não quis colocar a contribuição social da saúde, e o Governo só trabalha para sua aprovação, se coloca mis um imposto para contribuir com a saúde.

É unanimidade no Congresso Nacional que a Emenda deva ser aprovada, mas não unanimidade na questão de se criar mais um imposto para a saúde.

Então, qual o caminho que devemos seguir, para que possamos resolver alguns problemas da nossa área de saúde? Primeiro, implantar políticas de saúde pública, e não política de saúde, e o que se vê na maior parte do Estado é aparelhamento político no sistema de saúde.

Fortalecimento da atenção básica de saúde, principalmente na atenção primária. Qualificação permanente das equipes do programa de saúde da família hoje chamada de estratégia/saúde da família.

Organizar as demandas do setor primário, são coisas que muitas vezes não requer recurso, requer treinamentos e boa vontade política como já foi colocada.

Dinamizar, modernizar e garantir o atendimento na rede básica de saúde. O maior investimento no setor primário, garantir maior cobertura com equipes do programa de saúde da família, ou estratégia da saúde da família completa.

O programa da saúde da família, hoje, em Boa Vista tem 54 equipes, 10 equipes estão sem médicos. Cada equipe cuida de 4 mil pessoas, isso significa que nós temos 40 mil pessoas desassistidas. Se essas pessoas estão desassistidas elas vão procurar onde? Vão procurar os prontos-socorros, serviços de urgência e emergência, onde cria um gargalo maior. O serviço de urgência e emergência já é um gargalo em qualquer situação e, sem assistência de 40 mil pessoas, esse gargalo vai complicar. Vai cair na maternidade, com essas 40 mil pessoas, vamos colocar 50% de mulheres, e vamos colocar 5% ou 10% que estejam grávidas elas vão cair na maternidade sem pré-natal. E aí vai acontecer o que acontece hoje na maternidade, as mulheres chegando a trabalho de parto, gravidez de risco, porque não tiveram um pré-natal adequado. E é hoje a situação em que se encontra o programa da saúde da família

no Estado, falando mais da capital, isso é uma situação grave.

Das 54 equipes, três estão sem enfermeiros. Quanto à situação do estado, estão suspensas as cirurgias eletivas, não tem médico no interior. Precisamos implantar um sistema de referência e contra referência eficaz, hoje o paciente sai do programa de saúde da família, fica 3, 4 meses para adquirir uma consulta com especialista, quando ele é atendido não tem a contra referência, muitas vezes, sai sem a referência. Então, uma das coisas mais importantes hoje no serviço de saúde pública é questão da referência contra a referência.

Garantir vagas suficientes no atendimento especializado; Garantir um bom e moderno aparelhamento hospitalar, oferecer atendimento na média e alta complexidade com resolutividade, garantir serviços de urgências e emergências com coberturas em todas as especialidades; garantir uma rede de exames complementares; garantir um atendimento multiprofissional e garantir o abastecimento farmacêutico, principalmente, aqui tem um problema sério: não se fixa profissional de saúde no interior enquanto não se criar o plano de carreira, cargos e vencimentos para garantir a fixação deles no interior, ninguém vai ao interior numa situação grave do jeito que está sem a menor condição de trabalho se não tiver um plano de carreira. Você pode pagar para um médico, enfermeiro, 50 mil reais, ele vai ficar três meses lá, coloca 300 mil no bolso e vai comprara um local aqui, monta um consultório e volta para cidade, porque ele não tem a mínima condição, isso com todos os profissionais de saúde, ele não tem a mínima condição de ficar num lugar desses. Conforme uma pesquisa do Conselho Federal de Medicina, o salário está em segundo lugar entre o que os médicos mais querem. O que eles querem são condições de trabalho para ter segurança na hora que atende o seu paciente. É uma pesquisa nacional. Estou falando de médico, mas todo profissionais da área de saúde: farmacêuticos, bioquímicos, odontólogos, enfermeiros, ninguém vai para esses interiores.

Hoje está se discutindo no país inteiro essa questão, de modelo de gestão. Então, a saúde vai mal, aí começa a se discutir a questão da gestão. Aí surge modelo de gestão em toda parte, a gestão direta que é essa que já estamos fazendo aqui no serviço público, que é a gestão de todos os profissionais da área de saúde, isso é pesquisa no Brasil inteiro, essa discussão já vem de muito tempo, quer essa gestão direta, ninguém quer a questão das cooperativas, organizações sociais de saúde, fundações, ninguém quer esse tipo de terceirização na saúde. É porque quando se cria esse tipo de terceirização, você entrega para a empresa todo sistema público de saúde, que o governo bancou, comprou, equipou, para essas empresas gerirem a saúde, mas está sendo provado que não já melhora. Melhora quando é pontualmente, por exemplo, o Instituto Nacional do Câncer, como é aqui o Sara Kubitschek que são fundações em alguns lugares pontualmente, mas você não pode colocar essa terceirização no programa de saúde da família, não pode colocar no serviço de urgência, não dá nesses casos. A gestão tem que ser gestão direta, e nessas discussões qual será o melhor sistema de gestão de saúde? Eu acho que o melhor sistema de gestão de saúde é o sistema que atenda a necessidade do paciente, é o sistema que atenda as necessidades de trabalho e de sobrevivência dos profissionais de saúde e principalmente o sistema honesto. Esse é o melhor sistema.

Coloquei aqui para a reflexão: Na revista médica saíram essas duas colocações do José de Alencar, vice-Presidente da República, ele diz assim: Quantas lições de humildade foi perceber, existem pessoas muito mais elevadas do que eu, como são os profissionais de saúde que cuidam de mim. Seria a conclusão de quê? O que eu faço, profissionalmente, tem menos importância do que eles fazem. "Isso porque o meu trabalho não tem efeito nenhum direito sobre o próximo". E é assim que nós profissionais de saúde somos. Não queira os gestores do poder executivo federal colocar sobre os ombros dos trabalhadores de saúde as mazelas da saúde. Sobre os ombros dos profissionais de saúde não pode ser colocado assim. O problema da saúde não pode de maneira nenhuma ser jogado em médicos, enfermeiros, dentistas ou dentistas, como culpados por mazelas? Se existe gente com 03, 04, 05 empregos é com convivência dos gestores, e isso está no Brasil inteiro. As pessoas querem colocar sobre os profissionais da área de saúde.

Então, espero que nestes três dias de encontro nós possamos aqui levantar realmente uma bandeira como aquela que foi levantada nas décadas de 70 e 80, "Bandeira do Movimento Pró-saúde de Roraima", com a participação de todas as pessoas deste Estado, principalmente, da área de saúde e da área social.

Vamos fechar este encontro com um documento, que será apresentado com uma carta da saúde de Roraima que o nosso Presidente,

juntamente com a sua comissão de saúde, vai apresentar para os gestores, provavelmente, o Ministério Público colocando os nossos diagnósticos da saúde e indicando o caminho a ser seguido. E, aí, vai depender de nós todos cobrarmos.

O Poder Legislativo cobrando do Executivo. Nós, a população brasileira da área da saúde, cobra do Executivo, dos gestores e do Poder Legislativo, porque se não houver essa cobrança não vai sair do papel. Informo a todos, pois vou ter que sair, terei um encontro em Brasília amanhã, mas retorno amanhã à noite e, no último dia, na formação dos grupos e nas discussões para fechar o documento, eu estarei aqui com vocês o dia inteiro. Muito obrigado.

O Senhor Presidente (**Joaquim Ruiz**) – Deixo aqui para reflexão essa carta. É um pedido pessoal meu para que todos os sindicatos, o Conselho Regional de Medicina, pois está para ser votada a Emenda Constitucional 29, ela está na Câmara dos Deputados, que votem como ela está só a gente poderia carimbar a contribuição social para que todo esse recurso seja feito como se faz na educação: 60% para pagamento de salários; 40% para material de consumo e equipamento. Só isso aqui seria um avanço fantástico para a saúde pública do Brasil. Se você veicula recursos salário, veiculo recursos para equipamentos, para material de consumo e tendo uma fiscalização séria, teremos uma saúde séria.

Quero saber por que Boa Vista fechou quatro unidades do PSF? O Senhor falou que o Município de Boa Vista, aplicou recursos do SUS.

O Senhor Doutor **Wirlande da Luz** – Presidente do CRM – RR – Tema: ESTRUTURA, FUNCIONAMENTO E FINANCIAMENTO DO SUS - Não sei responder o porquê de fecharem, mas os dados, que estão aí, são do sistema de informação do orçamento, que é do Ministério da Saúde, é o dado que diz que foram aplicados 15%. Agora, a causa do fechamento dessas equipes desconheço, mas sei que alguns profissionais de saúde nos procuraram no Conselho Regional de Medicina, dizendo que um técnico do Paraná veio como consultor e que iria cortar a metade das equipes do programa de saúde no Município. Não sei se é verdade, se for verdade vai ser um desastre total. Então, essas informações foram denúncias, o Conselho de medicina está levantando. Agora, os dados de 15% são dados do Ministério da Saúde.

O Senhor Presidente (**Joaquim Ruiz**) – Outra pergunta é da Suamiste sobre planos de cargos, carreiras e salários. Qual a solução da fixação do profissional de saúde, que é do interior, e não do Estado de Roraima?

O Senhor Doutor **Wirlande da Luz** – Presidente do CRM – RR – Tema: ESTRUTURA, FUNCIONAMENTO E FINANCIAMENTO DO SUS – Eu não falei do interior, eu falei sobre plano de cargos e carreira e vencimentos, é um plano de cargo para o Estado inteiro. Quando eu falei "interior", eu falei que se tivessem planos de cargos e vencimentos, as pessoas conseguiriam se fixar no interior. Mas é um plano que deve ser para o Estado inteiro. Agora ninguém vai para interior ou se fixa no interior se não tiver esse plano de carreira, não tem como fazer, ele é para Estado inteiro, aliás, ele deve ser obrigatoriamente para o Estado.

O Senhor Presidente (**Joaquim Ruiz**) – Doutor **Wirlande**, qual a firmação já que a CPMF está ou estava sendo desviado, que ela foi extinta não se poderia criar uma lei que não permita que este fundo seja desviado. Essa não é a função do Congresso Nacional?

O Senhor Doutor **Wirlande da Luz** – Presidente do CRM – RR – Tema: ESTRUTURA, FUNCIONAMENTO E FINANCIAMENTO DO SUS – Logicamente, sim. O problema é que a bendita Emenda 29, se ela não for aprovada e definir o que são ações de saúde, todo Governo vai achar que pode desviar para qualquer coisa de ação de saúde. Antes de a CPMF cair, nós fizemos um movimento em nível nacional. O Doutor **Guedes** participou em Brasília porque o Presidente **Lula** queria, naquela época, tirar mais dinheiro da saúde para o "Fome Zero", porque ele dizia que se a pessoa não comer, não tem saúde. Então, se começar a dividir os recursos da saúde da emenda. Isso se de fato oficializado. A Emenda Constitucional 29 vai dizer, Fome Zero, dinheiro para comida, não faz parte da saúde, tire de outro lugar, não da saúde. Dinheiro para limpeza urbana, não faz parte da saúde, você tem que tirar de outro lugar. As ações de saúde são aquelas que promovem ações de saúde e cuidam das pessoas no sistema da rede básica e de alta complexidade. Então, isso é que está definido na Emenda Constitucional 29, enquanto isso, eles vão continuar desviando. E outra coisa, esse desvio é oficial, todos os parlamentares sabem que existe esse desvio, e é um desvio carimbado. É um desvio de um recurso legalizado, essa é que é a verdade.

O Senhor Presidente (**Joaquim Ruiz**) – Para o Doutor **Geraldo**. Adriana Oliveira da Silva, acadêmica do 5º módulo de medicina, em gestão hospitalar, pergunta: O verdadeiro problema da saúde não seria gestão dos recursos ao invés de recursos financeiros escassos?

O Senhor **Geraldo Luiz Moura Guedes** – Representante da CRM – MG – Tema: GESTÃO HOSPITALAR – Então, eu acho que são as duas coisas, deixei claro isso, nós temos problemas de gestão, acho que são muito mais políticos. Mas é inegável que nós temos, e eu coloquei um quadro, mostrando no ranking da América latina, em que lugar o Brasil está em investimento público. Nós só perdemos para Guatemala. Então, faltam recursos, sim, não é à toa que a Emenda Constitucional 29 está lá para ser regulamentada. Para vocês terem uma idéia, estamos investindo hoje por habitantes no Brasil cerca de 600 reais, um montante que a União, os Estados e os Municípios, os Países que já consolidaram o sistema de saúde que é eficiente, de qualidade, investe em torno de 2 mil dólares per capita em saúde, quer dizer, estamos muito longe. Estamos investindo cerca de 600 reais em saúde. Se somarmos todo dinheiro público e privado, nós investimos 1.000 reais. Então, está muito longe dos dois mil dólares que os Países desenvolvidos investem em saúde, mas não os Estados Unidos, não, que investem cerca de sete mil e quinhentos a oito mil dólares. São países como Canadá, que conseguiram um sistema de saúde eficiente, e que é um serviço de saúde porco. Então, eu acho que precisamos aperfeiçoar a gestão, ela depende muito mais de vontade política e precisamos colocar mais recursos na saúde, sem os quais vamos continuar patinando na implementação do SUS, e o sistema suplementar vai crescendo por causa da insegurança da população.

O Senhor Presidente (**Célio Wanderley**) – Gostaria de informar, e pedir ao Doutor **Guedes** que eu ainda tenha algumas perguntas, que as perguntas que não forem contempladas, serão respondidas e devolvidas posteriormente. Mas gostaria que as pessoas fizessem essas perguntas, pois algumas não poderão ser respondidas agora, poderão ser respondidas e devolvidas para as pessoas.

O Senhor Deputado **Mecias de Jesus** – Se Vossa Excelência me permite apenas perguntar, cadê o Secretário de Saúde do Estado, Doutor **Leocádio** foi embora?

O Senhor Presidente (**Célio Wanderley**) – Ele me pediu para se ausentar em função da documentação, pois tem a palestra às 14:30h.

O Senhor Deputado **Mecias de Jesus** – Senhor Presidente, quero parabenizar a Mesa Diretora da Assembleia pela iniciativa, mas pelo que eu pude observar o Governo do Estado se retirou do Plenário para não dar explicações ao povo de Roraima, dar o motivo pelo qual a saúde pública está tão ruim assim. Nós viemos debater a saúde. A saúde em Roraima é uma doença geral, e quero parabenizar Vossa Excelência, a Mesa Diretora, mas ele não poderia sair da Mesa dos Trabalhos na hora do debate, na hora de responder as pergunta do povo. Muito obrigado.

O Senhor Presidente **Célio Wanderley** – Posteriormente, às 14:30h o Doutor **Leocádio** deverá fazer a sua explanação e ficará disposto a responder as perguntas que lhe forem feitas. Por enquanto as perguntas dirigidas à Mesa são para os palestrantes.

Convivo o Doutor **Miguel**, adjunto da Secretaria de Saúde, para responder as perguntas direcionadas ao secretário.

As perguntas agora são direcionadas aos palestrantes. Doutor **Guedes**, a estratégia da saúde da família é uma solução para uma saúde básica. Qual a sua opinião?

O Senhor **Geraldo Luiz Moura Guedes** – Representante da CRM – MG – Eu acho que sim, ela já mostrou eficiência em outros países onde essa estratégia foi implementada. Falei aqui no Canadá, mas a primeira experiência exitosa foi à Inglaterra do pós-guerra, depois da segunda guerra mundial quando se criaram as equipes do quartirão que era o esboço do que era a equipe de saúde da família. EUA achou que ela carece hoje de uma estrutura bem mais definida.

Vejam, o governo federal passa para o gestor Municipal cerca de 7 mil reais por equipe de saúde da família. O Estado e o Município, no caso o Município, tem que mudar uma equipe que seja completa com médico e enfermeiro, dentista. Quando vem dentista, onera mais um pouco, mas com médico e enfermeiro e os agente comunitários de saúde ela não fica com menos de 20 mil. Então, o governo federal está repassando cerca de 1/3 do curso de uma equipe da saúde da família. É Preciso que se invista mais, que aumente esse repasse e que se garanta o que nós chamamos de carreira e que dê estabilidade às equipes. Os contratos na maioria são precarizados, isso faz com que haja uma

troca de profissionais e diminua o compromisso em exceção da população, é preciso que a gente dê estabilidade às equipes da família, com possibilidade de carreira, de mobilidade da carreira, pois o indivíduo pode planejar o médico, enfermeiro, o dentista num cenário futuro para ele e para a família, ele não precisa passar o resto da sua vida confinado a uma cidade que ele quer ficar, ele pode passar lá 10 anos, como um juiz, como um defensor público, essa carreira precisa da mobilidade para que uma pessoa possa ir migrando a partir de um interstício. Então, são idéias que estão aí, o Ministério da Saúde já está discutindo com médicos e enfermeiros a possibilidade dessa carreira de Estado, pra federais e para regiões longínquas de difícil acesso. A região Amazônica é uma dessas regiões, o nosso Estado, Minas, onde você tem maior dificuldade para manter e fixar o profissional, mas sem dúvida nenhuma a estratégia de Saúde da Família é uma estratégia bem vinda, que pode melhorar muito e ela já demonstrou eficácia, porque a presença da saúde família reduz indicadores de saúde em grandes mazelas que são mazelas da população, como a mortalidade infantil. Nós temos pessoas que lidam com estratégia de saúde da família, hoje, com as 30 mil equipes que temos no Brasil, reduziu a mortalidade infantil e outras, as complicações do parto e da obstetra e questões da imunização, o controle da hipertensão arterial e do diabetes, saúde vinculada ao sucesso parcial, claro que tem muito que avançar a presença da saúde. Então, não tenho dúvida, a estratégia da saúde da família precisa ser consolidada no Brasil.

Mas ela representa um grande avanço na assistência básica da população brasileira.

O Senhor Presidente (**Joaquim Ruiz**) – A Vera Aparecida pergunta: existem verbas para as Secretarias da Saúde do Negro nos Estados? Anemia falciforme e pressão alta são preocupações do SUS?

O Senhor **Geraldo Luiz Moura Guedes** – Representante da CRM – MG – Bom, anemia falciforme é uma das doenças que eu coloco como negligenciadas nas minhas falas. Quando eu falo de doenças negligenciadas, a anemia falciforme é uma delas. O sistema público de saúde carece de uma atenção mais voltada para essa questão em relação à população brasileira, onde a miscigenação foi grande, nós sabemos que anemia falciforme é uma doença genética, está ligada à origem de raça, está presente na população negra e nas pessoas que têm hipertensão, que carregam esses genes a partir da miscigenação. Então, é uma doença que a gente coloca como uma doença de pobre, diferentemente da hemofilia que é uma doença que atinge mais, que está ligada à segunda idade, as pessoas mais abastadas da população. E nós sabemos que existe muito mais investimento para tratamento de hemofilia do que para anemia falciforme. Gosto de dar esse exemplo para mostrar duas doenças que tem atenção diferenciada.

