

De : 29.01 à 01.02.86.

RELATÓRIO DO GRUPO - 01

PROPOSTAS -

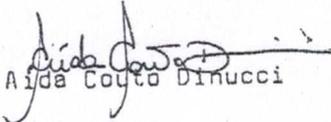
- 1 - Os serviços de Saúde de Mato Grosso, devem ser de responsabilidade Municipal a nível primário, secundário e sempre que possível a nível terciário. A nova constituição, deve assegurar que os municípios tenham a responsabilidade dos serviços de Saúde, o que exige a reforma tributária que garanta os recursos. O planejamento dos serviços municipalizados devem garantir a programação mínima que disponha a tecnologia mínima a todos. Devem ser possibilitados recursos para que se desenvolva a programação mínima e aquela decidida pela comunidade através de decisões dos conselhos populares. O planejamento das decisões da comunidade devem envolver os tipos de programa, atividades e equipes que os compõem.
- 2 - A nível Estadual e Federal, caberia a coordenação dos programas Municipais, com a participação popular. As coordenações Estaduais e Federais devem ser realizadas por conselhos com participação de sindicatos das áreas de Saúde, associações comunitárias e administradores de serviços.
- 3 - Maior integração do setor Saúde com demais setores de administração pública, no sentido de priorizar e viabilizar em tempo mínimo as obras necessárias à manutenção da saúde.
- 4 - Participação da comunidade no gerenciamento dos serviços de Saúde, garantindo uma supervisão contínua e sistemática das ações propostas.
- 5 - Iniciar a implantação dos serviços de Saúde dos Municípios periféricos para os centrais, garantindo o direito a assistência da população que atualmente recebe uma menor cobertura.
- 6 - Equiparação de salário à nível Federal, Estadual e Municipal entre todos os profissionais da equipe de Saúde, bem como implantação de plano de cargos e salários.

- 7 - Concurso público a todos os níveis efetuado à nível Municipal.
- 8 - Controle social, através do planejamento, acompanhamento e fiscalização contínua das ações desenvolvidas pela comissões locais (constituídas de técnicos da área e líderes da comunidade), no sentido de revisão de objetivos, metas e estratégicas dos programas.
- 9 - Realização de Seminário para exposição de modelos alternativos de financiameto existentes nos vários países, com a participação de economistas e administradores (fim de Fevereiro).
- 10 - Realização de Seminário de Práticas Alternativas de Saúde, que permitam exposições do pessoal que desenvolvam estas práticas. Ampliação das comissões de Ministério da Previdência Social e formação de uma comissão estadual a fim de estudar tais práticas.

Relatora : *Jussara Germano Pinheiro*
 JUSSARA GERMANO PINHEIRO

Propõe-se:

- Mudar o conceito de Saúde;
- Haver coerência das comissões das AIS, respeitando a hierarquia organizacional, partindo da base para a ápice da pirâmide;
- Como necessidade premente, introduzir a participação efetiva de setores organizados da população como membros a níveis deliberativos;
- Através da Reforma Tributária, autonomia dos Municípios, afim de viabilizar uma participação concreta destes nos serviços de Saúde;
- Devido a unanimidade do grupo na questão da má-divulgação da proposta AIS, a organização de debates comunitários para maior esclarecimento e informação a nível popular, bém como a nível de profissionais da área de Saúde;
- Organizar a formação de recursos humanos, implementando a formação de Agentes de Saúde;
- A reestruturação do ensino a nível médio e superior, respeitando a regionalização;
- Garantir por lei, a participação, a nível federal, de representantes de Conselhos Federais ligados a Saúde, tendo em vista ser uma forma de cobrança e concretização das linhas básicas a serem seguidas pelo Sistema de Saúde.

RELATORA : 
Aida Couto Dinucci

RELATÓRIO GRUPOS 3

TEMAS:

- SAÚDE COMO DIREITO A CIDADANIA
- ESTRUTURA ESTADUAL DE SAÚDE
- FINANCIAMENTO DO SETOR SAÚDE

Numa abordagem política filosófica todos os homens devem ter suas necessidades básicas garantidas de forma igualitária, para que possam ter as mesmas chances de desenvolver suas potencialidades e ocupar seu justo lugar no seio da sociedade.

Na nossa sociedade, capitalistas, explorados então em desigualdade para competir com exploradores. Para que isso acabe se faz necessário que a sociedade e o sistema caminhem para a socialização dos meios que satisfaçam as necessidades do ser humano.

Do ponto de vista prático no Brasil ambiciona-se uma relativa transição dentro do sistema vigente (Capitalismo), ou seja, pretende-se socializar alguns setores como o de Saúde, convivendo com a atual estrutura de exploração e busca de acúmulo de Capital.

Diante do exposto percebe-se a presença do assistencialismo e paternalismo, seja pelo tipo e forma de serviços prestados à população, inclusive pelo processo usado no planejamento, administração e financiamento do setor em questão que ao invés de permanecerem na fonte, direcionam-se para organismos centrais (Governo Federal) para posterior redistribuição.

O assistencialismo e paternalismo constituem-se em grandes entraves para a socialização real e efetiva da Saúde. Fica a seguinte questão: ou se tenta mudar a estrutura como um todo, visto que Saúde está ligada a outros fatores como: poder, lazer, cultura, trabalho, alimentação, educação, etc. Ou se repensa este processo de

socialização de uma área (a Saúde) não socializando as demais, o que se pode chamar de pseudo-socialismo.

▶ Levantou-se a questão da cidadania do índio - tema que não foi desenvolvido.

É necessário que as instituições de Saúde estejam a serviço da população; Para isto precisa-se buscar novas formas de organização. No Capitalismo pela não possibilidade de socialização real da Saúde observa-se aparentes distorções em estruturas pseudo-socialistas como por exemplo, o INAMPS, observando-se por exemplo o médico priorizando suas consultas particulares / (mais lucrativas, com maior tempo) ao invés das consultas públicas (não lucrativas, pouco tempo). Isto explica-se pelo fato de Saúde, estando integrada num sistema maior, tornar-se também objeto de exploração, lucro e dominação ; fato observável na progressiva privatização e empresariamento da Saúde e no uso pelo sistema de mecanismos de controle como a medicalização de problemas sociais. Em determinadas regiões de MT por exemplo, existem casos de hospitais e médicos que não aceitam convênio com instituições públicas , para não perderem seu rentoso campo de exploração livre.

Aspctos culturais também interferem diretamente nas condições de Saúde/doença, onde se observa dentro do campo de Saúde do trabalho por exemplo a procura, por parte de muitos trabalhadores, de empregos em locais insalubres visando maiores salários. Constatou-se porém, que os aspectos culturais são determinados pelas condições socio-econômicas . Portanto, o trabalhador arisca-se a ter sua saúde e tempo de vida diminuídos em troca de uma melhor satisfação de suas necessidades imediatas e mesmo por ter poucas perspectivas de vida e trabalho. É necessário acabar com estes mitos culturais como: o brasileiro é preguiçoso, não sabe votar, é irresponsável e etc, mitos que são difundidos e apenas servem aos interesses de exploração e dominação.

Pergunta-se, será que o povo está preparado para absorver a estrutura de saúde que lhe é proposta? Na realidade, dentro de um processo de organização própria, o povo está preparado para receber contribuições, desde que seja o sujeito de seus destinos e não apenas receba que nada ou pouco tem a ver com sua realidade e organização.

3

Relatou-se uma pesquisa realizada em 26 bairros de Cuiabá, onde se constatou que na grande maioria dos casos os presidentes de associação não representavam o pensamento da comunidade, sendo manipulados por forças externas, porém dizendo-se neutros. Isto se observa pela inexistência de um processo concreto de conscientização e organização que esteja desvinculado de interesses eleitoreiros, particulares e dominadores.