Com relação à hipertensão, a gente está evoluindo muito, a distribuição de medicamento melhorou muito. Eu estou na ponta, fala a 10 15 anos, quem está no serviço público desde essa época no interior e nas grandes cidades, sabe que nós não tínhamos remédios para tratar essas doenças na atenção básica. Hoje nós temos remédio para tratar, então, o controle da hipertensão arterial já melhorou muito no Brasil, com isso diminui os riscos de complicações, como insuficiência renal, derrame cerebral, infarto agudo do miocárdio, mas o que está problemático é a referência. Quando esse paciente que trata lá na atenção básica precisa de um especialista, aí, vem o gargalo, aí que está o problema, o clínico lá na ponta, o médico do PSS, a enfermeira sabe detectar que o paciente precisa visitar, por exemplo, o cardiologista, por anúncio de uma complicação. Aí começa o drama, ele não consegue chegar à média complexidade, isso é o problema, assim a possibilidade desse paciente evoluir com a complicação, como a insuficiência renal, passa ser muito maior, se ele pudesse fazer os exames necessários, voltar com a reorientação da mudança de medicamento, de algum procedimento que se fizer necessário.

Então, nós continuamos, ainda, com a questão do gargalo da média complexidade. É muito difícil um paciente sair da atenção básica e ir para a média complexidade, a fila é grande, a possibilidade de tratamento com especialista ainda é um problema sério da atenção à saúde no Brasil.

O Senhor Presidente (**Joaquim Ruiz**) – A assessoria do Secretário da Saúde informa que ele não saiu do recinto, está dano entrevista. Então, as perguntas direcionadas a ele serão respondidas durante a palestra e, hoje, à tarde.

O Senhor Deputado **Célio Wanderley** – Doutor **Geraldo**, quando se fala sobre gestão, logo se pensa em projeto e planejamento, o que pode ser feito para que se organize e coloque em prática a situação precária que estamos vivendo? Falta de materiais e salários?

O Senhor **Geraldo Luiz Moura Guedes** – Representante da CRM – MG – Tema: GESTÃO HOSPITAR – Lógico que a questão de planejamento é fundamental, qualquer gestor público sabe que podem vir os melhores técnicos de planejamento e venderem os produtos, porque, só planejamento, sem a vontade política, o planejamento não é nada, foi isso que eu quis dizer na minha fala.

Então, hoje, é preciso que cuide do cumprimento de metas. Na saúde a gente trabalha com aquilo que chamamos de indicadores de saúde, a partir da informação. Se tiver um bom serviço de informação lá na ponta nos hospitais, desburocratizando, nós conseguimos executar gestão com objetividade.

Então, não adianta os gestores contratarem equipes de consultores e colocá-los para trabalhar e oferecer um modelo de planejamento para gestão, não vai resolver. Se nós não tivermos pessoas capacitadas no serviço público, para que a gente possa utilizar as informações e com isso acompanharmos no caso da saúde os indicadores de saúde, e eles começam do quê? Do médico que atende e precisa preencher tudo que atendeu ali, com diagnósticos, não podem ser informações muito sumárias. É a enfermeira que faz atendimento em enfermagem, são as comunicações das doenças, essas informações vão dar um instrumento para que a nível central você possa planejar o que você precisa de recurso humano, inclusive, buscar mais verbas para implementar. O que acontece muitas vezes? O planejador vai lá, faz uma consultoria, vende um planejamento, cobra uma grana boa, por sinal, decide o que tem que fazer. E isso, de repente, o setor de compra: comprando tomográfico, comprando equipamentos caros, que, muitas vezes, ficam encaixotados sem utilização. Em Minas Gerais, um hospital do coração que nunca foi concluído importou milhões e milhões de recursos na década de 80, todos viraram sucatas, e nunca foram utilizados, não servem para nada, alta tecnologia. Então, é preciso ser comedido e ser firme na gestão. Não podemos negligenciar com os dados, com as informações. Isso eu falo para os médicos, para os meus alunos, informação tem que ser passada com segurança, não é burocracia, é instrumento de gestão. Para que isso seja valorizado, você tem que treinar. Então, eu aconselho a todos os gestores treinar os seus servidores, motivá-los a valorizar informação, motivar o pessoal do nível intermediário a produzir os indicadores, porque não adianta, você tem que refinar o indicador. Não adianta você falar que a mortalidade infantil é isso, é X. Ela não é suficiente, você tem que detalhar, tem saber a mortalidade infantil, pré-natal, a neonatal para poder intervir no indicador, por exemplo, da assistência pré-natal, para poder intervir, senão o gestor não sabe que médico, enfermeira, qual o especialista que ele vai contratar, precisa montar uma equipe do NASPE, com quê? Qual profissional? Acho bom pedir um fonoaudiólogo, porque tem uma menina que é muito boa em fonoaudiologia. Não é assim. Como vamos priorizar, você tem que ter informação, acho que a gente despreza o profissional desde a ponta, passando pelo nível intermediário e o nível de gestão. Relatório é só porque o chefe de cima está cobrando.

O pacto da saúde trabalha cinco indicadores básicos de melhorias das condições da assistência. Mas vocês que estão aí no sistema conhecem quais são esses cinco.

O Senhor Presidente (**Célio Wanderley**) – Doutor **Guedes**, solicito a Vossa excelência ser mais sucinto nas suas respostas em função do grande número de perguntas que nós temos aqui.

Uma pergunta da Daniele, farmacêutica, conselheira municipal de saúde, falando sobre a precarização, como o Doutor observa o Estado de Roraima em gestão de saúde, que não valoriza o servidor, não tem plano de cargos e carreiras e salários, não respeita o que está na lei e na Constituição, faz acordo com determinadas categorias, não planeja com o próprio servidor no crescimento das mudanças necessárias para o Estado?

O Senhor **Geraldo Luiz Moura Guedes** – Representante da CRM – MG – Tema: GESTÃO HOSPITAR – Isso é um ponto, esse planejamento tem que ser feito com a participação do servidor, o próprio governo coloca isso como meta. Então, eu acho que a situação de Roraima não deve ser diferente da maioria dos Estados brasileiros. Se você pegar as principais cidades brasileiras elas têm planos de cargos e salários, algumas das principais capitais, a maioria dos Estados não tem a maioria das cidades não tem, e o governo federal também não tem o plano de carreira para os trabalhadores da saúde, esse é um quadro nacional.

O Senhor Presidente (**Célio Wanderley**) - Pergunta da Lúcia Ferreira, por que os servidores do SUS não têm férias e décimo terceiro salário dos que trabalham no PSF?

O Senhor **Geraldo Luiz Moura Guedes** – Representante da CRM – MG – Tema: GESTÃO HOSPITAR – Eu posso explicar isso, tenho dentro de casa. Minha esposa é dentista e trabalha no PSF, acontece que esses contratos precários não preveem pagamento de férias e décimo terceiro. Vamos supor que o contratado tenha um vínculo estadual/municipal, e ele recebe mil e quinhentos a dois mil reais por aquele vínculo de quatro horas, aí ele entra para PSF, é pago a ele uma complementação pela duplicação da jornada e, além disso, um incentivo do PSF. Essa parte não é contabilizada do ponto de vista trabalhista, por isso ele não tem direito a férias sobre aquilo nem décimo terceiro. Agora, quando ele não tem vínculo nenhum, é tudo informal, é a precarização total. Então, é importante que se consolidem os planos de carreiras. O Congresso Nacional está com um projeto parado, justamente para resolver o problema da complementação dos profissionais que são colocados no programa da saúde e da família. Os profissionais que têm cargo público no Estado ou no Município, sendo municipalizado, ele é complementado. Então, eles estão querendo transformar isso em direito para que a pessoa tenha direito a receber, no caso da aposentadoria ou por doença. Se aposentar perde aquilo, se adoeecer não recebe aquilo.

O Senhor Presidente (**Célio Wanderley**) – Uma pergunta da Ana Paula Lemos: qual será o programa para os idosos em caso de atendimento e acompanhamento e aquisição de remédios? Qual será o modo de contribuição para que o INSS, sendo que em nosso Estado hoje já existem mais idosos?

O Senhor **Geraldo Luiz Moura Guedes** – Representante da CRM – MG – Tema: GESTÃO HOSPITAR – Bom primeiro INSS não é mais responsável pela assistência da saúde no Brasil, o SUS é que rege hoje, ele vive com o dinheiro orçamentário, não vive mais com o dinheiro previdenciário. Existe uma cláusula na Constituição que a presidência pública repassaria esses recursos para o SUS durante um período. Isso acabou na época do Governo **Itamar Franco**, e foi justamente a época em que surgiu o ICMF.

O Senhor Presidente (**Célio Wanderley**) – Pergunta o Senhor pode comentar a prevenção primária, é atrativa para o setor político, e por isso se investe mais na atenção secundária e terciária?

O Senhor **Geraldo Luiz Moura Guedes** – Representante da CRM – MG – Tema: GESTÃO HOSPITAR – Não entendi, mas realmente é que se investe mais, dois terços dos recursos públicos que vão para saúde, vão para médias e altas complexidades. Vamos pegar os dados do governo federal, dos 66 bilhões gastos no ano passado, acho que dois terços deles foram para médias e altas complexidades, bem mais para o setor público. Isso é assim no mundo inteiro, a média e alta complexidade são mais caras, porque os meios estão cada vez mais é incorporado, meio diagnóstico nesse tratamento que, ao incorporar tecnologia, aumenta o custo. É claro que no Brasil existem algumas distorções, por exemplo, vamos pensar numa coisa simples de raciocinar que é o parto. O número de parto cesariano realizado no Brasil contraria todas as estatísticas do mundo inteiro. Então, isso precisa ser mudado com o parto cesariano, você acaba consumindo mais recursos públicos, isso é um exemplo.

Segunda coisa, se você não pode tratar uma hipertensão arterial e diabetes, conforme tem tratado esse paciente necessitando de um atendimento especializado, vai ao especialista e volta à atenção básica, se você tem problema na média, o que vai acontecer? A corda vai estourar em determinado momento, porque aquele paciente, que não tratou bem a hipertensão ou diabetes, vai numa hemodialise. Então, ele vai acabar gastando mais na alta complexidade, ou ele vai enfartar e vai ter que ser internado, fazer a colocação do histende ou de uma revascularização num custo muito maior se ele tivesse recebido uma assistência adequada lá atenção básica, quer dizer, os cuidados primários e na média complexidade. Então, tudo isso tudo potencializa o aumento dos gastos na alta complexidade. O Brasil é vanguardista em transplantes, hoje, talvez a gente esteja em segundo lugar em realização em sucesso de transplantes. Ótimo, muito bom, mas certamente muitas pessoas que chegam ao transplante hepático, renal, cardíaco, não chegariam se tivessem tido uma atenção adequada lá atenção básica e na média complexidade, quando ele precisasse ter um especialista.

Bom, em qualquer lugar do mundo é caro médio e alta complexidade. Lá em Israel estão fazendo um setor público de saúde, sabem que Israel é um país rico, onde a saúde é toda pública, não existe saúde privada em Israel, está cheio de reformas, de gestão, de contenção de gastos sem causar prejuízos à atenção à população, mas sempre vai ser onde vamos ter mais gasto. Agora, é certo que no Brasil ainda existem distorções que precisam ser superadas como essas que eu citei

aqui como exemplo.

O Senhor Presidente **Célio Wanderley** -... Discurso proferido pelo Deputado **Célio Wanderley**, no qual o mesmo afirma hoje que todos os gestores da saúde são corruptos. Senhores estou certo de que não podemos afirmar que todos os políticos são corruptos. Portanto, pedimos a Vossa Excelência o mesmo tratamento de respeito. Quer dizer, na realidade, quando eu fiz a afirmação ali, é no contexto do discurso que eu estava fazendo que se nós não mudarmos o modelo de gestão todos os políticos e gestores de saúde são considerados corruptos. Entretanto, não que eles sejam corruptos, mas é o modelo que hoje se preconiza aí. Eu já discuti várias vezes, à respeito disso. Nós temos a Lei nº 866 que preconiza que todas as compras sejam feitas com licitação. E nós, em determinado momento precisamos agir, porque saúde é diferente de qualquer outra coisa. O gestor tem que tomar uma atitude e regulamentar essa situação da compra de medicamentos. Quando falta medicamento e precisa-se comprar medicamento de emergência para regularizar a situação, tal fato faz com que o gestor futuramente venha a ter um processo em função dessas questões. Então, quando eu coloquei que se nós não fizermos alguma coisa, não mudarmos o modelo de gestão que hoje é preconizado, os problemas irão continuar. Todas as pessoas que passam na gestão da saúde, quando saem de lá, saem com problemas de processos, de devolução de recursos, exatamente por causa dessas questões. Foi isso que eu falei quando disse que todos os gestores da saúde sejam corruptos. Temos um sistema arcaico e ultrapassado, a saúde é diferente de outros setores, o gestor, muitas vezes, tem que tomar uma atitude quando há falta de medicamento. A doutora Jeane não está aqui, mas, já tive a oportunidade de me reunir com ela várias vezes, por eu ser Presidente da Comissão de Saúde, em outras oportunidades e, sei que, às vezes, somos obrigados a ir à farmácia comprar o medicamento para depois poder pagá-lo e fazer o processo de licitação. Perguntei a ela o que é que nós fazemos, nesse caso porque é uma ilegalidade perante a 866. Ela disse que ficava com a Lei e eu, efetivamente, vou ficar com a vida. Ela está certa do ponto de vista do direito só que do ponto de vista do ser humano temos que pensar essa questão. Então, quando eu falei sobre isso, talvez ela não tenha entendido ou pegou o discurso pela metade. Na realidade, se nós não fizermos alguma coisa, todas as pessoas que passarem na gestão da saúde, quando saírem de lá, terão problemas na prestação de contas exatamente em função disso. Então, nós precisamos criar meios e mecanismos para dar a esses gestores a condição para que eles possam fazer uma gestão sem que venham, posteriormente, a ter problemas com a prestação de contas.

O Senhor Expositor (**Doutor Wirlande da Luz**) – Presidente do CRM –RR. – Eu quero informar que algumas perguntas dirigidas a mim, não sei informar porque não são dirigidas ao gestor, tanto Estadual, como Municipal. Então, quero sugerir à Mesa que essas perguntas, já que à tarde vão estar os dois gestores, sejam repassadas para eles responderem no primeiro momento em que se iniciar o Simpósio.

O Senhor Presidente **Célio Wanderley** – Eu vou fazer uma pergunta a minha companheira e amiga, Doutora Magnólia, representante do CRM. Os problemas da saúde, prioritariamente, estão na falta de resultabilidade da atenção básica ou têm sido pactuados no SIB para solucionar o problema? Eu acho que o Doutor **Wirlande** pode responder para a Doutora **Magnólia** essa questão.

O Senhor Expositor (**Doutor Wirlande da Luz**) – Presidente do CRM –RR. – Doutora **Magnólia**, minha colega e Conselheira do CRM, a porta de entrada de saúde pública é o PSF, não tem outro lugar. Por isso que eu falei da questão da referência e contra-referência que nós sabemos que é um desastre no Estado de Roraima.

Com relação à questão da pactuação na SIB, eu lhe confesso que é outra pergunta que quem pode responder é o Secretário de Saúde do Estado e o Secretário de Saúde do Município. Se isso foi pactuado ou não, só os dois podem responder porque são eles que estão na gestão. Agora, os recursos da saúde são poucos. A questão do financiamento da saúde que hoje deveria estar em 100 milhões está em 77. Nós temos quase 30 milhões a menos. O que acontece é que esse recurso também é muito mal usado, mal administrado. Eu garanto para vocês que com os recursos que têm o Estado e o município hoje, a gestão da saúde poderia ser muito melhor, mesmo faltando recursos, visto que, a metade se perde pelo ralo. E, não sou eu que estou inventando, todos nós sabemos o que está acontecendo com a gestão pública no Estado de Roraima.

O Senhor Presidente (**Célio Wanderley**) – As perguntas que não foram respondidas hoje pela manhã serão respondidas hoje à

tarde pelos palestrantes àquelas que vieram identificadas. Se não estiveram identificadas, solicitaremos que sejam feitas novas perguntas.

Quero agradecer a presença de todos que se fazem presentes neste Simpósio e dou por encerrado os trabalhos desta manhã, convidando a todos para retornarem às 14:30, para que possamos reiniciar nossa palestra.

O Senhor Presidente (**Célio Wanderley**) – Convidamos para compor a Mesa dos trabalhos o Doutor **Leocádio Vasconcelos**, Secretário de Estado da Saúde; Doutor **Robério Araújo**, Secretário de Saúde do Município de Boa Vista; a Doutora **Jeanne Christine Sampaio** Fonseca, Promotora de Justiça; a Senhora **Betânia Cavalcanti Souto**, Gerente de Saúde Indígena da SESAU; o Enfermeiro **Bernardo Alen**, Representante do Conselho Regional de Enfermagem; a Doutora **Elana Almeida**, Representante da Sociedade Roraimense de Pediatria. Convido, também, o Doutor **Miguel Ângelo**, Secretário Adjunto da Secretaria Estadual de Saúde o Doutor **Wilson Franco**, Presidente do Sindicato dos Médicos, e o Secretário do Município de Alto Alegre, **Joseilson**, que se faz presente aqui na Casa.

Como nós já estamos um pouco adiantados na nossa programação, vamos dar início aos trabalhos nesta tarde, convidando o primeiro palestrante o doutor **Antônio Leocádio de Vasconcelos Filho**, para iniciar o seu discurso sobre: “O Estado, como gestor, e as grandes demandas da saúde pública, que são de alta complexidade”.

O Senhor Secretário Estadual de Saúde (**Leocádio Vasconcelos**) – Boa-tarde a todos. Queria cumprimentar a Mesa na pessoa do Deputado **Célio Wanderley**, cumprimentar a todos os demais Deputados e Deputadas, os companheiros da Secretaria de Saúde, aos profissionais de saúde, a imprensa e todo o público presente.

Senhor Presidente, obviamente que eu não vou ousar fazer palestras sobre saúde, pois não sou da área. Eu entendo que esse evento tem por objetivo, exatamente, discutir a situação da saúde pública do Estado. Eu acho que é mais ou menos nessa linha que a questão foi enfatizada de manhã pelo Deputado **Célio Wanderley**. E, o propósito que me anima neste momento é trazer aqui a real situação da nossa saúde pública no Estado. Quem sabe ao longo desses três dias, sabedores todos nós dessa realidade, buscaremos alternativas. Não quero iniciar minhas palavras sem antes me congratular com esta Casa pela iniciativa brilhante da realização deste evento. Acredito que essa é uma oportunidade rara em que a sociedade, juntamente com o Legislativo e o Executivo, vão discutir alternativas para a saúde, como colocou aqui pela manhã o Doutor **Wirlande**, que a saúde é um problema nacional. O Doutor **Célio** também afirmou isso. Eu, também, trilho na mesma linha de que não é porque a saúde brasileira é ruim que nós temos que nos espelhamos nela. Nós temos que buscar os bons exemplos.

Quero, antes, esclarecer um pequeno mal entendido que houve aqui hoje, no final da manhã, quando do término do último palestrante, teve início as formulações de questionamentos por parte da platéia. Eu estava do lado do Presidente dos trabalhos naquele momento, Deputado **Joaquim Ruiz**, e perguntei a ele se daquelas perguntas algumas seriam dirigidas a mim, e ele me respondeu que agora de manhã, as perguntas seriam apenas para os palestrantes. E, pedi permissão para atender o pessoal da imprensa e saí. Encontrei o Doutor Miguel e disse a ele que se houvesse alguma solicitação que ele atendesse. Não me retirei de maneira nenhuma com o propósito de abandonar a Mesa dos trabalhos, como entendeu o nobre Deputado **Mecias de Jesus**. Não teria porque ter esse propósito de me retirar, até porque nós estamos aqui para discutir a situação da saúde, não para nos omitirmos e escondermos absolutamente nada.