Líderes de bairros que desenvolvem trabalhos juntos às CEB'S fizeram importante relato: "É viável uma associação que saia da comunidade em reuniões, assembléias e outros, na qual a liderança seja nata mas, aquelas com interesse manipuladores pouco tem a ver com a comunidade."

Constatou-se que no Estado alguns trabalhos que partem da organização popular vem se desenvolvendo com relativo sucesso. Neste processo as Secretarias municipais de Saúde e organizações ligadas à igreja serviram apenas como um relativo catalizador e esclarecedor, posto suas estruturas à disposição daqueles bairros que, organizados, reivindicam melhoria de vida e saúde.

Na realidade, nestes locais há tempos já se desenvolviam processos de organização comunitária que encontraram no fator saúde uma possibilidade de obterem melhorias de vida e de aprofundarem seus processos organizacionais.

Dentro desse processo ressalva-se que é indispensável a seriedade por parte dos órgãos governamentais envolvidos, evitando o empirismo eleitoreiro e assistência paternalista, deixando para as comunidades o direito de escolher os profissionais que atuarão na área, planejar, administrar e supervisionar os programas ali desenvolvidos.

Já levantado por lideranças populares, que é fundamental a conscientização, a organização dos trabalhos, levantamento da realidade da comunidade e criação do sentimento de coletividade que permita a atuação dentro de estruturas como as associações de moradores, sindicatos, CEB'S e outros.

É importante frisar que os planos devem ser adequados à realidade dos locais para para os quais eles se destinam. Planos generaliza-

deres pecam por não considerar as características peculiares a micro região.

Dentre os fatores indispensáveis para a Saúde discutiu-se a política alimentar desenvolvida atualmente no Brasil, que prioriza a produção para exportação em detrimento da produção adequada para consumo interno que tem decrescido nos últimos anos. Como exemplo cita-se a soja, produzida em larga escala para atender a esse modelo exportador, tendo ainda como reforço o mito da impossibilidade de introduzi-la no cardápio brasileiro.

Ainda se percebe um grau elevado de paternalismo e assistencialismo permeando os atos do governo, como exemplo cita-se o programa de distribuição de leite e alimento que prove cifras superiores a sete trilhões de cruzeiros, e que na prática se traduz numa ação de acabar com a organização e conscientização dos trabalhadores. Por que não se aumenta o salário do trabalhador, permitindo-lhe o direito de ficar com uma parte da produção, necessária a sua sobrevivência? Produção que é fruto de suas mãos. Por que não se destinar esses sete trilhões a uma reforma Agrária que permita condições de sobrevivência digna para milhões de trabalhadores, levando-se em conta que também haveria uma dinamização maior no sistema econômico, visto que uma família, com condições tecnológicas mínimas e de baixo custo, poderia produzir sustento para mais dez famílias.

Para se discutir Saúde é preciso levar em conta a estrutura viciada que atualmente permeia as instituições, como exemplo: o grau de burocracia e desintegração dentro do sistema leva a fenômenos como a pluralização de um só projeto, por parte de várias instituições em uma mesma região.

A proposta filosófica das AIS é bastante avançada, porém na prática não se concretiza, por estar em contradição com o atual sistema político-econômico, social e organizacional do país,

A CIMS local, enviou ofício há quatro meses aos órgãos centrais (CIS), reivindicando maior participação e criticando a estrutura centralizada que chega ao ponto de mandar até manuais normalizados das atividades desenvolvidas localmente.

A resposta ao ofício foi a de que não se preocupassem, pois haviam profissionais competentes e de alto nível compendo a CIS.

Temos atualmente uma inversão da Pirâmide de Saúde com a sustentação dada pelo ápice (a CIPLAN) ao invés de se apoiar na base (as COSS).

O objetivo final de um sistema de Saúde deve ser a maior regionalização possível, tendo papéis fundamentais os Municípios, ficando nestes maior montante dos recursos e do poder de planejamento e administração, dando-se fim às estruturas centralizadas que adotam políticas irregulares, paternalistas e assistencialistas, além de favorecer a corrupção. Portanto é necessária uma reforma tributária que priorize o município.

Os ministérios e as Secretarias Estaduais teriam seu poder centralizador diminuído, sendo necessário repensar uma nova forma de les integrarem-se ao sistema de Saúde.

As atividades ambulatoriais seriam municipalizadas.

Os projetos e programas devem ser os mais transparente possíveis com ampla divulgação, passando pelo poder de decisão e participação da comunidade.

Pelas características de Mato Grosso poder-se ia criar uma estrutura abrangente e planejada de hospitais rurais setorizados, através de convênio entre INCRA, INAMPS, Secretarias de Saúde, UFMT e outras. Este projeto poderia acompanhar o atual projeto de Reforma Agrária, sendo reforçado este. A Universidade entraria com profissionais formadas ou em fase de formação que entrariam com garantias dadas pelo estado, conscientes de sua função. Nestas instituições desenvolver-se-iam ensino, pesquisa, e extensão. Para tal proposta deve-se levar em conta a heterogeneidade de MT, devido às migrações, diferentes ritmos de trabalho, hábitos culturais, etc.

Liderança de bairros e outros componentes dos grupos levantaram a denúncia do perigo que corremos, quando na tentativa de contribuir acabamos legitimando sistemas propostas pela classe governamental, que não são realmente populares. Geralmente as decisões finais são tomadas dentro de quatro paredes. Para combater isto, é importante lutar por uma constituinte, que realmente ^{lembra} os anseios da população brasileira.

Uma pergunta para reflexão:

Será que haverá a presença, por exemplo, de um lavrador na hora das decisões e planejamento do que realmente se propõe ?

Afrânio Cleberton F. de Araujo.
Relator do grupo : AFRÂNIO CLEBERTON FERREIRA DE ARAUJO

RELATÓRIO GRUPO - 04

Os grupos de discussão E, F, H, foram constituídas levando em consideração a atividade de cada participante para que houvesse uma melhor soma de conhecimentos. Estes grupos foram reagrupados em razão da ausência de vários participantes.

Após as apresentações de praxe iniciaram as discussões ficando a palavra livre e por tempo não limitado pedindo-se somente que a explanação fosse concisa.

Os grupos referidos chegaram às seguintes conclusões:

- Que a saúde não está sendo um direito da cidadania
- Que grande parte da população brasileira vive em pessimas condições socio - economicas, com repercussão direta a saúde deste número significativo de brasileiros.
- Que os serviços de saúde em sua quase totalidade estão despreparados para sua função, ocorrendo falhas em todos os sentidos como:
falta de hierarquização e integração de órgãos de saúde, excessivo número de órgãos municipais, estaduais e federais paralelas e por vezes conflitantes, levando a um desperdício de recursos humanos e econômicos, excessiva burocracia; inadequada assistência dos profissionais (principalmente médicos) aos locais de trabalho, na remuneração em todas as categorias e níveis profissionais, suprimento inadequado de medicamentos e materiais de laboratório.
- Que a população não participa da estruturação da política e ações de saúde e que esta participação se faz necessária.
- Que apesar de todas as dificuldades pelas razões expostas existem núcleos isolados no Estado de Mato Grosso, que tentam um trabalho de atenção primária à saúde como as realizadas em CANAANA, DIAMANTINO e ARENAPOLIS nota-se em alguns de locais uma ingerência do poder político partidário discriminando profissionais e impedindo suas ações.
- Que os serviços de saúde não levam em consideração o individuo e sim a doença, ocorrendo com isto um estímulo crescente e especialização.

→ Que os recursos financeiros estão centralizados a nível da UNIÃO e não existem critérios apoiados na realidade regional de cada localidade, que orientaria uma aplicação mais racional destes recursos. Percebe-se ainda que tais recursos quando existe são insuficientes para o tipo de atenção a Saúde oferecida pelo atual sistema, que visa um maior consumo de medicamentos e aquisição de aparelhos e técnicas caras e importadas.