Queria começar, Deputados, falando que, efetivamente, quando criticamos a situação da saúde, criticamos com razão, como cidadãos que somos. No entanto, nós precisamos antes, não apenas criticar, mas, conhecer pelo menos algumas das causas dessa situação. De manhã foi abordado aqui, mais de uma vez a questão da Emenda Complementar nº 29, e eu não vou mais me aportar a ela porque já foi um assunto exaustivamente comentado. Mas, inevitavelmente, a questão da saúde, em nível de Brasil, perpassa necessariamente pela questão básica elementar chamada orçamento público para a saúde. A Emenda Constitucional nº 29 introduziu na Constituição Federal o percentual de 12% dos orçamentos Estaduais para a saúde. Salvo melhor juízo, mais uma vez o nosso Congresso Nacional ignorou as peculiaridades diversas do Estado brasileiro.

Só para reflexão, 43% da população do Estado de São Paulo é atendida por plano de saúde. Roraima tem 2% da sua população com

plano de saúde e, muitas vezes os próprios beneficiários quando precisam, terminam na maioria dos casos recorrendo à saúde pública do Estado. Isso significa dizer que o Estado de Roraima, diferentemente do Estado de São Paulo, por exemplo, que atende basicamente 50% da população, tem que atender 100% da população. 90% dos municípios do Estado de São Paulo assumiram plenamente a municipalização da saúde. Em Roraima nenhum município assumiu até hoje. Nós não vamos criticar ou incriminar os municípios, os prefeitos, por tal fato, pois, sabemos das limitações enormes de todas as administrações municipais. Mas, essa é a realidade. E, como se não bastasse, ainda temos que atender uma considerável parcela da população dos países vizinhos.

Aonde é que eu quero chegar com isso, gente? É que os 12% da Constituição Federal não são suficientes para atender a saúde pública do Estado de Roraima. Pode ser suficiente para outros Estados, como eu acabei de citar, para Roraima, não pode, não dá. Nós estamos hoje diante de uma impossibilidade material mesmo. No ano passado o Estado chegou a 14, 2%. Desculpem os termos, mas pelo andar da carruagem o ano que vem será mais.

A questão da CPMF que efetivamente era um sustentáculo da saúde teve uma desvirtuação muito grande e terminaram acabando com ela, e nunca mais se encontrou uma fonte alternativa. Acho que é uma questão de tempo, mais cedo ou mais tarde o Congresso brasileiro terá que encontrar uma nova alternativa, sob pena de algumas coisas serem criadas em nível de alguns Estados brasileiros.

Só para os Senhores e as Senhoras terem uma idéia, os números que eu vou colocar aqui também têm uma razão de ser. No ano passado os 12% do orçamento do Estado representaram 189 milhões de reais. Diferentemente do que costumávamos ouvir, o Estado teve uma receita de quatro bilhões e não sei quanto. A receita do Estado, o ano passado, constituída do FPE e da receita própria é exatamente a que serve de base para a saúde totalizar um pouquinho mais de um bilhão e meio. 12% disso dá exatamente 189 milhões. Só a folha de pessoal da Secretaria de Saúde deu 210 milhões. E aí os Senhores e as Senhoras haverão de colocar o seguinte: má gestão falta de planejamento; tudo bem, até concordo, mas, talvez, os Senhores não tenham idéia da demanda do dia-a-dia da saúde pública. Hoje eu estava conversando com o Reitor da Universidade sobre a minha preocupação com relação ao grande número de profissionais da saúde que estão sendo formados aqui nas nossas Universidades, visto que todos terão que procurar o Estado para trabalhar porque não temos, praticamente saúde privada no Estado. Não quero, em hipótese alguma, justificar a folha de 210 milhões, só quero colocar que é um problema, Deputado **Célio**, com o qual convivemos. O Doutor **Robério** não deve ver uma situação diferente. A alternativa seria o quê? Dar uma enxugada radical nessa folha e reduzi-la. Nós criaremos um problema social tremendo. Eu ouvi aqui, hoje de manhã, de alguém da platéia, enquanto o Deputado **Célio** falava que nós temos os comissionados, os efetivos, os terceirizados e os cooperados, alguém dizendo que nós temos uma quinta categoria: os apadrinhados políticos. Efetivamente, gente, é uma dificuldade que nós temos enfrentado. Eu tenho passado esses dois meses em que estou na secretaria, tentando arrumar os cargos comissionados. Os Senhores e as Senhoras não imaginam o quanto é difícil. Agora eu estou partindo para os efetivos. Já estou me deparando com uma enorme dificuldade. Muitos profissionais que fizeram o concurso em 2007 para o interior, tomaram posse e, em seguida, veio a história do apadrinhamento e vieram para a capital. E, hoje nós estamos com a maioria dos municípios desprovidos de recursos humanos. Eu estive sexta-feira, em Rorainópolis, em Caroebe, e constatei que a realidade não é outra. Eu já fiz o levantamento de todos os municípios e já determinei ao Departamento de Recursos Humanos convocar todos esses apadrinhados a voltar para suas bases. Vai ser um problema! Eu não vou ter tempo durante o dia para atender as pessoas pleiteando que eu não faça isso. E o pior, não é só os próprios servidores não. Nós temos outras questões que contribuem, e muito, com essa dificuldade. Eu me refiro a questão dos TFD, pois, para os Senhores terem uma idéia, no ano passado o Estado mandou quase 800 pessoas com TFD para fora do Estado. Hoje nós temos uma lista de aproximadamente 600 pessoas e a grande maioria desses pacientes, estão ilícitos de PSD porque nós não temos profissionais com especialidade para atender. Nós temos algumas especialidades com dois ou três profissionais que representam um número absolutamente insuficiente para atender a demanda da sociedade. Temos que superar alguns vícios, quebrar alguns paradigmas que foram implantados ao longo do tempo. Sei que vou desagradar uma boa parte

da platéia, mas acho que esse evento é para nós tentarmos identificar os problemas e as dificuldades que nós temos na saúde pública.

Com relação à questão de folha ainda, nós estamos encontrando tremenda dificuldade para acabar com uma cultura que foi implantada chamada plantão extra, como complementação salarial para praticamente todo mundo. Em nenhum momento somos contra o pagamento de plantão até porque tem previsão legal. O que nós somos contra é a forma de concessão desses plantões. Só para os Senhores terem uma idéia, essa é uma prática comum para os servidores que estão de plantão, principalmente, para aqueles de menor salário. Se o plantonista falta ao trabalho, convoca um colega para tirar o serviço em substituição porque o plantão é muito maior do que um dia de trabalho. Estou colocando exemplos de problemas que nós temos no dia-a-dia, para mostrar que, efetivamente, nós temos um conjunto de problemas construídos ao longo dos vinte anos do Estado. Não são problemas de hoje. Sabemos, também, das dificuldades por causa das nossas instalações físicas. Então, hoje de manhã eu conversava com Sua Excelência, o Governador, mostrando para ele a nossa preocupação com relação ao nosso HGR no que diz respeito ao número reduzido de salas cirúrgicas. O número que há hoje é insuficiente para atender a população. O aumento no número de leitos na UTI é um investimento que nós precisamos fazer urgentemente porque a demanda é cada dia maior.

Eu tenho me preocupado muito com a situação da nossa saúde no interior. Somente agora comecei a visitar o interior e constatei que nós temos enormes dificuldades para manter os profissionais lá, principalmente os médicos. Disse ao Governador que talvez com o plano de cargos e salários nós consigamos isso. O plano de cargos e salários é um dos itens que está na nossa agenda para resolvermos esse ano, mas, tenho minhas dúvidas de que com ele, simplesmente, nós consigamos manter os profissionais no interior. Eu estive, por exemplo, em Rorainópolis, na sexta-feira à tarde, e me encontrei com alguns médicos, verdadeiros guerreiros trabalhando lá com uma sobrecarga enorme, mas, estão lá de segunda a domingo. Porém, eles são poucos.

Outra questão que nós estamos enfrentando aqui hoje, e todo mundo sabe disso, a Doutora Jeane tem acompanhado o problema de desabastecimento das nossas unidades, mas graças a Deus estamos conseguindo reverter a situação, mas, são problemas que não podem ser resolvidos da noite para o dia.

Enfim, é um conjunto de ações que precisaremos desenvolver a quatro mãos. É por isso que eu destaquei, no início, a importância desse evento, para que nós, juntos, busquemos alternativas. Eu estou colocando só os problemas porque normalmente o lado bom nem se discute em seminários como esse. Se nós fôssemos também tratar das questões relevantes que envolvem a saúde pública do Estado hoje, nós gastaríamos aqui um bom tempo. Entendo que o simpósio é para discutirmos problemas da Secretaria de Saúde, por isso, eu estou colocando aqui as nossas principais dificuldades hoje. Mas, só para exemplificar também o aspecto positivo, já está sendo licitado o Hospital do Pintolândia e a ampliação do Hospital de Caroebe. A licitação foi para o Ministério da Saúde só para dar um ok e um pequeno ajuste que será feito. Dentro de três meses nós estaremos começando a ampliação do Hospital de Caroebe. Batemos o martelo com o Governador hoje para terminarmos definitivamente o Hospital de Rorainópolis. São ações positivas também, mas que normalmente terminam não ocupando o espaço que as coisas difíceis ocupam.

Nós tivemos, recentemente, visitas de técnicos do Ministério da Saúde, elencamos uma série de ações a serem desenvolvidas juntamente com o Ministério. Tanto eu como o Doutor Miguel, temos estado com frequência em Brasília tratando dessas questões, mas agora vou estar envolvido aqui com a questão dos profissionais da saúde porque nós vamos ter que encaminhar para cá um projeto de lei. Nós temos uma questão para resolver agora até o meio do ano, que é a questão da nossa cooperativa. O contrato dela vence agora em julho com absoluta impossibilidade legal de prorrogação. Teremos que encontrar uma outra matriz para resolvermos a situação do nosso pessoal da área de saúde e mandarmos um projeto de lei para cá. Com certeza, alterando a Lei nº 392, aumentando o número de vagas em algumas categorias, poderemos chamar um grande número de aprovados em concurso que ainda estão aguardando serem chamados. Deveremos fazer isso até final de junho. Estaremos encaminhando, também, neste mesmo projeto, o atendimento a um pleito do Estado na pessoa do Governador com relação aos plantões. Estaremos mandando este projeto de lei com reajuste no valor dos plantões. E há um item, Deputado **Célio**, que eu vou colocar aqui apenas como

reflexão. O Senhor colocou de manhã uma questão que eu ainda não encontrei solução, sobre o médico DE e o médico 40 horas. O médico de 20 horas recebe 2.000,00; o médico de 40 horas; 4.000,00; o médico 40 horas e DE ganha 10 mil. Eu ainda não consegui entender, do ponto de vista prático qual, a diferença entre o 40 e o 40 DE. O 40 DE, deveria estar impossibilitado de ter outra atividade, mas, na prática não é o que ocorre. E isso se justifica, também, porque é difícil você ter aqui bons profissionais ganhando 10 mil reais por mês. Não sei se já nesse projeto de lei, mas no projeto do PCCS, me anima a idéia de discutirmos sobre essa questão. Já convidei o Conselho do Sindicato das Associações dos Médicos para discutirmos a quatro mãos essa situação e buscarmos um denominador comum que atenda a todos.

Em síntese, como eu coloquei, não vou fazer palestra sobre saúde porque não é a minha área. Eu trouxe aqui apenas essas situações que representam o quadro atual da saúde do Estado. Eu acho que a partir daí temos condições de discutir e buscar alternativas e, quinta-feira sairemos daqui com algo que possa contribuir senão para solucionar, mas, pelo menos para minimizar algumas dessas questões. Estou vendo ali o Doutor Robério Araújo que, com certeza, vive situações bem parecidas ou senão mais graves. Semana passada eu estive em uma reunião do Conselho Nacional em Brasília e constatei que a nossa realidade não é muito diferente da de outros Estados. Mas, como o Deputado **Célio** disse pela manhã, nós não temos que tomá-las como exemplo, temos que buscar melhorias para a nossa saúde. Muito obrigado e uma boa-tarde.

O Senhor Presidente (**Célio Wanderley**) – Queria registrar a presença da nossa colega, a ex-Deputada **Marília Pinto**, que se faz presente nesta Casa.

Convido a doutora **Jeane** para fazer parte da Mesa.

Dando sequência aos trabalhos, convidamos o segundo palestrante, Doutor **Robério Araújo**, Secretário de Saúde do Município de Boa Vista, para fazer o seu pronunciamento sobre o tema: “Dificuldades e Práticas Locais”.

O Senhor Secretário de Saúde do Município **Robério Araújo** – Senhor Presidente da Assembléia Legislativa de Roraima, Deputado **Chico Guerra**, Senhor Presidente da Comissão de Saúde desta Casa, **Célio Wanderley**; **Leocádio Vasconcelos**, Secretário Estadual de Saúde; Doutora **Jeane**, Promotora de Saúde do Estado de Roraima. Eu quero, em nome do Deputado **Mecias de Jesus**, saudar todos os Parlamentares que compõem a Assembléia Legislativa do Estado de Roraima; bem como as Senhoras e os Senhores.

É com muita satisfação que venho a esta Casa Legislativa para falar a respeito do município, como gestor da atenção básica de saúde, sobre as Dificuldades e Práticas Locais. Antes de começar, quero fazer um breve retrospecto do que representa o município de Boa Vista em relação ao Estado de Roraima. O Município de Boa Vista, a capital do Estado, o município sede, hoje é constituído por aproximadamente 63% da população do Estado de Roraima e, portanto, é um Município-Estado, tendo na sua grande maioria a população majoritária que compõe o Estado de Roraima. O município, nós não podemos esquecer que desde o ano passado, 2010, sofreu um tremendo baque nas suas finanças quando a União Federal resolveu praticamente retirar da cota do FPM mais de 50% do valor destinado ao município de Boa Vista.

Eu faço essa referência porque é preciso que a sociedade boavistense e roraimense tome ciência da maior crise financeira já experimentada pelo município de Boa Vista. Nós não podemos desconhecer esta realidade. Basta vermos os orçamentos destinados à saúde nos anos anteriores que são bem superiores aos 90 milhões destinados para o ano de 2011. Esse fato precisa ser esclarecido e tomado como base para que possamos avaliar o objetivo, a competência e as possibilidades com que a gestão municipal pode tocar a saúde.

Então, eu gostaria de pedir o auxílio do data-show para que eu possa comentar alguns slides sobre o município como gestor da Atenção Básica em Saúde, Dificuldades e Práticas Locais. Diz a Constituição Federal, no seu artigo 6º, que são direitos sociais: a educação, a saúde, o trabalho etc. O Artigo 23 diz que esses direitos são competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. No Parágrafo 2º a saúde e a assistência pública de proteção, são garantidas às pessoas portadoras de deficiência.

Diz a Constituição Estadual, no Artigo 5º: São direitos sociais à educação, à saúde, o trabalho, o lazer etc. Seção II da Saúde; Artigo 135: A saúde é direito de todos e dever do Estado. O Estado af significando Município/Estado e União.

Política Municipal de Saúde de Boa Vista: Historicamente eu

até inverteria aí, o primeiro item seria estratégia e saúde da família que veio em 1994 a regionalização, descentralização, controle social da gestão.

Habilitação do Município de Boa Vista em gestão plena do sistema municipal. Isso aconteceu em 1999. Adesão ao pacto pela vida em defesa do SUS e da gestão em 2006. E em 2007, a assinatura do termo de compromisso de gestão.

É necessário que todos saibamos a competência constitucional de cada ente federativo. Ela está diretamente relacionada, primeiro, ao poder que tem o ente federativo. E aqui, eu quero citar como exemplo o município pobre que não dispõe de recursos para prestar assistência à saúde. É evidente que, como é uma competência comum aos três entes federativos, o Estado ou a União possa assumi-lo. Nós não podemos é dizer que constitucionalmente é dever do município a atenção básica de saúde, ou melhor, a baixa complexidade e do Estado, a Média e alta complexidade. E, evidentemente que a média pode ser negociada, pactuada, e pode ser feito pelo município. E o que pode ser feito pelo Estado?

Aqui nós temos um quadro que demonstra muito claramente isso. A atenção básica, em verde, tem uma pequena parcela na média complexidade que está em amarelo, e tem a alta complexidade em vermelho. Vemos vê que a competência do município que está em verde, fica bastante distante do vermelho que é alta complexidade. No entanto, o Município de Boa Vista desde os idos do ano 2000 até hoje, eu não sei de quem foi a idéia, puxou para si o patrocínio, a promoção da média e alta complexidade da saúde infantil em Roraima. E, nós vivenciamos há 11 anos essa competência que o município pegou, sem ser obrigado a fazê-lo. Mas, como naquela oportunidade o município disponha de recursos financeiros, não teve problemas para dar manutenção a média e a alta complexidade no atendimento às crianças até os 16 anos. No caso de emergência e internação, até os 12 incompletos. E no caso de ambulatório e pronto-atendimento até os 16 anos. Acontece que a realidade vivenciada hoje é muito diferente.

Roraima detém 451.237 pessoas. Boa Vista detém 277.584, ou seja, isso corresponde a 61,53% da população do Estado de Roraima. Aqui, nós temos a demonstração da rede municipal de atenção básica, que é finalidade do município. Aí sim, temos a cidade de Boa Vista distribuída em oito macro-áreas que estão distintas ali pelas cores.

São fundamentos da Atenção Básica: Acesso universal e contínuo ao serviço de saúde, efetivar a integralidade em seus vários aspectos, desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes, valorizar os profissionais de saúde, pois sabemos que até agora isso não está acontecendo, realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados evidentemente pelo trabalho desenvolvido por essas equipes, estimular a participação popular e o controle social.

São responsabilidades Municipais para com a atenção básica: cumprir os princípios da atenção básica, organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de atenção básica de forma universal, dentro do seu território e do município, buscar a viabilização de parcerias com organizações não-governamentais e com o setor privado para o fortalecimento da atenção básica.

São responsabilidades Estaduais para com a atenção básica: pactuar na SIB, que é a comissão interjetora bipartite, que tem na sua presidência o Secretário de Estado de Saúde e os membros dessa comissão. Pactuar na SIB estratégias, diretrizes e normas de implementação da atenção básica do Estado, destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da atenção básica. É fundamental observarmos o segundo item. São deveres do Estado: Destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da atenção básica, definir estratégias de articulação com as gestões municipais do SUS, com vistas a institucionalização, a avaliação da atenção básica, pactuar de novo na SIB a utilização dos recursos para compensação de especificidades regionais. Isso aqui são aqueles casos em que eu falei anteriormente, no início. Existem municípios que não têm a menor condição de prestar assistência à saúde. Nessas condições é evidente que tem que ser pactuado em SIB à utilização de recursos estaduais.

Rom relação à responsabilidade Federal para com a atenção básica: Eu queria pedir maior atenção de todos os Senhores. Participarmos de certos fóruns e, aqui mesmo, de reuniões do Conselho Estadual de Saúde. E, observarmos, muitas vezes, que os membros dessas comissões são pessoas da sociedade civil organizada, representantes que participam dessas comissões. Muitas das vezes elas acreditam que tudo que vêm da União é coisa perfeita. No entanto, eu quero lembrar a essas pessoas que a proposta da federação é como se

fora um colar que é dado naquele momento. E eu cito aqui como exemplo que a União disponibilizou para o município de Boa Vista 70 mil reais para que este lançasse o programa saúde do homem. Aí eu me pergunto: Se eu já estou em dificuldades financeiras para bancar as nossas ações básicas, do Hospital da Criança, como vou lançar esse programa? Eu tenho que ter a responsabilidade de mantê-lo. E, sou cobrado pela União para fazê-lo. No entanto, eu não disponibilizo de recursos financeiros.