→ Percebe-se claramente que a proposta do sistema atual de Saúde espalhada na AIS não está sequer implantada na grande maioria dos Municípios do Estado de Mato Grosso, apesar de decorrer 03 anos de sua implantação.

Testemunha-se que unidades sanitárias (Estaduais e Municipais) são precariamente utilizadas e que os profissionais que atuam nesses locais estão despreparados, não são assíduos ao trabalho, levando uma descrença por parte da população.

→ Ficou claro nas discussões de que quem financia o setor Saúde é o próprio trabalhador e o consumidor, situação esta nem sempre divulgada fazendo crer que os financiamentos em Saúde parte diretamente do poder Público.

Que há necessidade de uma reforma tributária fortalecendo o Município, que aplicaria seus recursos com a participação da comunidade.

Que, se a comunidade fosse consultada para o planejamento e execução dos programas de Saúde, ficaria automaticamente o poder de fiscalização, havendo com isto honestidade e mais critério na aplicação de recursos financeiros.

Que todos os programas devem ser divulgados a toda população, que deverá conhecer a sua realidade.

Percebe-se que há falta de associações comunitárias e isto deve ser estimulado, para uma maior discussão aos problemas que afetou a todos.

Que deveria ocorrer uma maior integração entre a agricultura e saúde, pois a carência nutricional de segmentos importantes da população determina a doença evitáveis.

Questiona-se a falta de seriedade de determinados políticos na aplicação de recursos, não ocorrendo fiscalização alguma visando coibir esta situação.

Finalmente os grupos de discussão acreditam que sem uma mudança no aspecto sócio-econômico e educacional conseguiremos um padrão de Saúde digna de todos os Brasileiros. Faz-se um apelo para a realização período de seminário e uma conférence Estadual a cada dois anos.



PROPOSTAS

1

- 1- A medicina preventiva deve ser prioritária em todos os serviços de saúde.
- 2- Municipalização da saúde com autonomia financeira.
- 3- Universalização e Unificação dos serviços de saúde.
- 4- Mudança do ensino em saúde, face a realidade atual.
- 5- Não ingerência do poder político partidário nos serviços de saúde.
- 6- Participação da comunidade em todos níveis nas decisões e fiscalizações.
- 7- Reformulação da política das cargas e salários, em todas as áreas da saúde, levando a um único emprego.
- 8- Definir em cada instância as responsabilidades baseadas na reforma tributária.

Situação Primária = MUNICÍPIO

Situação Secundária = ESTADO

Situação Terciária = UNIÃO

- 9- Conscientização da comunidade sem imposições para o problema da saúde e disto extraindo uma política Municipal — Estadual e Nacional de Saúde.
- 10- Limitação e diminuição do setor privado na área da saúde e maior apoio progressivo ao setor público.
- 11- Aumento das verbas destinadas a saúde nos níveis Municipais, Estaduais e Federais.
- 12- Vinculação da agricultura e sua problemática com a política de Saúde.
- 13- Realização periódica de seminários e conferência Estadual de Saúde de 02 em 02 anos.

Relator : FRANCISCO PIRES DE OLIVEIRA

RELATÓRIO GRUPO - 05

Inicialmente o grupo de trabalho estabeleceu como roteiro realizar o Diagnóstico do Sistema de Saúde Atual, considerando que Mato Grosso participa da crise do Setor Saúde que existe a nível nacional. Todos explicitaram de forma crítica a sua insatisfação frente às inadequações das medidas institucionais que delineiam a política de Saúde no Brasil. Insistiu-se ao longo dos debates que as diversas diretrizes não têm levado a se atingir os objetivos almejados, por não satisfazerem as necessidades da saúde da população por dispersão de recursos, má administração, aspectos subjacentes a um modelo econômico que visa ao lucro, isto é, a reprodução do capital, em detrimento da remuneração do trabalho da classe que produz a riqueza nacional, a maioria da população brasileira.