Eu respondi, e aqui está presente a nossa Conselheira Magnólia, quando ela queria saber sobre os 70 mil que vieram para o lançamento do programa, o seguinte: Olha, está na conta, eu não vou mexer porque não vou ter condições de manter esse programa. E eu não serei irresponsável de lançá-lo e depois acabar com o programa. Vários programas que a União colocou à disposição e coloca quase que mensalmente à disposição dos municípios funcionam assim, como corda para o município se enforçar num futuro próximo. É assim que funciona.

Então, não vamos nos iludir com essa questão de que todos os programas que a União disponibiliza aos municípios é perfeito. Falta sim uma discussão nacional para podermos ter um programa que venha ao encontro da nossa realidade. E, só assim, o município poderá ir até a União e pedir valores que correspondam e que possam realmente fazer aquele programa funcionar como a população merece.

Com relação a expansão da Saúde da Família, nós temos a nossa rede de unidade básica de saúde distribuída em todo o município de Boa Vista. Temos sete centros de saúde. São eles: Caranã, Sílvia Botelho, Caimbé, Buritis, Asa Branca, São Vicente e Délio Tupinambá, no Raiar do Sol. A estrutura física desses centros é constituída de recepção, salas para o setor administrativo e para procedimentos de enfermagem, consultórios médicos de enfermagem e odontológico, farmácia e laboratório. Evidentemente que esses centros fazem exames mais simples e ofertam os seguintes serviços: aplicação de vacinas, curativo, coleta de teste do pezinho, atenção à saúde da criança e do adolescente, atenção à saúde da mulher, do idoso e do adulto. Nós temos a coleta de exame para diagnosticar a malária, a tuberculose, a Hanseníase e, consultas médicas, de enfermagem e odontológica. E temos, também, a coleta de exames que são realizados nos nossos laboratórios. Temos, ainda Postos de Saúde nos bairros: 13 de Setembro, 31 de Março, São Pedro, Pricumã, Pintolândia, que é o Lupércio Lima, Centenário, que é o Pastor Luciano e no Cidade Satélite, que é o Aigará Mota. A diferença da estrutura física é que nos postos de saúde nós não dispomos de laboratório. E temos 17 Casas de Saúde da Família no Caranã, no União, no Cinturão Verde, no Senador Hélio Campos, No Raiar do Sol, Cauamé, Jardim Floresta, Mecejana, Santa Tereza, Jardim Primavera, Sílvia Leite, Alvorada, Equatorial, Camará, Pintolândia, Santa Luzia e Hélio Campos II. Essas casas são constituídas de recepção, salas para procedimentos de enfermagem, consultório médicos e de enfermagem e farmácia.

O principal indicador da atenção básica é a proporção da população cadastrada pela estratégia da saúde da família. O pactuado em 2010 foram 75%. Nós alcançamos a pactuação, a média anual de consultas médicas por habitantes nas especialidades básicas. Tivemos um pactuado de 1.5. Alcançamos, também, o que foi pactuado: 1.5. E a média mensal de visitas domiciliares por família, praticada pelos agentes comunitários de saúde, foi pactuado em: 1.0 e nós chegamos a 0.7. Aqui, a justificativa é que nós tivemos uma deficiência de agentes comunitários de saúde num número de 47 agentes. Com relação ao acompanhamento de pré-natal, temos aqui um dado interessante. A proporção de nascidos vivos com quatro ou mais consultas pré-natais, no ano de 2006 era de 80.2%. Nós tivemos em 2007 o percentual de 83.4%. Em 2008: 84.5%. Em 2009: 87% e tivemos em 2010: 89%. O exemplo de tudo isso é de que a meta pactuada foi de 80%. Então, esse é um dado excepcional.

A Política Municipal de Humanização vem ao encontro do que preconiza a Política Nacional de Humanização. O Ministério da Saúde instituiu, em 2003, a Política Nacional de Humanização. Qual o objetivo dessa política? Fortalecer os princípios do SUS, provocar reflexão crítica sobre a atual realidade dos serviços de saúde, estimular posturas de organização coletiva e participação ativa dos gestores, trabalhadores, usuários de comunidade. Eu diria até que a Política Municipal de Humanização é constituída, hoje, de um comitê municipal de humanização que foi criado pela Portaria 077, da SENA, do Diário Oficial da União 2.467, de 03/06/2009.

Eu gostaria de citar, também, as ações desenvolvidas nos anos de 2009 e 2010. Nós tivemos oficinas de qualificação e humanização

para gestores e profissionais de saúde. Tivemos mais de 400 profissionais treinados. Temos agora a proposta para 2011/2012, de a criação dos grupos de trabalho de humanização nas unidades básicas de saúde. Sabemos o quanto é importante um pai ou uma mãe de família, quando leva o seu filho numa Unidade Básica de Saúde, ter o acolhimento humanizado. O acolhimento humanizado seria aquele em que o pai ou a mãe chega com o seu filho e pelo menos recebe a atenção ou do diretor da unidade ou do enfermeiro que esta no plantão trabalhando. Na maioria das vezes, e eu faço essa crítica ao nosso próprio sistema, às reclamações são de que o usuário, ao tentar chegar à Unidade de Saúde, muitas vezes já é convidado a se retirar porque o Doutor já foi embora, o enfermeiro já foi embora ou porque o vacinador não apareceu naquele dia para trabalhar. Então, a humanização é justamente isso, e eu digo como médico de ponta que já fui, que considero o acolhimento e a humanização de aproximadamente 60% no atendimento excepcional. Se você for bem recebido, tiver uma ação, você certamente não fará denúncia contra aquela unidade ou contra aquele profissional. Nós vamos fazer, também, a implantação do acolhimento com classificação de risco nas Unidades Básicas de Saúde

Nós apresentamos aqui projetos pleiteados pelo município e aprovados pelo Ministério da Saúde. Nós temos já garantidos a construção de 9 Unidades Básicas de Saúde. E já vamos anunciar que serão contemplados o bairro Cauamé, Tancredo Neves, Liberdade e o PA - Nova Amazônia. O Ministério garantiu a sua colaboração na construção dessas unidades básicas, disponibilizando o valor de 200 mil reais para cada uma dessas unidades.

Vamos fazer a estruturação das UBS com equipamentos e material permanentes de 30 UBS. O Ministério da Saúde também garantiu um milhão, duzentos e oitenta e um mil reais para a campanha de equipamentos e de material permanente das 30 unidades básicas de saúde. Nós tivemos, também, a aquisição de equipamentos odontológicos para as UBS, no valor de R\$ 400.000,00.

Vamos para as principais dificuldades encontradas. A primeira, nós já fizemos uma retrospectiva. A redução do Fundo de Participação do Município em mais de 50%. A segunda é o descumprimento no repasse da contrapartida estadual, conforme estabelece o programa nacional déficit do repasse do Estado.

Na Atenção Básica temos a escassez de profissionais de saúde, principalmente médicos para formar as equipes saúde da família, a ausência de revisão dos valores do PAB fixo invariável tornando deficitário.

Isso aqui é um demonstrativo do repasse federal para a atenção básica. Em 1994, quando foi criado o Programa Saúde da Família, o repasse da União para o Município era de 5.100,00. Nós estamos no ano de 2011 e esse repasse hoje representa 6.400,00, ou seja, a correção foi de 25.4%. Neste mesmo período de 94 para cá, o salário mínimo era algo em torno de 70 reais, hoje, ele corresponde a 545 reais. Então, vejam como é que o município vai fazer mágica. Saúde se faz pagando o salário do servidor, do médico, do enfermeiro, do dentista, do atendente, dos raios-X. Em 1994 o repasse era de 5.100,00 e dava para pagar certamente o salário do médico, do enfermeiro, e hoje, com essa correção de 6.400,00, quando o salário mínimo já é 545, não dá. Então, isso aqui é um exemplo para que todos tomem conhecimento da defasagem que tem o município.

Na mesma oportunidade, nós temos que ver a questão do PAB. O PAB fixo quando foi lançado em 1998 e correspondia a 13 reais habitante/ano. Em 2011 ele subiu para 18 reais habitante/ano, ou seja, teve uma correção de 38.4%. Da mesma forma, o salário mínimo saiu de 120 reais para 545. Isso são exemplos concretos da nossa realidade. Ninguém pode fazer mágica. Esta aqui é a forma com a qual o Governo Federal nos trata. Ele quer nos obrigar a fazer saúde pública.

Outro exemplo são as fontes de investimentos da estratégia saúde da família. A União entra com 6.400,00. O Estado deveria entrar com 1.800,00. E, sabem com quanto entra o município de Boa Vista? 17.640,00. Como é que o município pode fazer saúde dessa forma tendo o seu FPM reduzido em mais de 50%? Esses valores repassados pela União sofrem uma defasagem a cada ano e são corrigidos, e caí tudo nas costas do município. Além disso, é preciso que o Estado cumpra a sua parte. Eu já discuti isso com o secretário Leocádio.

Então, Leocádio, eu venho mais uma vez questionar aquele pacto que foi formatado e sei que não foi na sua época. Hoje, na Câmara de Vereadores, um vereador, em defesa do Governo, colocou

que a Secretaria de Saúde do Estado teria a resposta dizendo que foi pactuado, mas, só para 4 meses. Agora, eu pergunto: como é que pode um pacto de saúde se pactuar para 4 meses quando as ações de saúde são dinâmicas, precisam seguir em frente, e vem a resposta dizendo foi pactuado por 4 meses? Então, eu não aceito essa justificativa. Não existe isso. O que foi pactuado deve permanecer até uma próxima pactuação. É assim que eu entendo.

Para finalizar, eu quero falar da situação do Hospital da criança, pois acho que todos já se inteiraram da nossa situação financeira. O que fazer para resolver esse impasse? Eu sou claro, verdadeiro, ao dizer que o município de Boa Vista não tem recursos financeiros para manter o Hospital da Criança sob a sua tutela. E, o motivo, acredito que todos já sabem. Com todo esse histórico de corte de FPM, de defasagem de recursos que vem para o município, nós não temos condições de manter o Hospital da Criança. É preciso que as autoridades tenham sensibilidade. O Hospital da Criança é um Hospital-Estado; ele não é um Hospital Municipal. Ele trata criança de todo o Estado de Roraima, dos países vizinhos, do Estado do Amazonas e crianças indígenas. Eu pergunto o que é que falta amigo **Leocádio**, para o Governador se sensibilizar e ajudar na manutenção do Hospital da Criança? É a pergunta que eu faço, encerrando aqui as minhas palavras.

Damos continuidade aos trabalhos com a palestra da Doutora **Jeane Christine Sampaio Fonseca** – Promotora Pública em Defesa da Saúde.

A Senhora Doutora **Jeane Christine Sampaio Fonseca**, Promotora de Justiça e Defesa da Saúde. - Excelentíssimo Deputado **Chico Guerra**, digno Presidente desta ilustre Casa, Excelentíssimo Senhor Secretário de Saúde do Estado, Doutor **Leocádio Vascancelos**, na pessoa do qual cumprimento todos os servidores estaduais aqui presentes, Excelentíssimo Secretário Municipal de Saúde, Doutor **Robério Araújo**; na pessoa do qual cumprimento todos os servidores municipais aqui presentes, Excelentíssimo Senhor Deputado **Célio Wanderley**, na pessoa do qual cumprimento os membros desta Mesa, Excelentíssimo Deputado **Joaquim Ruíz**, na pessoa do qual cumprimento todos os Deputados ora presentes, Senhoras e Senhores.

Fui convidado para estar presente neste Simpósio que reputo muito importante, apesar de não ser a primeira vez que se discute saúde nesta Casa, mas, as propostas que estão sendo apresentadas aqui e o que está programando para o seu final, deve ser aproveitado como um marco na saúde do Estado de Roraima, exatamente porque, esse é um ano muito importante para a saúde, ano em que teremos conferência municipal, estadual e nacional de saúde, e estaremos tendo o controle social, ou seja, o controle do regime democrático previsto na Constituição e, que a saúde venha funcionar. Nessa conferência serão discutidas diversas propostas para melhorar tudo isso que estamos vendo, não só em nosso Estado como no Brasil como um todo. Além de tudo isso, o Conselho Estadual de Saúde, recentemente, ditou uma resolução em que convoca todas as associações, a sociedade civil, os parlamentares, enfim, todas as pessoas que militam na área da saúde, que simpatizam com a saúde, que sabem da importância de garantir a saúde como direito de todos em nosso país, para unir forças e buscarmos regulamentação na Emenda Constitucional nº 29, que será tratada aqui nesse Simpósio. É certo que a saúde precisa de melhores financiamentos, além de outras coisas. Essas outras coisas nós podemos buscar, parlamentares, trabalhadores em saúde, gestores públicos, mas, sobre o financiamento é preciso ser esclarecer que há a necessidade de um melhor controle nas ações de saúde, na gestão no controle do planejamento que se faz, para que não tenhamos situações como a narrada, hoje, pelo ilustre representante do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, quando informou que equipamentos caríssimos foram comprados, na década de oitenta, e ainda hoje estão encaixotados e, provavelmente, nunca serão usados, até porque não servem mais, estão defasados. E, é essa a realidade da saúde de Minas, ela não dista da realidade da saúde do nosso Estado, aqui encontramos, em diversas localidades, sejam no âmbito do Estado ou no âmbito dos municípios, situações dessa natureza. Falar sobre a situação do Ministério Público em Defesa da Saúde, pra mim, é até redundante, mas é preciso estabelecer, inclusive, qual é o verdadeiro papel do Ministério Público. O Ministério Público é constitucionalmente, uma instituição permanente essencial a jurisdição do Estado e a concretização da justiça, e na saúde, a constituição nos destinou um espaço próprio.

A noção contemporânea de saúde é, segundo a organização de saúde em 46 e 44, o estado de bem estar físico e social, e não apenas de doenças e enfermidades. Saúde é recurso para vida diária e não

objeto de vida sendo conceito positivo, enfatizado com recursos sociais e pessoais quanto às aptidões físicas: Então, o conceito de saúde é amplo, genérico, e precisa ser mais bem trabalhado. Sabemos que a saúde, durante muito tempo, foi trabalhada apenas com ações de recuperação, ela é lembrada quando a doença acomete o indivíduo, mas, precisa ser trabalhada. Então, temos um modelo de atendimento hospitalar crítico para o tratamento da saúde, a saúde não é só isso, tem um conceito bem mais amplo e, é por isso, que falamos e a constituição nos diz que, a saúde comporta política de promoção, prevenção e recuperação e precisa de hospitais bem estruturados, sem problemas sanitários, profissionais da saúde trabalhando na atenção urgência e emergência.

O Conceito de saúde é um conceito biológico dentro do conceito jurídico. Para entendermos sobre saúde nós precisamos de diversas áreas do conhecimento, precisamos da medicina, da biologia, da química, e daí por diante. O Ministério Público é uma entidade basicamente jurídica, e nós não temos uma vocação para a saúde propriamente dita, mas, nos valemos de parceria que são desenvolvidas com diversos órgãos: vigilância sanitária, secretaria municipal de saúde, secretaria estadual de saúde, departamentos de atenção básica, centro de controle de zoonose, e os conselhos de Medicina, Odontologia, Enfermagem, visando buscarmos uma atuação mais efetiva na saúde.

A Constituição de 88 reservou um papel diferenciado não só para o Ministério Público, mas, também, para a saúde. Foi a primeira constituição que estabeleceu somente um campo para tratar a saúde e o direito de todos a ela, e no caso do Ministério Público, também foi a primeira vez que a instituição ganhou diversas atribuições que confere uma atuação mais diversa possível. No Artigo nº 127 a Constituição nos diz: “o ministério público é uma instituição permanente, essencial a jurisdição do Estado, incumbido da defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais disponíveis”, a saúde não só é esse interesse social indisponível, mas ela é também um interesse individual indisponível. E no artigo nº 196 tem diversas missões da saúde na constituição ao longo do seu texto. Temos a adoção da política de saúde para todos. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido diante da política social, econômica, que visa a condição de risco de doença, e de outros agravos, e acesso universal igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, na verdade, nós temos dois tratamentos diferenciados na primeira constituição que reserva esse papel como fruto de grande movimento democrático, tanto da parte do Ministério Público, como da parte da reforma sanitária.

A Constituição nos fala no artigo nº 129.2 e no artigo nº 197, que a saúde é tratada com relevância e o Ministério Público é incumbido de zelar por esses serviços. Vale ressaltar que a saúde é a única política pública tratada especialmente na Constituição da República, de relevância pública, não existe nem um outro, embora nós saibamos que a educação é importante, termos alimentação digna, enfim, todos os direitos sociais colocados na Constituição são, mas, a constituição fez expressa alusão à saúde.

O Artigo nº 197 diz: “são de relevância pública, ações, serviços e saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”. Na verdade, as ações de serviços e saúde, devem ser efetivadas pelo poder público, Estado, município, União e, cabe, também, sua participação nos serviços privados, mas, é uma participação complementar. Nós não podemos olvidar que anteriormente a 88, as ações de saúde eram basicamente as ações assistenciais. Nós não tínhamos oferta de ações serviços e saúde, a não ser em termo de caridade. A partir de 88 não, nós não fazemos favor ao prestar uma ação ou um serviço de saúde, nós cumprimos um dever constitucional, que é direito de toda sociedade sem qualquer restrição.

No artigo nº 129.2, a Constituição fala que incumbe ao Ministério Público zelar pelo efetivo respeito dos poderes públicos de relevância pública e pelos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia.

Quando se fala das atribuições do Ministério Público, não diz que o Ministério Público tem que cuidar da saúde, diz que ele tem que zelar pelo respeito aos serviços de relevância pública.

A co-relação que fazemos é exatamente com relação ao artigo nº 197, como falei antes, somente a saúde da Constituição cuida expressamente e cita como serviço de relevância pública. Isso não pode ser olvidado, a saúde é um dever dos três entes, nossa jurisprudência,

todas as ações que vem sendo questionadas são responsabilidades dos entes federados, que emprestam serviços de saúde. Embora haja uma divisão territorial da competência, a união cabe determinadas ações, ao Estado cabe determinadas ações, e ao município cabe outras ações. O poder judiciário não quer saber dessa divisão administrativa, quer que a saúde seja garantida, que as ações, os serviços e a saúde sejam garantidos, tanto faz se quem garante é o município, o Estado ou União, e muito pouco importa se o ente federado tem ou não recursos disponíveis para um determinado medicamento, tratamento, se são pedidos judicialmente. A reserva do possível, que é exatamente esses limites orçamentários, não vem sendo aceita nos tribunais na maior parte dos casos, bem como o teor que constituição deu ao direito à saúde, que é um direito universal, social e fundamental. O Ministro **Celso de Melo**, do Supremo Tribunal Federal, chegou, inclusive, a mencionar que essa promessa feita na Constituição, no artigo nº 196, não pode ser uma promessa inconsequente, ela tem que ser realizada, e a busca pela realização dessa promessa deve ser obrigação de todos os entes federados. Então, não cabe aqui, dizer que a união não repassa os recursos suficientes, o Estado não nos repassa recursos suficientes, na verdade, essa discussão pela escassez de recursos, vai ser um problema recorrente, vai ser um objeto de discussão frequente, mas, ele tem que ser discutido nos fóruns próprios. Quando se fala em negação de acesso a saúde, nós não podemos aceitar isso, nós devemos buscar a organização adequada dos serviços e ações pelos entes federados. Embora nós possamos falar em divisão administrativa, isso é salutar, porque temos que ter realmente uma política de estado para saúde, e não uma política partidária na saúde, mas essa divisão administrativa é apenas para melhorar o desenvolvimento dos trabalhos e melhorar a execução dos escassos recursos que temos para a saúde. E, quando se fala em escassez de recursos, devemos pensar no desperdício desses recursos, pois, na verdade, quando se planeja mal, se executa mal, quando não há planejamento, não há como haver execução, e nós temos visto, em diversos momentos, os recursos de fato parados em contas, sem utilização, sem qualquer movimentação para que ele venha a ser melhor utilizado. Temos visto recursos sendo devolvidos, equipamentos guardados em caixa, desperdícios dos mais diversos, e temos visto isso em diversas diligências que o Ministério Público tem feito, não só nas unidades estaduais, mas nas unidades municipais, com exceção do município de Uiramutã. O Ministério Público visitou todos os municípios de Roraima, nós conhecemos as principais unidades de saúde do Estado, mas nós temos visto falhas terríveis no planejamento, na execução. Temos municípios, por exemplo, que receberam recursos para construção de unidades básicas de saúde, e não construíram, e sabemos que isso deve buscar o fortalecimento da atenção básica, ações que venham a prevenir o adoecimento, ações de média a alta complexidade, que são necessárias. Devemos buscar medidas que venham a evitar isso, porque cuidar depois que todo mundo adoecer, não há dinheiro que baste para isso, mas quando falta dinheiro para comprar medicamentos para diabéticos e hipertensos, quando as pessoas vão à unidade e buscar atendimento duas, três, quatro, cinco vezes e não conseguem, com certeza depois nós vamos ter um alto custo de tratamento hospitalar com esses indivíduos, e isso é escassez de recursos, isso vai gerar desassistência, violação dos direitos constitucionais a saúde. Tudo isso devemos evitar.

Sobre esses problemas de falta de planejamento que vimos em diversos entes do nosso Estado, conversamos com o Secretário. É preciso planejar melhor, além disso, nós temos informações erradas que são colocadas em relatórios, em prestação de contas, em sistema de informação oficiais, sem falar no aspecto criminal dessas condutas, que não nos permitem ter uma noção de como está a verdadeira saúde em nosso Estado, em nossos municípios, a não ser se tivermos um eficiente controle social que realmente funcione, cobre, acompanhe. O Ministério Público é um órgão de controle, mas o controle social por excelência, na saúde, é dos conselhos de saúde. As conferências de saúde precisam funcionar bem, sem isso e com informações erradas nesses sistemas oficiais, nunca vamos ver o que precisa melhorar na saúde do nosso Estado e dos municípios. É certo que os gestores, muitas vezes, não têm a intenção de agir dessa forma, temos uma dificuldade muito grande de qualificação de recursos humanos, e aqui não quero criticar nenhum servidor da saúde, mas a precarização dos trabalhadores da saúde prejudica o desenvolvimento regular das ações prejudica a eficiência prejudica a satisfação com que determinado servidor atende o doente que precisa de sua atenção. Temos diversos modelos de gestão que já foram testados em nosso Estado. Hoje de manhã, quando começaram a falar em modelo de gestão, fiquei

preocupada com os exemplos e excelências que foram trazidos de outros Estados. Nós temos dados que indicam que trouxeram para o Estado a saúde que está hoje, temos informações, dados de pessoas que, em 1996, salvo engano, se sentiram maltratadas pela forma com que foram dispensadas da saúde. Hoje ainda temos essa realidade, muitas vezes o servidor da saúde é simplesmente dispensado com até logo, sem direito a indenização trabalhista, somente com aquele mínimo legal que a CLT preconiza, sem direito a computar o tempo que trabalhou na sua aposentadoria, sem direito a férias, a licença, isso tudo é muito ruim. Essa não é a forma correta com que devemos tratar a saúde e os pacientes do nosso Estado.

O Ministério Público tem buscado, em Roraima, diversas medidas para gerar o fortalecimento e garantir o acesso à saúde. Quando nós falamos em ações prestacionais, sempre sabemos que teremos dificuldades em razão da escassez de recursos, por isso que precisamos de um planejamento eficiente, de servidores compromissados, motivados a prestar um bom serviço. É comum encontrarmos ausência de planos de saúde. Sem os planos de saúde como serão desenvolvidas ações, como serão exercidos no âmbito do ente federado, como vou saber o que a minha população vai precisar? Precisamos ter o plano municipal de saúde, o plano estadual de saúde, esses planos têm que ser coerentes com a política nacional de saúde, não adianta buscarmos um modelo de gestão diferenciado, se o que temos é exatamente o sistema único de saúde previsto constitucionalmente, e não adianta dizer que vamos buscar um modelo fora do sistema único de saúde, porque é isso que temos visto. Sobre a dificuldade em gerenciar a lei de licitações, já buscamos diversas alternativas para que não se use, no setor público, a lei de licitações, mas nós vimos em outros órgãos fora da saúde, a utilização desse instrumento de uma forma exitosa, com o devido planejamento, e mesmo sem planejamento, nós temos instrumentos na própria lei de licitações que preverem isso, não há necessidade de buscarmos modelos de fundações, OS, OCIPS, claro que isso é uma decisão que o próprio ente federado toma, é uma questão que está no âmbito da institucionalidade da administração pública, mas em razão de ferir a constituição, sempre vão haver ações do Ministério Público questionando isso. Na maioria dos casos, com o passar do tempo, essas questões acabam sendo resolvidas pela perda do objeto. Então, a maioria das ações para questionar os modelos inovadores de gestão, acabou minguando em razão do percurso do tempo e da mudança discricionária da própria administração em buscarem alternativas ou adotar realmente um modelo de gestão, seja porque os recursos federais foram cancelados, seja porque não há mais interesse daquele determinado ente, ou porque a pressão da população foi tão grande em razão da má prestação serviços, que não houve mais como manter aquele tipo de modelo adotado. Então, o Ministério Público tem feito e o Secretário **Joseilton** nos recebeu no ano passado no seu município, diversas visitas ao interior do nosso Estado, têm buscado, de uma forma uma entre Promotoria da Capital e Promotoria de Justiça do interior, medidas que venham a representar o fortalecimento da atenção básica, como o efetivo desenvolvimento das ações e serviços da atenção básica, a adequação sanitária das unidades básicas de saúde, a organização da assistência farmacêutica nos municípios, o melhor tratamento na questão de recursos humanos. Já foi discutido, inclusive, em outro momento com os secretários municipais, recomendações, e houve propostas com relação ao termo de ajustamento de conduta, que foram recusadas pelo Município de Boa Vista, para que fosse realizado concurso público para servidores da saúde. Esta proposta nós pretendemos trabalhar com todos os Prefeitos municipais, inclusive de Boa Vista e, não havendo a possibilidade da feitura desses documentos, o Ministério Público vai buscar oficializar a questão, embora nós sabemos que isso se torna mais difícil em razão das medidas que podem ser efetivadas para protelar o andamento e a conclusão da ação do feito, mas, vamos buscar exatamente isso nas vias judiciais, se não houver a possibilidade de ações extrajudiciais que venham a surtir o efeito desejado. Além disso, estamos buscando o melhor planejamento dos instrumentos de gestão com a apresentação de contas aos Conselhos Municipais de Saúde, ao Conselho Estadual de Saúde, apresentação de contas trimestrais na Câmara dos Vereadores, na Assembleia Legislativa, e essa apresentação não tem sido regular a muito tempo, desde 2006 nós buscamos isso, já fizemos diversos ajustamentos de conduta, mas ainda não há uma regularidade na apresentação das prestações de contas, e sem essa regularidade, nós não teremos como melhorar a qualidade da informação que é apresentada. Isso é muito importante para que tenhamos a noção real

de como está a nossa saúde, prestando contas trimestralmente; A Lei nº 8.689/93 previu essa prestação e ainda hoje isso não é realizado com regularidade em nosso Estado. Temos buscado trabalhar, como um todo, medidas para o fortalecimento dos conselhos de saúde. Sabemos das dificuldades para reunirmos os conselheiros de saúde e para estruturarmos os conselhos, e que os conselheiros têm dificuldades para obter informações em razão da capacitação que é necessária.

O fortalecimento do Conselho de Saúde é uma medida necessária para que, realmente, com a regulamentação da Emenda Constitucional de nº 029, buscarmos de mais recursos para a saúde, mas não adianta só falar em aumentar os recursos há que melhorar a fiscalização da utilização desses recursos e melhorar as ações dos gestores e a despreciação no trabalho na saúde.

Existem diversas situações que precisam ser repensadas na saúde de Roraima, desde o primeiro momento que é o planejamento, até a discussão das propostas orçamentárias. Ouvimos comumente, dos secretários da saúde, em todos os âmbitos, que os recursos são poucos. Vou ter que escolher o que vou pagar. Decidir que vida vou salvar, mas, se há pouco orçamento, se há dificuldade orçamentária, vamos ver o que está faltando nesse orçamento, pois isso é um fato importante que a Assembleia Legislativa do Estado pode está verificando para saber se a proposta orçamentária da saúde realmente é suficiente para aquilo que nossa população precisa. Trazem para os Senhores, todos os anos, a prestação de contas que é apresentada ao Tribunal de Contas do Estado, a saúde tem o fundo próprio, o Estado administra os seus próprios recursos, o município, ainda não, e nós vamos buscar isso, Doutor **Robério**, não só para o município de Boa Vista, mas, para todos os municípios, porque o gestor da saúde é único, a Constituição fala isso, nós não podemos ter diversos gestores, onde um realiza ações e outro controla a conta. Quem realiza as ações sabe do que precisa, sabe o quanto gasta. Na verdade, existem diversas questões que têm quer ser trabalhadas. A questão da despreciação do trabalho é muito importante, pois exige um planejamento, um relatório, prestação de contas adequada, mas, se o servidor que recebeu o treinamento do Ministério da Saúde, do Estado, de diversos outros órgãos para realizar determinada ação já foi embora porque foi dispensado aleatoriamente, porque querem outra pessoa no lugar dele. Determinada atividade da saúde que é essencial fica deixada para depois. O que me preocupa muito é o apagar de incêndios, pois precisamos deixar de apagar incêndios na saúde, nós precisamos ver o que teremos daqui a cinco anos, dez anos, na nossa saúde, para que não estejamos discutindo em 2021 as mesmas coisas que estamos discutindo hoje em 2011. Muito obrigada.

O Senhor Deputado **Célio Wanderley** - Dando continuidade aos nossos trabalhos, termos o tema: Atenção à Saúde Indígena no Estado de Roraima, dificuldades e soluções.

Com a palavra a Senhora **Maria Betânia Cavalcante Souto**.

A Senhora **Maria Betânia Cavalcante Souto** – Técnica e membro do Núcleo de Ações Programática de Saúde dos Povos Indígenas. - Boa tarde a todos e a todas.

É uma satisfação está aqui discutindo saúde indígena. Quero cumprimentar a Mesa na pessoa do Deputado **Célio Wanderley**, e os profissionais de Saúde.

Hoje estamos aqui para discutirmos problemas e soluções para a saúde indígena. A saúde indígena vem passando por transformações, mudanças a nível nacional, e essas mudanças têm haver com a Constituição Federal. Gostaria se fosse possível, que colocassem o data show.

Meu nome é **Maria Betânia Cavalcante Souto**, sou Técnica do Núcleo Estadual Indígena, da Atenção Básica do Estado da Secretária de Saúde. Para que haja dialogo entre os setores indígenas do Estado, vou fazer uma apresentação conjunta com os dois distritos, Yanomami e Leste de Roraima. Estão aqui presentes os meus colegas, ambos vão estar juntos nesta apresentação.

A Constituição Federal foi um marco para saúde e como a saúde indígena está dentro do SUS, a mesma traz para as populações indígenas o reconhecimento dos direitos organizacionais das organizações sociais, costumes, línguas, cultura, e o direito originário a terra, entre outras questões. Após a Constituição de 88, vem em 1990 a Lei nº 8.080, sobre o Sistema Único de Saúde e, logo em seguida, o subsistema de atenção a saúde indígena que foi aprovado em 99. A Lei Arouca nº 9. 836 instituiu esse sistema. Após essa lei que veio trazer o diferencial para a saúde indígena, que antes não havia e que foi uma luta das organizações indígenas e dos indigenistas para que houvesse um atendimento diferenciado com relação as espécies de saúde indígena,

em 2002 foi aprovada a Lei, pela portaria 254, da Política Nacional de Saúde Indígena, que preconiza a atenção integral da saúde indígena a essas populações, reconhecendo a especificidade desse povo. Com tanta insatisfação por parte das populações indígenas, do controle social, foi discutido, a nível nacional, um novo rumo para a saúde indígena, e a partir de 2010 foi implantada a nova secretaria especial de saúde indígena a nível ministerial.

Apresentação de Slide.

Esse é o organograma do Ministério da Saúde. A cor que está diferenciada é onde foi criada a 6ª Secretaria Especial do Ministério da Saúde, está é a Secretaria da Saúde Indígena. Esse organograma da Secretaria Especial de Saúde Indígena que traz no bojo a questão da autonomia dos distritos sanitários como unidade gestora, não mais dependente, tira a responsabilidade da FUNASA que, até então, seria a gestora da saúde a nível nacional e passa a ser responsabilidade dos distritos. Esse processo não está concluído, está em fase de transição e a nossa esperança é que essa secretaria venha a fazer com que o sistema único de saúde diálogo fique mais próximo do SUS.

Temos a estrutura da SESAI, abaixo dela vem os distritos e sua organização com seus serviços de recursos logísticos, de orçamento e finanças, de recursos humanos, de saneamento ambiental, escritório local, divisão de atenção à saúde e, a CASAI, que fica subordinada, também, aos distritos. No caso de Roraima acredito que a CASAI, como bem falou o Doutor **Antonio Alves**, Secretário de Saúde Indígena, por ter dois distritos, ficaria ligada diretamente à secretaria. Não sei se isso vai ser mantido, pois a SESAI, em Roraima, apresentou que seria dessa forma.

No organograma do Departamento de Atenção Básica do Estado, em 2008, a Secretaria Estadual de Saúde criou no âmbito da atenção básica o núcleo de atenção à saúde indígena, núcleo que está sob a gerência de uma Indígena Wapixana. Esse núcleo tem parceria e articulação com as demais políticas da atenção básica no intuito de promover algumas ações, já que o núcleo não dispõe de recursos próprios para se manter e trabalhar a questão da implantação da política de saúde indígena à nível estadual. Acho que esse momento é propício para que os nobres Deputados se sensibilizem com esta questão da saúde indígena, para que possamos realmente organizar e estruturar a saúde indígena a nível estadual.

O núcleo foi criado pela portaria nº 598/2008, dentro do Departamento de Atenção Básica.

Apresentação de Slide.

A saúde indígena está distribuída em todos os Estados que dispõem de população indígena e possuem em seu contexto, população indígena. São 34 distritos, entre eles estão o leste e o Yanomami de Roraima. Esses distritos possuem estrutura organizacional de referência e contra referência de pacientes. Hoje eles estão nesse processo de transição da FUNASA para torna-se unidade gestora de saúde.

Gostaria de dizer que existem algumas especificidades bem mais profundas com relação a saúde dos Yanomami. São cinco municípios de Roraima que possuem população indígena Yanomami e, também, o distrito Yanomami atua em três municípios do Amazonas, e no leste de Roraima são dez municípios com população indígena.

Convido o Jaime e a Maria José para darem continuidade sobre as questões da saúde indígena no leste, e para dizerem que os problemas da saúde indígena estão bem próximos da população envolvente, e entre eles, o mais sério acredito que seja essa precarização dos profissionais de saúde, problema que já foi tão discutido aqui, para que haja um pertencimento desses profissionais com relação aos problemas de demandas que chegam até eles, e para que possam ter um estímulo para estarem atuando de forma coerente com a saúde.

Estou disponível para qualquer questionamento e dentro do possível tentarei respondê-los. Agradeço por esse espaço.

A Senhora **Maria José Brandão** – Sou a enfermeira responsável pela saúde da mulher e da criança do Leste de Roraima. Esse evento de parceria nos deixa mais próximos. Hoje não estamos aqui para ver onde erramos, mas onde vamos poder acertar de agora para frente. Sabemos que o Distrito Leste, nesses últimos anos, vem passando por algumas mudanças. Antes teve como assistência o Conselho Indígena de Roraima, que prestou essa assistência durante 10 anos, com modelo de assistência diferenciado e, a partir de 2008 passamos por um processo de transição, a FUNASA assumiu, através do processo de contratação de pessoas a prestação de serviços num determinado tempo e, no final de 2009, começamos um novo contrato com a ONG chamado Missão Caiua para prestar assistência a parte dos recursos humanos. Na área indígena não é muito diferente o que

encontramos hoje com relação aos problemas que a saúde enfrenta. Podemos ver que o SUS, hoje, tem mais de 20 e ainda não conseguimos encontrar uma maneira melhor de trabalhar e agradar o usuário. Dentro dos avanços que tivemos na saúde indígena, através do Conselho Indígena de Roraima, houve a formação dos agentes indígenas de saúde. Hoje contamos com 210 agentes indígenas de saúde que atuam diretamente nas equipes multi disciplinares que têm na área indígena. E, juntamente com essa nova forma de trabalhar, com novos recursos da Caiua, conseguimos montar, no final de 2009, um grupo técnico para ficar monitorando e trabalhando em cima de estratégias para a melhoria da assistência à saúde indígena.

Demonstração de slide.

Hoje o nosso distrito leste tem uma população de 39 mil indígenas, está dividido em 34 pólos básicos e 296 aldeias. Imagine se hoje na atenção primária no Município de Boa Vista temos dificuldade de manter um médico, às vezes, um técnico de enfermagem, uma enfermeira como temos dificuldades na área indígena para manter o enfermeiro, uma equipe completa nos 30 dias que é nossa rotina, nosso sistema de trabalho. A equipe disciplinar é composta por dentista, enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente do dentista e médico para estar atendendo parte da área da assistência. Isso era difícil para FUNASA e agora é para a SESAI. Temos que sentar e planejar, pois sabemos que a saúde indígena é um pouco diferenciada, temos que nos reunir com o Conselho Local, com o Conselho Distrital, para vermos a melhor forma de trabalho e para podermos alcançar sucesso nas nossas ações.

O Mapa mostra que somos divididos em nove regiões e dez municípios. Hoje o nosso grande desafio é conseguir manter as equipes nas áreas, essa é a grande preocupação da CASAI, manter as equipes sem que atrapalhe as populações indígenas, porque os nossos usuários não têm culpa dos processos de saúde que se desenvolvem ao longo do tempo com essas mudanças que ocorrem.