Considerou-se em seguida a estrutura organizacional do Sistema de Saúde no Estado de Mato Grosso, com o papel desempenhado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social; LBA; CEME; Secretaria Estadual e Municipal de Saúde; Hospitais Públicos, Beneficentes e Privados; IPEMAT; que são responsáveis pela assistência médica individualizada de caráter basicamente curativo. Ao Ministério da Saúde compete formular a Política Nacional de Saúde e executar ações voltadas para serviços de interesse coletivo (Saneamento Básico, Vigilância Epidemiológica, rede básica de Saúde, Campanhas de Saúde Pública, Programas de Alimentação e Nutrição, etc.) Verificou-se a escassez de hospitais públicos no meio rural e uma rede de serviços de Saúde privadas, presente no meio urbano e também escasso no meio rural.

Ficou caracterizado, ao longo dos trabalhos, a baixa eficácia e eficiência do Sistema de Saúde no Estado de Mato Grosso e a falta de credibilidade, principalmente nos aspectos assistenciais que as populações conferem a esses serviços.

→ O Estado no decorrer das últimas décadas, exerceu um papel de intermediário financeiro mais importante, no sentido do empresariamento, em prejuízo dos interesses públicos e das necessidades impostas pelo estado de saúde/doença da população. Com a crise instalada na prestação de cuidados de saúde cujo modelo privado, curativo e individual, consumidor de medicamentos e equipamentos das grandes empresas transnacionais, o Estado tenta buscar um consenso, para ampliar as bases de sustentação do regime político vigente, com alguns Programas de caráter reformistas e racionalizados: Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE). Em 1981 surge a crise caracterizada pelo "rombo dos 200 milhões" desmascarando e atestando a falência de modelo de atenção médica. O Governo Militar lança o "pacote previ-

"dênciário" com aumento dos descontos de 8 para 10% no imposto, criando o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), que elabora o Plano Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social.

Dentro do Plano CONASP, surge a estratégia das AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE (AIS), como principal mecanismo de coordenação das Instituições Públicas do Setor (MPAS, MS, MEC, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde).

Ficou evidente para o grupo de trabalho as dificuldades de implantação das AIS's em MATO GROSSO devido: 1ª) À desarticulação profunda infra e inter institucional; 2ª) À centralização de recursos humanos e financeiros; 3ª) Constituir-se numa forma de mudança do custo da rede pública; 4ª) À verticalidade de suas ações eminentemente de cúpula; 5ª) Ausência de Participação da Comunidade; 6ª) Ausência de extensão de cobertura e regionalização; 7ª) Precária universalização e acesso à população; 8ª) Ausência de mecanismo de referência e contra-referência; 9ª) Utilização inadequada dos recursos da rede pública.

Torna-se evidente que não basta à população trabalhadora que se mudem as siglas de sistemas, mantendo a mesma estrutura de prestação de cuidados de saúde. AS AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE VISAM, ATÉ O MOMENTO, A MANUTENÇÃO DO STATUS QUO NO SETOR SAÚDE, E COMO TAL É MAIS UMA PROPOSTA IDEOLÓGICA: Ideológica porque dos anos 60 as propostas de descentralização, integração, regionalização, extensão de cobertura e participação passaram a ser amplamente difundidas pela Organização Mundial de Saúde, constituindo-se num ideário de inúmeros projetos pilotos desenvolvidos, nesse período, em países da América Latina. Não é o que se verifica em nosso Estado. Pelo contrário. Estamos vivendo em Mato Grosso, e no Brasil, o modelo da MEDICINA HOSPITALAR, ideologicamente instituído em 1910, a partir dos trabalhos da comissão Carnegie para os Estados Unidos e Canadá.

A MEDICINA HOSPITALAR também em nosso Estado é predominantemente privada, curativa, cara, de cuidados individuais e não coletivos, consumidora de medicamentos e equipamentos, preservadora da prática médica dominante e desintegradora da condição humana nos seus aspectos simultaneamente biológico, social e psicológico. É uma prática voltada à manutenção do poder de grupos capitalistas, substanciada pela preservação do "poder médico" que normaliza e exerce controle sobre o estado saúde/doença da população, que desintegra os trabalhos em equipe nas áreas de saúde (com grande grau de insatisfação às outras categorias profissionais), e ocupa invariavelmente o vértice da pirâmide na administração das instituições de saúde.