Outra preocupação é a organização do nosso espaço físico, a reestruturação dos pólos básicos, isso é uma preocupação da SESAI, reestruturar os nossos pólos básicos, diminuir essa quantidade de pacientes que vêm para o HGR, para a Maternidade e até mesmo para o Hospital da Criança. Mas, a nossa grande dificuldade é manter um médico junto com a equipe, sabemos que é difícil mantê-lo no PSF, imagine na área indígena para ficar 30 dias junto com a equipe. Outro desafio é estreitar nossas parcerias, pois não vamos desenvolver um bom trabalho se não tivermos parcerias, tanto do município como do Estado. Uma grande prova disso é a própria pactuação, no momento em que não tínhamos como desenvolver algumas ações, o município entrou com a contra partida, mesmo com poucos recursos alguns municípios conseguem prestar algum serviço à saúde indígena. Outro problema é melhorar o sistema de informação. Se for ver na realidade, nosso perfil de mortalidade e morbidade é bem maior do que pensamos. Se formos olhar os sistemas de informação hoje, não terão um sistema de informação que consiga referenciar o paciente e teremos esse paciente com a contra referência, geralmente quando ele voltar tanto para atenção básica primária, como para área indígena, retornado como se estivesse começando do zero. Outro grande passo é a capacitação dos profissionais de saúde, sabemos que o Ministério da Saúde sempre está elaborando vários protocolos, e alguns profissionais de saúde hoje, esquecem de usar esse protocolo de atendimento de saúde, o que gera o mau atendimento de alguns pacientes. Outro desafio é trabalhar o atendimento humanizado, se formos observar hoje, algumas pessoas falam que a saúde do índio é de responsabilidade da FUNASA, mas não podemos esquecer que a saúde do índio é do município, do Estado e da União. Hoje geramos 1.010 empregos diretos dentro do Estado de Roraima, e todas as licitações, pregões, compras, são geradas dentro do Estado, então, temos que ver a saúde indígena como parceiros e trabalhar em parcerias, tanto com o Estado, o Município e Governo Federal.

Vou dar dois exemplos de como podemos ser parceiros. Em 2009, com H1N1, houve uma ameaça que poderia chegar aqui em Roraima, e tanto o Município, Estado e a União se uniram para trabalharem juntos e agora em 2011, com relação à cólera nos ameaçando, conseguimos trabalhar juntos, porque no pré-natal, na hipertensão, na saúde mental, na violência, não estamos conseguindo trabalhar, se isso são coisas do nosso dia-a-dia, bem com esse programa que já temos a tempo. Obrigada.

O Senhor **Jaime** – Distrito Sanitário Yanomami – Boa tarde a todos. Quero cumprimentar a Mesa e aos demais Parlamentares presentes, a platéia de profissionais, os profissionais da saúde indígena

que se fazem presentes nesse importante fórum de debates onde estamos discutindo a saúde de uma forma geral.

Temos conversado nos Distritos em diferentes oportunidades, e temos colocado a necessidade de estarmos revendo todas as parcerias possíveis para que possamos estar desenvolvendo cada vez melhor a saúde indígena do nosso Estado de Roraima. Trabalho na Coordenação Técnica do Distrito Sanitário Yanomami e acredito que os colegas passaram algum recado de como funciona a operacionalização desse serviço. Sabemos que grande quantidade de profissionais estão se formando com expectativa de desenvolverem esse trabalho de atenção à saúde indígena. Quero dizer aos senhores que o desafio é grande, nós temos vivenciado isso nos últimos 12 anos e temos acompanhado a política de saúde durante todo esse processo, e avaliamos que fazemos parte de um processo histórico no Brasil todo, de forma geral, e em Roraima não poderia ser diferente. No Estado de Roraima com dois distritos sanitários especiais indígenas, distrito sanitário leste e o Yanomami têm as nossas dificuldades nas comunidades, dificuldades de acesso ao distrito Yanomami. Hoje, pela manhã o nobre Presidente falou da queda de um helicóptero que resultou no óbito de profissionais de saúde que não faziam parte da nossa equipe, mas estamos consternados com o ocorrido, pois poderia ter acontecido com qualquer um da nossa equipe de trabalho. Enfim, é uma das dificuldades que estamos citando, mas, como colocou a Doutora **Jeane**, do Ministério Público, a saúde é um dever de todos e, principalmente, do Estado para que tenhamos um acesso universal. Quando colocamos o acesso universal, nós pensamos nas pessoas nas áreas mais longínquas, nos roraimenses que estão guardando as nossas fronteiras e desenvolvendo suas atividades, sua labuta, pessoas que precisam de acesso à saúde.

Conclamo a todos, seja Secretário de Saúde do Município, Secretário de Saúde do Estado de Roraima, para repensarmos a referência e a contra referência, uma das grandes preocupações que nós temos levado ao fórum de debates da saúde indígena, ao Conselho Distrital de Saúde, por várias questões, seja pelo atendimento desumanizado, seja pela falta de investimento, de prestação de contas. E, visitando algumas unidades de saúde, temos visto que elas não estão preparadas para atender de forma diferenciada como foi colocado pela nossa colega **Betânia**, esse atendimento diferenciado tem que ser visto com carinho. Acredito que nessa carta onde estaremos fazendo um parêntese e abrindo aspas, colocando alguma de atender, de acordo com a nossa legislação, já que é esse nosso objetivo, fazer de forma legal, as pessoas do ponto de vista humanizado. Poderíamos estar colocando diferentes dados do trabalho que estamos fazendo, da nossa responsabilidade enquanto União, SESAI, Distrito Sanitário Yanomami, desenvolvendo atenção básica, isso nós temos feito, precisamos estreitar o relacionamento com a Secretaria do Estado para que possamos estar conversando mais a respeito do problema da referência e contra referência, dos pacientes que estão vindo e voltando sem informação, da atenção básica que não tem condições de dar continuidade ao trabalho, ou seja, tudo isso precisamos está revendo.

Queremos agradecer a todos em nome da Dona **Claudete**, Chefe do Distrito Yanomami, pela oportunidade de estarmos aqui nesse plenário, onde tivemos a oportunidade de enriquecer as discussões e aprofundar melhor o que foi colocado aqui. Muito obrigado.

O Senhor Deputado **Célio Wanderley** – Daremos continuidade com o Tema: “Atenção da enfermagem na Estratégia e Saúde da Família” – problemas e Soluções. Como expositor, o Representante do Conselho Regional de Enfermagem – COREN – RR, **Bernardo Alam**.

O Senhor Representante do Conselho Regional de Enfermagem (**Bernardo Alam**) – Senhores, a enfermagem é uma arte e tem que se desenvolver, falta muito para o nosso processo de construção de uma autocrítica enquanto ciência. Mas, muito já se passou a partir do momento em que começamos a construir isso. Então, já temos uma enfermagem científica há muito tempo.

Existe uma resistência muito grande, e isso tem que ser institucionalizado, que seja instalado um processo de assistência na ótica da clínica ampliada, pois a clínica não pertence somente a um profissional, ocorre na relação do paciente com o que ele busca na assistência. E, para essa clínica não ficar isolada, tem que ocorrer em equipe dividida por todos os profissionais, dividida entre as experiências e os saberes desses profissionais. E, assim, quem vai ganhar é a população. Nós temos que trabalhar isso. E lembrar que a atenção básica foi regulada pela portaria 648 que aprova a política de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, PSF e PACS.

O papel atribuído pela 648 ao enfermeiro, entre outros, é realizar a assistência integral em todas as fases do desenvolvimento humano com a realização de consultas de enfermagem conforme o protocolo e normas técnicas estabelecidas pelos gestores municipais, está na lei: Planejar, gerenciar, avaliar ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, supervisionar e coordenar atividades de educação permanente dos agentes de saúde e equipe de enfermagem, inclusive, os ACDs quando for o caso de equipe que tem odontologia; Participar dos gerenciamentos dos insumos. Gostaria de registrar isso porque eu peço a Deus que nunca mais aconteça como o Secretário de Saúde, há dois anos atrás, em uma reunião com o Governador, e nós fomos pelo COREN convocados, disse que tinha provido o HGR com muitas seringas de 20ml, e a enfermagem tinha acabado com essas seringas num final de semana. Afé eu perguntei para ele: Então, toda vez que formos fazer um procedimento de 5ml, nós vamos esgotar uma seringa de 20ml e vai ser culpado pelos 15ml de volume que não foram usados.

Deve-se comprar baseado na demanda. É o que a Doutora **Jeanne** falou no planejamento. A demanda é um processo sazonal, tem época do ano em que as crianças vão ficar doentes com doenças respiratórias, e o resto do ano vai ser diarreia. Não adianta comprar amonofilina na época da diarreia. É o tipo da coisa que não podemos deixar de aproveitar esta oportunidade ímpar para estar falando.

O papel preconizado ao técnico e auxiliar de enfermagem: participar das atividades de assistência básica regulada no exercício da profissão, no ambiente da unidade, no domicílio ou na comunidade. Eu trabalho em PSF desde 1994, quando ele nasceu, em Quixadá no Ceará. E, eu lembro de ter feito palestra em beira de açude, num calor daqueles, junto com todo mundo, inclusive, para depois poder tecer críticas à água e trabalhar a sua qualidade. Então, nós somos construtores da melhoria da qualidade da saúde. Nós não somos administradores de pílula. Eu queria sensibilizar toda a comunidade para perceber que o fazer da enfermagem tanto quanto a de outros profissionais de saúde tem sua nobreza e deve ser respeitado tanto quanto os outros.

Para finalizar os traçamos os caminhos possíveis já que os ideais devem estar um pouco mais distantes, mas pelo menos os possíveis: Eu acho que o primeiro é a vinculação de servidores através de concurso público, a construção de plano de cargos e salários para motivar os trabalhadores, para vincular até mesmo quando você falar da discricção, essa é minha área de trabalho. As pessoas poderem falar com mais propriedade esse é o meu enfermeiro, esse é o meu médico porque ali ele vai passar a carreira dele. Ele tem perspectiva de vida ali, não vai ser como hoje, que é um profissional e, amanhã, eu não sei o nome do outro. E o outro não sabe nem o que o outro me passou; Criação de regulamentação dos protocolos de atenção básica. Todo município tem que discutir isso. Eu acho que nós temos que aproveitar a Conferência de Saúde que vem se aproximando para discutir isso também. O papel técnico do Município não custa nada, não é caro. A questão é coragem política e visão técnica para construir isso; Fortalecimento das instituições parceiras no processo de educação permanente, a ETSUS é fundamental, o IFEER-Roraima, a UFRR e até o SEBRAE é fundamental porque agrega valor ao conhecimento, ao profissional de enfermagem, é agregar valor à qualidade da assistência prestada. É melhorar a qualidade de vida; Assistência com a discricção, ou seja, vínculo do profissional com sua área de atendimento, tornando a demanda pelo menos cada vez mais previsível; Criação de mecanismos que reduzam a rotatividade ou a desvinculação de profissionais; Jornada de trabalho adequada à preservação da mão de obra, da saúde física, mental e social do trabalhador.

Nós sabemos que a enfermagem está há 50 anos lutando pelo reconhecimento da jornada de trabalho de 30 horas semanais. E, nós esperamos contar com Vossas Excelências nessa conquista; Políticas públicas voltadas para um modelo que privilegia a prevenção, promoção e a proteção da saúde com o uso da inteligência epidemiológica e com vigilância com foco na saúde e que não deva desaparecer os setores de assistência de eventos agudos. Estou me referindo aos hospitais de risco iminente de morte. Com planejamento logístico, baseado nas características de uso técnico e da demanda sazonal de insumos e equipamentos. Que vincule o entendimento de custo ao processo de gestão dos serviços, e não à precarização das condições de trabalho e da vida dos trabalhadores.

Finalizo com o poema: “Desconfiai do mais trivial na aparência do singelo, examinai, sobretudo o que parece habitual. Suplicamos, expressamente, não aceiteis o que é de hábito como coisa natural, pois em tempos de desordens sangrentas, de confusão

organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumana, nada deve parecer natural, nada deve parecer impossível de mudar”. Muito obrigado.

O Senhor Presidente (**Célio Wanderley**)- Convidamos para abordar o último tema em discussão: “Atenção da Saúde da Criança no Estado de Roraima – Dificuldades e soluções. Tendo, como expositor, o representante da Sociedade Roraimense de Pediatria, Doutora **Elana Almeida**, Pediatra do Hospital da Criança.

A Senhora Representante da Sociedade Roraimense de Pediatria (**Elana Almeida**) – Eu queria saudar a todos em nome de todas as mães presentes na Platéia. O tema a ser abordado é a saúde da criança como já foi colocado aqui. Hoje, o Estado tem a população de 425 mil habitantes, sendo que 284 mil desses habitantes estão no Município de Boa Vista, representando cerca de 67% da população do Estado, desta população nós temos 32% de crianças que representam a população pediátrica do Estado de Roraima.

Então, hoje, nós temos a organização do atendimento da criança no Estado de Roraima em três instituições básicas. Três instituições dominantes que seria a estratégia da saúde da família, onde nós temos o atendimento da criança na sua maior importância que é a parte de crescimento, desenvolvimento, vacinação, aleitamento, de cuidado das doenças prevalentes na infância e na adolescência como a pneumonia e as diarreias. Então, é um segmento importante, um segmento forte do cuidado à criança.

Nós temos o hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré que faz o atendimento de média e alta complexidade da criança de 0 a 28 dias de vida, onde prestamos atendimento de assistência ao parto de enfermagem de UTI, de atendimento de emergência ainda dentro do Hospital Nossa Senhora de Nazaré. E temos o Hospital Santo Antônio que oferece atendimento à criança maior de 28 dias com serviços ambulatoriais, de emergência, de internação e de UTI.

Então, esse atendimento à criança, hoje, tem metas mundiais como os objetivos do milênio, estabelecidos pela ONU em 2000, onde o quarto objetivo é a diminuição da mortalidade infantil no mundo.

Dentro desses objetivos se estabeleceram metas nacionais que veremos mais adiante. Então, dentro da mortalidade infantil, levando em conta a mortalidade infantil do nosso Estado, temos um painel nacional ótimo para Roraima. Nós temos Roraima como o menor índice de mortalidade infantil no Norte, no Nordeste e no Centro Oeste, com exceção do Distrito Federal, se não fosse à sub-notificação. Então, quando nós olhamos no painel nacional para ver como nos classificamos com relação à mortalidade infantil, estamos próximos do sul do País. Então, seria ótimo, mas analisando esses dados como SIPRA, Sistema de Informação de Saúde que analisa, inclusive, os dados do DATASUS, determina que em Roraima chegue a 90% a sub-notificação. Então, esse dado é irreal. É um dado que poderia nos colocar como um estado de primeiro mundo em termo de mortalidade infantil se lê fosse verdadeiro.

Então, dessa mortalidade infantil apresentada, nós temos 58% de mortalidade preveníveis. E 12% de mortalidade estão relacionadas a causas desconhecidas. Quanto a essas mortes preveníveis, nós temos: causas neonatais relacionadas à assistência ao RN; assistência ao parto; melhorias da assistência básica e de melhoria da assistência terciária que seria dentro do Hospital da Criança.

Dos óbitos totais, nós não temos neoplasias, nem tumores infantis como causa importante de óbito dentro do Estado de Roraima.

Então, dentro do objetivo do milênio da redução de mortalidade infantil foram elaboradas diretrizes nacionais onde foram determinado o pacto nacional da redução da mortalidade infantil. A instituição da agenda de Atenção Integral à Saúde da Criança e à implementação do PNI – Programa Nacional de Imunização, das estratégias de saúde da família e dos PACs.

Nós recebemos aqui, em 2009, o Ministério da Saúde para realizar as metas do pacto de redução da mortalidade infantil no Estado de Roraima. Então, foram reunidos gestores da saúde municipal e estadual onde ficaram estabelecidas metas para o Estado, onde nós tivemos como metas de responsabilidade do Município: O aumento do número de equipes da saúde da família de 53 para 59 no Município de Boa Vista. A meta, hoje, não foi alcançada, nós temos 54 equipes de saúde da família no Município, sendo que 10 estão sem médicos. E, hoje, nós corremos o risco de diminuir o número de equipes de acordo com o Decreto nº38, assinado recentemente pelo Prefeito, onde se verificaram, recentemente, alguns ajustes feitos pela saúde, diante da situação financeira que o Município enfrenta.

Nós tivemos o compromisso de implantar oito Núcleos de

Apoio à Saúde da Família, composto por um pediatra, um ginecologista, uma nutricionista, para dar apoio às equipes de saúde da família para aumentar a capacidade de resolução da estratégia da saúde da família. Então, dois dos oito núcleos que ficaram estabelecidos no pacto para que fossem implantados, apenas dois foram implantados o de Bonfim e o de Mucajaí. Ficaram, ainda, determinados no pacto os equipamentos das UTIs e o CEI-Neonatal dentro da Maternidade, como nós tivemos o apoio federal conseguimos equipar a UTI-Neonatal, hoje é uma realidade, recebeu todos os equipamentos. Então, essa é a situação em relação ao pacto nacional, pois nós tivemos mais dificuldades nas ações municipais do que nas ações estaduais.

Em relação ao pacto, eu coloco o problema, e proponho uma solução: Em relação à implantação das equipes de saúde da família, queria ressaltar que propomos, como solução, a implantação do Plano de Cargos e Salários com concurso, tentando fixar o profissional na estratégia da saúde da família. A discussão do financiamento tripartite. Porque hoje, nós ouvimos o Secretário de Saúde, Doutor **Leocádio** dizer que não tem recurso, também o Doutor **Robério** diz que não tem recursos. Se o Estado não tem recurso Secretário, aí sim é que temos que investir em atenção básica porque é ela que diminui a porta do Santo Antônio, do Hospital Geral e da Maternidade, porque é com o pré-natal que a criança não vai para a UTI. É tomando captopril que o cara não infarta nem se interna no HGR. Então, temos que discutir e priorizar a implantação de estratégias de saúde da família porque temos que fortalecer a nossa saúde básica.

Em relação aos serviços de UTI-Neonatais dentro da Maternidade, nós temos, hoje, uma UTI equipada, mas não temos profissionais suficientes para cobrir as escalas, sofremos com o desabastecimento da unidade. Então, há que se priorizar dentro do Estado a definição de orçamento próprio. Eu queria chamar a atenção desta Casa, neste momento, em se priorizar orçamento próprio para todas as instituições de grande porte dentro deste Estado, porque nós não podemos fingir que financiamos saúde dentro desse Estado. O gestor de saúde precisa saber quanto ele tem para investir na saúde. Não adianta planejar se não tiver orçamento para investir. E não é possível, como eu comentei ainda, agora, que toda falta de recurso de saúde, seja por falta de planejamento, será que todas as mentes incapazes estão na saúde?

A segunda etapa da agenda de compromisso da mortalidade infantil está com a implementação da Agenda de Compromisso de Atenção Integral à Saúde da Criança, onde nós temos todas as políticas de atenção desde o pré-natal, nascimento, saúde bucal, acompanhamento e diagnóstico das doenças prevalentes na saúde pediátrica. Todas as ações que comportam tanto a saúde básica, como o Hospital da Criança e como a Maternidade.

Nós precisamos de concurso, precisamos de financiamento tripartite, nós precisamos acreditar que a saúde básica ainda é a melhor solução para a saúde do Estado.

Em relação ao Hospital Nossa Senhora de Nazaré, também precisamos de concurso, planos de cargos e salários, precisamos de orçamento próprio, precisamos saber quanto temos para investir e para resolver os problemas.

Quanto ao fortalecimento do PNI, nós vimos que houver uma queda. Em 2009, nossa cobertura geral de vacinas no Estado foi de 80.41%. No ano passado nossa cobertura foi de 73.95%. Então, isso é um dado negativo importante.

Precisamos eleger prioridades, pois em um Estado de poucos recursos como o nosso não pode tratar câncer antes de tratar eficientemente as pneumonias de nossas crianças e garantir um nascimento seguro. É imprescindível o conhecimento pelo Legislativo dos impactos dos cortes orçamentários antes da aprovação da LOA. Esta Casa tem que exigir o planejamento antes de aprovar a LOA e entender que os cortes orçamentários são prejudiciais e custam vidas na saúde. Embora a Doutora **Jeanne** não concorde, é uma pena que ela não esteja presente neste momento. Não podemos cobrar capacidade de resolução de um gestor sem recursos, ninguém sai de casa e entrega dez reais para a empregada e digo eu quero almoçar camarão. Então, nós temos que ter recursos alocados na saúde, sim.

Nós precisamos como sugestões finais, definir formalmente o quadro de pessoal das instituições de saúde e efetivar esses quadros. Sabemos que os recursos são pequenos e que o nosso pessoal leva cerca de 90% dos recursos da saúde hoje. Então, a indefinição dos quadros de pessoal das instituições com livre demanda de contratações e de demissões é altamente prejudicial, porque é impossível que num mesmo setor de saúde funcione um quadro com cinco pessoas e no outro com

vinte. Então, temos que definir os quadros de pessoal. E temos que efetivar para evitar essa entrada e saída de pessoal na saúde, levando a maior parte do orçamento.

Respeito prioritário aos montantes destinados ao abastecimento das unidades e gestão dos recursos de saúde pelo gestor da pasta. E isso fica para o Município porque é inadmissível a situação em que o Município se encontra, seja, hoje, e uma subordinação de um secretário de uma pasta de suma importância como é a pasta da Saúde a um outro Secretário. Muito obrigado.

O Senhor Presidente (**Ionilson Sampaio**) - Nós temos uma série de perguntas e buscamos selecionar pelos temas importantes, não será possível responder a todos diante do volume das perguntas que temos. Mas, serão repassadas aos gestores aos quais estão destinadas. Como teremos mais um dia de debates amanhã e um grupo de trabalho depois de amanhã, os questionamentos podem ser combinados com os palestrantes.

Iniciaremos com a pergunta da Doutora **Magnólia** destinada aos gestores municipais e estaduais: Em setembro de 2011, a ONU se reunirá em Assembleia Geral com todos os Chefes de Estado com o objetivo de buscar mecanismos que garantam a acessibilidade dos cidadãos à prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação do câncer. Por considerar essa uma verdadeira catástrofe sócio-econômica e familiar. O que os gestores municipais em Roraima têm pactuando na CIB para o programa de prevenção do câncer do colo do útero e diagnóstico precoce do câncer de mama; priorizar a área de saúde pública dentro das políticas de atenção oncológica do Ministério da Saúde?

O Senhor Secretário de Saúde Municipal (**Robério Araújo**) – Parabenizo a iniciativa do Presidente **Chico Guerra** desta Casa em promover este Simpósio de tamanha importância sobre a saúde do Estado de Roraima. Quero dizer que aqui é fórum de debates das questões que são essenciais para a população e que certamente servirão como balizamento futuro para os gestores da saúde para o executivo estadual e municipal. Mas, especificamente a pergunta da Doutora **Magnólia**, pois já tivemos a oportunidade de participarmos de várias reuniões do Conselho Municipal de Saúde e essa pergunta é recente, ela vem aparece todas as reuniões que nós realizamos. Quero dizer que se dá importância tanto ao câncer ginecológico, como câncer de útero e do câncer de mama faz parte do programa de saúde da família. Ele é contextualizado como um todo ele está dentro desse programa. Então, especificamente a Doutora **Magnólia**, se não me engano, até o mês retrasado era a médica que cuidava dos exames preventivos do colo de útero. Eu acho que Vossa Senhoria deve ter as informações.

O Município como um todo, eu tenho dito isto, estamos caminhando para promover uma assistência à saúde que a população deseja e merece, acontece que muitas das vezes como é ampla a ação básica de saúde e não se restringe apenas a diagnóstico do câncer de colo de útero e de mama, eu tenho certeza que a Doutora **Magnólia** sabe muito bem das dificuldades que nós atravessamos. Então, eu deixaria a seu critério e o gabinete está aberto à hora que você quiser a gente conversa, e eu acato a sua sugestão, Doutora **Magnólia**. Eu nunca disse que não acataria, e quem sabe, de mãos dadas possamos chegar à solução desse problema.

O Senhor Presidente (**Ionilson Sampaio**) – Doutor **Robério**, não é especificamente em relação à gestão municipal. Ela quer saber no COSEMES, pois Vossa Senhoria é quem preside.

O Senhor Secretário de Saúde Municipal (**Robério Araújo**) – Nós tivemos apenas uma reunião da CIB, e não foi tratado esse assunto. E também como Presidente do COSEMES, eu estou a apenas dois meses presidindo e também não foi tratado esse assunto.

O Senhor Presidente (**Ionilson Sampaio**) – Eu vou conceder a palavra ao Deputado **Mecias** para que faça sua pergunta.

O Senhor Deputado **Mecias de Jesus** - Eu gostaria de saber quanto foi gasto na saúde ano passado? Não era o mesmo Secretário, mas ele deve saber. Pois, foram mais de trezentos milhões de reais. Nós temos o maior orçamento de saúde do Brasil para a menor população do Brasil, entretanto temos a pior saúde do Brasil. Quero saber para onde está indo o dinheiro?

O Senhor Secretário de Saúde Estadual (**Leocádio Vasconcelos**) – Meu nobre Deputado **Mecias**, Vossa Excelência chegou próximo dos números. Os recursos destinados à saúde no ano de 2010 do Orçamento do Estado pela Constituição deveria ser 12%. O Estado repassou 14,1%, isso está na prestação de contas do estado que nos próximos dias estará sendo encaminhado para Assembleia, totalizando duzentos e vinte e três milhões. O ressarcimento do SUS

para todas as destinações, inclusive, para os prestadores de serviços totalizou 67 milhões. No total são 290 milhões, entre os recursos do tesouro estadual e ressarcimento do SUS.

O Senhor Deputado **Mecias de Jesus** - Se nós eliminássemos tudo e pagássemos um plano de saúde mais caro para toda a população do Estado, talvez ainda sobrasse dinheiro.

O Senhor Secretário de Saúde Estadual (**Leocádio Vasconcelos**) - Eu quero crer que não Deputado, se considerar apenas os 223 milhões do Estado, é que nós não podemos usar os recursos do SUS para plano de saúde. Daria algo em torno de quinhentos reais por ano por habitante.

O Senhor Deputado **Mecias de Jesus** - O que é lamentável, pois a saúde do Estado não tem nada para oferecer. O que nós estamos questionando Senhor Secretário, e quero deixar bem claro que não é nada pessoal contra o Senhor, quero dizer que nós não podemos ter tanto dinheiro enquanto o povo é tão maltratado nas portas dos hospitais. Não podemos deixar isso acontecer no nosso Estado. Se faltar gestão e o Estado acredita que o Senhor é um bom gestor resolva isso. Não adianta prender os pangarezinhos quando quem deu a ordem está solto.

O Senhor Secretário de Saúde Estadual (**Leocádio Vasconcelos**) - Eu não sei o que Vossa Excelência chama de prender pangarés?

O Senhor Deputado **Mecias de Jesus** - Pangaré é quem foi preso.

O Senhor Secretário de Saúde Estadual (**Leocádio Vasconcelos**) - Não tem nenhuma ingerência sobre o assunto.

O Senhor Deputado **Marcelo Natanael** - Só uma observação. O Deputado **Mecias** sabe quanto eu tenho admiração por você e pelo Secretário. Mas, nós não podemos ficar no "se". Se fizer a conta, Se vai ficar. Não é esse o trabalho. Eu tenho certeza que a realidade da saúde que está aqui, isto é, quer ouvir propostas para resolver os problemas de imediato e não quer saber dessa conta aqui.

O Senhor Presidente (**Ionilson Sampaio**) - Nós temos outra pergunta destinada ao Secretário de Saúde, Doutor **Leocádio**: Quando haverá concurso público para a Secretaria de Saúde e para os diversos cargos existentes e qual solução será dada após a extinção das cooperativas?

O Senhor Secretário de Saúde Estadual (**Leocádio Vasconcelos**) - A nossa idéia considerando a exiguidade do tempo até julho que é quando se encerrará contrato da cooperativa. Nós temos convicção que não será possível realizar concurso público até julho. Então quais estratégias que estamos implementando? Nós vamos mandar para esta Casa um Projeto de Lei alterando aqueles quantitativos de vagas da lei nº 392 nas diversas categorias para que nós possamos chamar aquelas categorias que têm aprovados no concurso na quantidade que tem hoje trabalhando nas cooperativas. Se nós temos hoje numa determinada categoria 100 pessoas e tem 100 pessoas aprovadas em concurso. Nós vamos chamar essas 100 pessoas, mas isso nós precisamos alterar quantitativos de vagas na lei. Algumas categorias que não tenha ninguém aguardando para ser chamado, nós temos duas alternativas: Faremos um processo seletivo e para isso teremos que sentar com o Ministério Público. Eu não estou aqui afirmando que a cooperativa vai acabar, até porque quanto a médico, por exemplo, nós temos 160 médicos efetivos e mais 240 na cooperativa. Nós trabalhamos hoje com 390 a 400 médicos. Nós temos apenas 09 aprovados em concurso público. Então, com certeza, deveremos manter ou acelerar novo contrato com outra cooperativa para manutenção de médicos e algumas outras categorias para qual não existem concursados aprovados.

O Senhor Secretário de Saúde Estadual (**Leocádio Vasconcelos**) - Temos outra pergunta para o Secretário **Leocádio**, da Fisioterapeuta **Patrícia Ludimila**: Falamos muito do sub-financiamento na saúde, mas sabemos que precisamos rever a forma de repasse de recursos federais e que esses repasses não devem ter como base apenas o critério populacional. Porém, por que o Estado de Roraima ainda devolve recursos federais? E não consegue executar com celeridade os convênios?

O Senhor Secretário de Saúde Estadual (**Leocádio Vasconcelos**) - Essa história de devolver recursos de convênio é uma exceção mesmo. Alguns convênios têm dificuldade na licitação, às vezes, elabora-se um projeto básico, depois vence o prazo, enfim. Mas, é uma raridade a devolução de recursos de convênios, é uma excepcionalidade. O que acontece, às vezes, é a devolução de saldos de convênios, porque se o convênio é de um milhão e meio, mas o projeto de execução deu um milhão quatrocentos e oitenta, devolvem-

se vinte mil com a prestação de contas. Isso acontece com mais frequência, mas a devolução na íntegra que veio para o convênio é uma exceção.

O Senhor Secretário de Saúde Estadual (**Leocádio Vasconcelos**) - Temos uma pergunta do Senhor **Francisco Soares**: Na sua gestão qual a sua opinião sobre o estado assumir definitivamente o Hospital da Criança já que a média e alta complexidade deve ser de responsabilidade do Estado?

O Senhor Secretário de Saúde Estadual (**Leocádio Vasconcelos**) - Esta é uma questão que deve ser mais bem trabalhada, melhor discutida em nível de Governador, em nível de Prefeito, de Assembléia para ver como fica a questão de orçamento. Tem os 15% do Município e os 12% do Estado, precisamos ver como ficaria isso. Não é uma decisão fácil para ser tomada e foge tanto da alçada do Secretário **Leocádio** quanto a do Secretário **Robério**.

O Senhor Presidente (**Ionilson Sampaio**) - Vamos ouvir agora o Senhor Deputado **Flamarion Portela**.

O Senhor Deputado **Flamarion Portela** - Senhor Presidente, cumprimento a Mesa em nome da Doutora **Magnólia**. Cumprimento às pessoas que estão aqui desde cedo e vou de forma bem responsável, Doutor **Leocádio**, fazer algumas colocações para que possamos refletir. O Governo que está aí está quase completando o ciclo de mandato de quatro anos, faltam apenas oito meses. E, vou fazer uma retrospectiva de números. Em 2003, no meu Governo, esta Assembléia aprovou o Fundo Estadual de Saúde destinando, no mínimo, 12% das receitas para esse fundo, foi feito concurso público. E, a partir de 2004, que são os números que eu tenho aqui, são efetivamente do Fundo Estadual de Saúde: Em 2004, a saúde teve 99 milhões; em 2005, 140 milhões; em 2006, 168 milhões; em 2007, 196 milhões; em 2008, 244 milhões e novecentos mil; em 2009, 259 milhões e em 2010, 290 milhões. Para que a população também reflita, vamos buscar os dados do IBGE relativos à população: Em 2004, nós tivemos 381.896 habitantes. Agora, o censo de 2010 estabeleceu 451.227 habitantes em Roraima, ou seja, o nosso recurso da saúde cresceu praticamente três vezes. E nesse período a população só cresceu 18%. Enquanto que o orçamento da saúde em 2010 cresceu 200%. E por que nós enfrentamos tantos problemas na saúde, por exemplo, cadê o reajuste dos servidores? Por que não falamos em dar um reajuste anual para esses servidores? Cadê o Plano de Cargos e Salários?

Eu me lembro que nós já tivemos aqui a Doutora **Eugênia** de quem cobramos isso. Depois veio o Doutor **Samir** e novamente cobramos o Plano de Cargos e Salários da Saúde para dar tranquilidade e segurança para que o servidor pudesse se planejar e tocar sua vida juntamente com sua família.

Nós aprovamos aqui na Assembleia, na gestão do Doutor **Samir**, porque isso iria dar uma guinada de qualidade na saúde, mais de 200 cargos comissionados e a saúde tem, hoje, praticamente 500 cargos comissionados. E eu pergunto: Estão todos preenchidos? E Vossa Senhoria, Doutor **Leocádio**, é a favor da CPI? Quando entreguei o relatório e pedi a instauração da CPI, eu abdiquei de participar da mesma para que investigassem também o meu Governo. E, se o meu Governo tiver problemas, que os culpados paguem pelos seus atos. Terça-feira vai ser votado o pedido para a abertura de CPI e a base governista é a maioria. E a base governista, que é maioria, irá votar pela aprovação da CPI para que seja investigado de fato e de direito no sentido de clarear de vez para onde estão indo os recursos da saúde?

O Senhor Secretário de Saúde Estadual (**Leocádio Vasconcelos**) - Deputado, eu vou começar pelo final. Sobre a CPI, eu vou me abster de me pronunciar porque eu acho que é prerrogativa desta Casa e, como não faço parte dela, eu acho que é mais sensato eu me abster de me pronunciar sobre ela.

Quanto aos números, no seu Governo, o Senhor Lembra para quantos servidores da saúde foi feito concurso público? Hoje com certeza tem mais do dobro. Ainda, hoje, nós temos dívida daquela época, Deputado. Mostra que as dificuldades não são de hoje, ela vem se acumulando há vinte anos. Eu lembro que o concurso que foi feito no Governo de Vossa Excelência foi para um quadro bem pequeno de servidores. Nós tínhamos um número de servidores na saúde infinitamente menor, tanto no quadro técnico, quanto no médico. Nós temos, hoje, 400 médicos, ou seja, dos 500 médicos registrados no CRM, 80% atuam na saúde pública do Estado. Com certeza, naquela época era um percentual bem menor e a população era bem menos assistida consequentemente. Então, se formos relacionar esses números com a situação daquela época e a de hoje, não vamos encontrar muita discrepância, não, Deputado.

Esse pessoal que está aqui na platéia e que trabalha na saúde, responde por 210 milhões do orçamento da saúde e desses 290 milhões, 67 milhões é do SUS que tem destinação específica. A saúde contou com 223 milhões dos recursos do Estado, dos quais 210 milhões foram para a folha de pessoal.

Com relação ao Plano de Cargos e Salários, eu disse e já me comprometi, inclusive, com a categoria. Acabei de levantar todo o quantitativo com o pessoal da Administração. Mas, disse à categoria que não adianta a gente resolver o programa só aumentando o valor do plantão e do salário, se não trabalharmos o PCCS da saúde. Também não defendo um PCCS só para médicos, e sim da saúde. Essa é nossa meta para construir até o final deste ano juntamente com a categoria.

O Senhor Presidente (**Ionilson Sampaio**) - Nós temos aqui duas perguntas para o Doutor **Robério**: Qual o motivo pelo qual nove casas da família estão sendo fechadas? E dez equipes da saúde da família estão sendo desativadas por falta de médicos?

O Senhor Secretário de Saúde Municipal (**Robério Araújo**) - Eu quero começar respondendo a segunda pergunta. Boa Vista é diferente do resto do Brasil, aqui há uma falta de oferta de profissionais médicos. Eu até comento com o **Leocádio** que nós vamos ter uma série de problemas, porque vocês estão acompanhando na televisão quanto aos vínculos que estão sendo descobertos, às vezes, tem médico que participa do programada da saúde da família em Boa Vista, Mucajaí e Alto Alegre. E, o Ministério da Saúde está de olho nisso, está cruzando informações. Eu acho que, a partir do momento em que a Prefeitura começar a regularizar o vínculo empregatício com os médicos, e se o Governo também fizer o mesmo, nós vamos ter problemas de acúmulo de horário e de falta de horas do médico para com as unidades. Por que eu digo isso? Porque, muitas das vezes, tem médico hoje comprometido com 30 horas em 24 horas. Essa é a realidade, nós descobrimos isso. Eu quero saber como vai ficar a situação na hora que começarmos a regularizar a situação trabalhista desses profissionais, porque nós não temos disponibilidade de profissionais médicos no mercado de Roraima. Eu não sei como nós vamos resolver isso, porque eu tenho certeza que se nós formos atrás ao resto do Brasil oferecendo para o médico da saúde da família oito mil e duzentos reais, não vamos encontrar nenhum médico que queira vir para cá para ganhar isso. Então, a Prefeitura, até o final de maio, está fazendo um plano que será encaminhado para a Câmara dos Vereadores para tentar regularizar a situação trabalhista dos profissionais de saúde, assim como de todos os profissionais. Eu quero saber quando o **Leocádio** fizer a mesma coisa, como vai ficar a situação?

O Senhor Presidente (**Ionilson Sampaio**) - A quem o Senhor atribui o grande número de pessoas no pronto-atendimento, sendo esses pacientes, cuja maioria oriunda do próprio Município com doenças e sintomas que deveriam ser tratados e diagnosticados na atenção básica?

O Senhor Secretário de Saúde Estadual (**Leocádio Vasconcelos**) - Existem muitas deficiências no atendimento da nossa rede básica. Eu sempre digo que onde eu estiver eu vou falar a verdade, não tem ninguém que me impeça de falar a verdade. Eu reconheço que a gente tem muita dificuldade. Mas, quero contar com a colaboração dos Deputados, Vereadores e população em geral para observar a situação financeira por que passa o Município, nós temos aqui um quadro comparativo que é o inverso do que disse o Deputado **Flamarion**. Enquanto o FPE do Estado cresce a cada ano o FPM do Município está indo ladeira a baixo. Em 2007, o FPM foi de 177 milhões; em 2008, foi de 114 milhões; em 2009, teve um crescimento e foi para 221 milhões; já em 2010, foi para 128 milhões. E, agora, com certeza, em 2011 deve chegar a 100 milhões. O Estado tem o FPE que foi em 2007, 794 milhões; em 2008, 951 milhões; 2009 898 milhões; 2010 968 milhões e, hoje, já tem 224 milhões. Então, há uma diferença muito grande com relação ao financiamento da saúde. Essa é a realidade que a gente vivencia hoje, não adianta tentar tapar o sol com a peneira. Eu apelo justamente para a compreensão de todos. Quando eu faço uma proposta de co-financiamento do Hospital da Criança é porque eu tenho certeza que o Município não tem condições financeiras de bancar o Hospital da Criança. E eu apelo ao bom senso e compreensão do Governador.

O Senhor Deputado (**Brito Bezerra**) - Senhor Presidente, autoridades que compõem a Mesa, Senhoras e Senhores. A minha pergunta vai para o Secretário **Leocádio**: Senhor Secretário, nós sabemos que os problemas na saúde do nosso Estado são estarrecedores, passam por emergências lotadas, hospitais deficitários, pacientes sendo atendidos em macas e corredores e muitas vezes nem são atendidos. O

norte e o sul do estado sem que ao menos possuam um Instituto Médico Legal. Familiares daqueles que falecem naqueles Municípios esperam horas e, às vezes, dias para que esses corpos sejam acolhidos pelo aparato de saúde do Estado, isso é cruel. Colaboradores esperando seus direitos porque o Estado é voraz ao cobrar seus deveres. No entanto é lento, às vezes, inerte. Gostaria de saber quando nós, cidadãos roraimenses, teremos uma saúde digna, efetiva à altura do nosso merecimento como profissionais valorizados?

Tenho também uma sugestão para o Doutor **Robério**, Secretário Municipal de Saúde, já que é notório que o estado, de maneira pactuada e espontânea, não assume o Hospital da Criança, e ali são feitos atendimentos de médias e altas complexidades que é seu dever e ainda diante das atuais circunstâncias da crise financeira que assola o Município de Boa Vista, com a diminuição de mais de 50% do repasse do Fundo de Participação Municipal, só vejo uma saída. É Vossa Excelência acionar juridicamente o Estado para assumir as suas responsabilidades, conforme demonstrou o Deputado **Flamarion**, os recursos só aumentam ano a ano e as providências não são tomadas. E o poder Judiciário que é guardião dos nossos direitos e dos nossos deveres. Portanto, é direito nosso, cidadão roraimense ter acesso à saúde de média e alta complexidade. O que é inadmissível, acredito eu, Senhores e Senhoras, é que não se tome providências e o nosso povo continue morrendo por falta de compromisso do Estado.

O Senhor Secretário de Saúde Estadual (**Leocádio Vasconcelos**) - Deputado, o estado não tem sido tão voraz no seu papel de arrecadar, ainda tem muito sonegado na praça. Quanto aos trinta milhões que a imprensa tem divulgado, pelo menos, segundo o Ministério Público, isso se refere que há dez anos, no mínimo, a documentação foi solicitada, de 2001 para cá. Então, os trinta milhões que se comenta que teriam sido desviados seria ao longo de 10 anos. Eu não quero ser irresponsável para oferecer um prazo para que tenhamos a saúde dos sonhos, porque a saúde, como está aí, hoje, resulta de 20 anos que não conseguiu equacionar. Nós estamos convictos de que necessariamente teremos que rever o orçamento da saúde ou, então, nós vamos demitir uma porção de gente e criar um problema social enorme, deixar nossas unidades de saúde precárias de atendimentos. Então, eu já fiz um levantamento completo e o entreguei, hoje, ao Governador, mostrando a nossa necessidade de orçamento para este ano. Vamos sentar com a Secretaria de Planejamento e trabalhar isso. Agora, estabelecer um prazo para que tenhamos a saúde dos sonhos, eu seria, no mínimo, irresponsável para com Vossa Excelência. E não poderia, com certeza, cumprir esse prazo que eu porventura estabeleça. Mas, estamos imbuídos dos melhores propósitos nesse sentido. E a minha postura por onde tenho passado tem sido o envolvimento, o comprometimento, é o suar a camisa em prol da pasta onde eu milito. E não vai ser diferente enquanto eu estiver na saúde.

O Senhor Presidente (**Ionilson Sampaio**) - Temos uma pergunta para o Doutor **Robério**: Assim como em todas as instituições há profissionais compromissados e descompromissados no Município, no Estado não é diferente. Portanto, qual o compromisso de melhoria para valorização do servidor municipal, especificamente do servidor da saúde?

O Senhor Secretário de Saúde Municipal (**Robério Araújo**): Eu acredito que todo o serviço, principalmente, serviços essenciais estão muito relacionados ao comprometimento daquele que presta serviço. Se nós observarmos um dos maiores motivos pelos quais os servidores de saúde enfrentam, estão muito evidentes. Você vai observar que os servidores e, aqui eu não quero criticar os servidores da saúde, como um todo, eles estão desestimulados. Essa é a grande realidade, as pessoas trabalham mais com muita queixa, inclusive, da falta de vínculo empregatício, das condições de trabalho. Um dos maiores problemas que a saúde do Brasil apresenta, e tenho participado de alguns fóruns nacionais, é a permanência do médico na unidade de saúde. Esse, por incrível que pareça, é um problema enfrentado do Rio Grande do Sul a Roraima, todos os Secretários do COSEMES têm essa queixa. Nós estamos atrás de uma fórmula para que esse profissional possa permanecer na unidade, prestando as horas de trabalho que ele está ganhando. Eu até já pensei e vou levar uma sugestão para o Ministério da Saúde, qual seria essa sugestão? Eu acho que é muito difícil, desumano, para o médico sentar numa cadeira e atender 20 pacientes durante quatro horas. É desumano, digo isso pela experiência que tenho como médico. Estou pensando em criar condições para que o médico, a partir de duas horas de trabalho, possa ter um intervalo de 15 min. para arejar e, nesse tempo, poderá ser servido a ele um

sanduíche com suco natural, vídeo com atualizações médicas, por exemplo, sobre a hepatite B, malária, dengue e etc. Eu acho que é uma forma de prender o profissional médico.

Esses debates são importantes, porque daqui irão sair propostas para resolver esses problemas. As pessoas podem dizer que a saúde não se resume só ao atendimento médico. Eu peço a vocês que observem as queixas da saúde, se não é a falta de médicos nas unidades. Agora, para eu exigir o cumprimento das horas de trabalho do colega médico, eu preciso dar um salário digno a ele para que não tenha que sair correndo atrás de fazer um biquinho para complementar seu salário.

O Senhor Presidente (**Ionilson Sampaio**) – Quero informar aos Senhores que todos terão oportunidade de se manifestar. Todas essas Sessões estão sendo gravadas? Há, ainda mais uma pergunta a ser feita, elas estão sendo endereçadas ao Doutor **Robério** e para o Doutor **Leocádio**? Não sei quem irá responder. O que falta para o Estado criar e para o Município implantar a Rede de Atenção à Saúde de Pessoas com Deficiência? Tendo em vista que essas pessoas não têm atendimento adequado e, muitas vezes, digno. Sabemos que voltam recursos por falta dessa Rede.

O Senhor Secretário Municipal de Saúde (**Robério Araújo**) – Vejam bem, acho que o atendimento ao portador de necessidade especial, falta muita coisa e aqui estou vendo nosso amigo que está presente em todos os fóruns. Realmente falta muita coisa. Eu acredito que independente de nossos padrões, nós temos que dar as mãos e procurar uma saída viável para melhorarmos a saúde da população deste Estado e, principalmente, do Município de Boa Vista, independente da vontade de quem quer que esteja na Gestão, Prefeitura, Governo, porque essa é a tarefa nossa. E aí gostaria de me penitenciar. Tenho certeza de que tal qual a mim, o **Leocádio** deve passar horas e horas, à noite, atrás de uma solução. Não pensem que é maldade minha não prestar assistência que o portador de necessidade especial necessita no atendimento à saúde, disso está atrás e esse fórum é exatamente, o lugar ideal para as sugestões. Estamos abertos a receber sugestões de todos da população, dos Deputados, dos palestrantes. Aqui é o Fórum ideal para a gente poder chegar à conclusão nesse sentido. Acho que a boa vontade existe. Ninguém, por exemplo, está deixando essa deficiência, por vontade própria, por maldade, o que acontece é que muitas das vezes, por falta da pressão social, você fica relegado a outro plano. Acho que a sociedade tem que se organizar para pressionar e eu nunca vimos. Já tive experiência de parlamento, em nível de Brasília e posso afirmar que as coisas só acontecem, quando a sociedade se organiza e pressiona. Não existe nada diferente disso. Essa é a realidade.

O Senhor Presidente (**Ionilson Sampaio**) - Obrigado Secretário.

A Senhora Deputado **Aurelina Medeiros** – Muito obrigada, Presidente. Eu quero saudar a todos da Mesa. Escrevi aqui desde manhã: eu sou uma política muito fraca, muito devagar, pois tem tanto dinheiro neste Estado e eu não consigo dar nenhuma solução para a Saúde do meu Estado. Está sobrando dinheiro, estão esbanjando, desviando para tudo quanto é lugar. Tanta coisa que tem um Estado tão rico que depende em 80% da União, quando o FPE aumenta a arrecadação aumenta e quando o FPE cai, a arrecadação cai. A gente só consegue produzir 20% do recurso que precisamos para pagarmos as nossas contas. O Estado produzir para gerar emprego e eu fico aqui ouvindo. Esses dias, eu estava assistindo à televisão, quando disseram: A saúde passada a limpo. Foi horrível! Em São Paulo, no Rio Grande do Sul, no Distrito Federal, nos Estados Ricos. Vi uma manchete em um papel que passou aqui pelas nossas bancadas, dizendo: A Saúde está na UTI. E eu disse: Lá vai Roraima, não aguento mais ver isso. Era Brasília, pois falta leite, lençol, vaga na UTI, comida, salário para médicos e não é só em Roraima. Parece que o Governo Federal faz festa demagógica na casa dos outros, cria o PSF, o Programa da Saúde do Homem, mas eu não sabia que o PSF está fechando as portas e eu não acredito que seja falta de profissional, porque se alguém quiser eu mando, pelo menos, 100 currículos de enfermeiros e auxiliares de enfermagem que tenho em meu gabinete, pois fazem filas nas portas dos Deputados todos os dias. Sabemos que não é por falta de profissional, mas, pelo fato de o Governo Federal pagar apenas 30% do valor do PSF. Então, é uma demagogia, é uma política contraditória, é um modelo burocratizado do SUS que paga tudo e não paga nada. Essa é a realidade que a gente vai dizer ao Doutor **Leocádio** por esses dias, o Senhor ia ser preso, porque para você comprar um vidro de remédio você leva 45 dias pela Lei nº 866, e o Juiz determinou que o Senhor deveria dar o remédio de imediato para o doente, já ia sair a ordem de prisão

porque ele não pode comprar o remédio em 24 horas. É uma contradição. Escuto aqui que a Emenda 29 define tudo, mas não resolve nada, não desvia tudo o que é recurso para outras finalidades. Para que o diabo dessa emenda vai ser votada? Ta dormindo não sei por onde. Por isso que eu acho que eu sou uma política devagar demais, pois com tanto dinheiro no meu Estado que eu estava dizendo, e eu ouvi uma coisa que era a única que queria dizer que foi da doutora: é preciso que o Legislativo conheça o impacto dos cortes orçamentário na Saúde. Nós não cortamos orçamento de nada, nunca cortamos orçamento de nenhum segmento. Agora, precisamos saber o seguinte, é o Estado de pires na mão, que 80% das suas contas são pagas com o dinheiro do FPE. Chega aqui um orçamento, onde 25% dele, obrigatoriamente, são destinados à Educação, 12% é destinado à Saúde e a gente sempre vota mais um pouco e as propostas vêm maiores; são 5% hoje, são 10%, destinados à Segurança. Aí a gente olha para o lado e diz que o salário dos servidores de outras Secretarias, de outros setores é intocável, as dívidas são intocáveis, o dinheiro dos Poderes é intocável. Aí eu pego esse orçamento, mexo para um lado e outro e não sobra nada, não dá para aumentar nada. A gente tem que partir da ideia de que o Estado não pode ser o Pai de tudo, a gente tem que cuidar do Estado, para que ele cresça e tenha, pelo menos, condições de pagar suas contas. Saúde que é obrigação, a Educação que é obrigação. Todos nós sabemos. Quando eu vejo mostrarem os artigos da Constituição, fico olhando, parece até que não fomos nós quem a fizemos. Fomos nós quem a fizemos, é o sonho de todos e, na minha avaliação, o Secretário Municipal e o Secretário Estadual, eu ando um bocadinho neste Estado e a cena mais deprimente que vi e tenho visto é você ir à Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, pois lá existe um galpão que dá duas Assembleias dessas, com pessoas esperando dois, três meses por uma consulta para a atenção básica e aí, queria dizer isso tudo para vocês que eu não considero a Saúde de Roraima um caos e nem considero o Município pobre e o Estado rico. Nós temos quinze municípios, dos quais em dez, a saúde é municipalizada, mas o Estado tem que arcar com as contas. O Município não tem dinheiro e, muitas vezes, o Estado também não tem, estou dizendo isso para que nossos pensamentos e as nossas falas não ganhem o caminho da oposição e da situação, mas o caminho da conscientização. Nós precisamos trabalhar muito para termos o Estado e a Saúde dos sonhos. Muito obrigado.

O Senhor Secretário de Estado da Saúde, **Leocádio Vasconcelos** – Senhor Presidente, quero dar uma explicação relacionada à compra de medicamentos, porque ouvi o Deputado **Mecias de Jesus** dizer aqui: mas temos que comprar o remédio antes. Quero explicar o seguinte: Senhor Deputado, cada caso é um caso, mas temos situações verdadeiramente atípicas: são medicamentos que não existem na rede do SUS. Para Vossa Excelência ter uma ideia, nesse caso foi estabelecido um prazo de 48 horas para que fosse entregue esse remédio para um paciente, que além de não ter na rede SUS, não havia em Roraima, para ser comprado. Só existe direito do laboratório e descobri que um escritório de representação desse laboratório que atende às Regiões Norte e Nordeste, localiza-se em Fortaleza. Então, para eu comprar esse medicamento, mesmo que seja com dispensa de licitação, descumprindo toda a legislação, eu não teria como fazer esse medicamento chegar em 48 h. Para Vossa Excelência ter uma ideia, estamos com um caso concreto hoje dizendo que há uma determinação judicial para que atendamos a uma criancinha que, por ironia do destino, é o par de danças da minha garotinha, lá no CTG. Só que acontece o seguinte: Essa criança tem uma doença rara, e essa medicação não é produzida, e nem comercializada no Brasil. A ANVISA não permite sequer a comercialização no Brasil desse medicamento. Como vamos atender? Fiz uma reunião com o Desembargador, Presidente do Tribunal, com dois Juízes da Vara da Fazenda Pública e eles me perguntaram: Como ela está tomando esse medicamento hoje? Eu disse: boa pergunta, vou me informar, vou conversar com a mãe dele. A mãe dele disse que tem alguns parentes na fronteira. Que estão conseguindo o medicamento clandestinamente lá no Paraguai, Argentina, não sei onde. Mas, o Estado não pode comprar dessa maneira. A cada dia nos deparamos com situações semelhantes, com decisões judiciais que são inexequíveis naquele prazo estabelecido.

O Senhor Deputado **Marcelo Natanael** – Senhor Presidente, Senhoras e Senhores Secretários, na verdade nós não estamos fazendo nada mais do que a nossa obrigação aqui nesse Simpósio. Quero dirigir-me ao Secretário **Robério**, uma pessoa que eu não conheço muito bem, mas me surpreendeu pela coragem de estar falando aqui

à realidade que todos, além de saberem, sentem na pele, que são os profissionais da Saúde, a classe dos Médicos e ao Senhor, também, Secretário, que eu sempre defendo aqui por estar há pouco tempo na Gestão, mas já está pegando a fama de chato, a mesma que tinha na SEFAZ, mas isso se dar porque, quando se trabalha com competência, incomoda quem não tem compromisso. Eu quero dizer ao Senhor, Secretário, que Vossa Senhoria adivinhou o que eu estava pensando, quando teve a simplicidade e a humildade de se colocar à disposição de parcerias. Então, eu convoco aqui meus pares, pois é o nosso dever de fazermos leis e projetos, para que nesse Simpósio, já apresentemos alguns, a fim de que essa carta que será apresentada contenha já alguma parceria, pois, antes de sermos oposição ou situação, temos que pensar na população e nesses profissionais que aqui estão o dia todo, para que haja uma parceria entre Governo Municipal e Estadual, pois, se a coisa está pegando, falando aqui grosso modo, a gente tem que se unir e pensar primeiro na população. Então, convoco aqui os meus pares, as autoridades presentes, para que mandem uma proposta contendo a parceria entre o Governo e a Prefeitura, porque se essa parceria não ocorrer, não vamos poder ficar atribuindo à falta de recursos. Se essa parceria não ocorrer, vai acontecer o que está acontecendo. Há muita gente sentindo na pele o que nós não estamos sentindo. Então, eu convoco isso e agradeço a coragem de ambos e dos demais também, da Doutora **Magnólia**, pois sei do compromisso dela que tem ali na Liga de Combate ao Câncer. Quero dizer que vocês podem contar com o apoio desses Deputados. Muito obrigado.

O Senhor Presidente (**Ionilson Sampaio**) – Eu acredito que o dia hoje foi extremamente proveitoso, mas ficou muito claro, acredito que para todos os Deputados e para as pessoas que participaram dos debates, para os palestrantes que nós conhecemos os problemas da Saúde, como a questão da Gestão, financiamento, valorização dos

profissionais, criação de carreiras específicas para o sistema. Enfim, os problemas são conhecidos e nós estamos aqui exatamente para isso, conhecermos os problemas, debatê-los para, a partir daí, definir e apontar soluções, fazer sugestões para os nossos gestores. Eu queria encerrar aqui lendo dois parágrafos de um pesquisador da UNICAMP, **Gastão Wagner**, médico, estudioso do SUS onde diz o seguinte: O Sistema de Saúde completa, em 2011, 23 anos, mas ainda não funciona. A implantação do SUS tem sido parcial e incompleta, várias de suas diretrizes e recomendações ainda não foram aplicadas, e os motivos vão muito além da falta de financiamento. O Brasil pode e deve contar com um serviço de saúde de melhor qualidade se não fosse à incompetência assustadora dos gestores. Então, queremos, em nome da Assembleia Legislativa, agradecer a todos pela presença e convidá-los a estarem presentes amanhã, às 8h30, para continuarmos essa importante discussão. Obrigado e boa noite a todos. Alcançada a finalidade da referida Comissão, retomamos aos trabalhos na fase em que se encontravam.

Não havendo Ordem do Dia, passamos para o Expediente de Explicações Pessoais.

Não havendo nenhum Deputado que queira fazer o uso de Explicações Pessoais e não havendo mais nada a tratar, dou por encerrada a presente Sessão e convoco outra para o dia 13 à hora regimental.

Estiveram presentes os Senhores Deputados: **Ângela Águida Portella, Aurelina Medeiros, Brito Bezerra, Célio Wanderley, Chicão da Silveira, Chico Guerra, Coronel Chagas, Dhiego Coelho, Erci de Moraes, Flamarion Portela, Gabriel Picanço, Ionilson Sampaio, Jânio Xingu, Joaquim Ruiz, Marcelo Cabral, Marcelo Natanael, Naldo da Loteria, Remídio Monai, Rodrigo Jucá, Sargento Damosiel e Soldado Sampaio.**

Aprovada Ata Sucinta em: 17/03/2011



UMA REFLEXÃO COLETIVA SOBRE O SISTEMA DE TRÂNSITO TENDO COMO OBJETIVO A SEGURANÇA DO CIDADÃO E A PRESERVAÇÃO DA VIDA.

Dias
09 e 10
junho de 2011

PLENÁRIO DEPUTADA
NOÊMIA BASTOS AMAZONAS
 ASSEMBLEIA LEGISLATIVA
 DO ESTADO DE RORAIMA - ALE-RR



REALIZAÇÃO:
ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE RORAIMA
 Comissão de Educação, Cultura, Desportos e Saúde