Discutiu-se sobre a origem do modelo preventivista, a partir de 1940 nos Estados Unidos, quando surge a idéia da Prevenção primária, secundária e terciária, surgindo as equipes multiprofissionais e o modelo epidemiológico da causalidade múltipla. Gerada pela crise

da atenção médica ineficiente e ineficaz, passou a existir, nos Estados Unidos a partir de 1940 a figura do Engenheiro Sanitário, do Educador em Saúde, da Assistente Social, e da Enfermagem e Nutrição em Saúde Pública. Dentro de um mesmo modelo deformado, deslocou-se, apenas, o Sistema para um nível mais simples. Surgem as simplificações das ações de saúde, com a redistribuição desses encargos a outros profissionais para preservar a prática médica dominante, no setor privado (consultórios, clínicas, etc). Nessa época o Estado assume o financiamento da Habitação e do Saneamento, dado que água, lixo e esgoto não se prestam à cobrança de honorários médicos. Dessa forma, a partir da década de 1950 a América Latina incorpora o modelo preventivista, que é mais uma proposta ideológica no Setor Saúde, pelo fato de não se encontrar respaldo prático na transformação do perfil de morbidade das populações, como fica evidente, hoje após 35 anos.

Foi aprofundada a discussão sobre o papel do Estado que se apresenta como mediador de dois interesses antagônicos, o de lucro (rede privada médica, farmacêutica, etc) e a das necessidades sociais (habitação, saneamento, trabalho e salário adequados, condições materiais, vestuário, lazer, etc). Históricamente verificou-se que o Estado tem atendido aos interesses do capital, e, nesse ponto, identificou-se a verdadeira origem da crise social brasileira, no modelo político e econômico vigente.

SAII-MS
Surgem as AIS's como proposta de setores da tecnoburocracia, encampada pelos setores progressistas do setor saúde e da sociedade. Como um modelo de qualidade melhor, traz no seu interior, a tendência em privilegiar os interesses privados, na medida que este não é regulado ou disciplinado pela AIS. As Ações Integradas de Saúde não agem nos determinantes sociais das doenças, na medida que a cadeia que produz pobreza, analfabetismo, preconceito e doença que aprisiona a maioria da população brasileira permanece intocável pelo modelo político e econômico vigente.

Persiste uma política ultrapassada e reacionária quanto aos recursos humanos, salários e falta de acesso às carreiras profissionais na área de saúde. A nível local registra-se ausência de identificação da potencialidade materiais e humanas, ausência de estruturação da COSS e a descaracterização da categoria profissional de saúde, que impede a formação de verdadeiras equipes de trabalho pela existência de conflitos inter-profissionais. Verificou-se a preservação dos grandes interesses na área farmacêutica, com estabelecimentos comerciais e públicos, fontes da medicalização, a partir dos receituários médicos. Ressaltou-se a grande importância do Brasil desenvolver Tecnologias próprias nas áreas de equipamentos e medicamentos, diminuindo a dependência do capital estrangeiro no setor saúde.

Destacou-se em discussões a ausência de estudos sociais, de
 mográficos, organizacionais, falta de aplicação de índices técnicos
 de avaliação da capacidade instalada, ausência de estudos epidemio-
 lógicos e de formação de recursos humanos regionalizados no Estado
 de Mato Grosso. Complicados fluxogramas dificultam o acesso de popu-
 lação aos serviços de saúde. Foi destacada a ausência de propostas
 de Educação Populares em Saúde e das práticas alternativas de saúde.
 O não reconhecimento legal das Práticas populares de cuidados de
 saúde, legítimas enquanto manifestação da cultura popular, tem sido
 manipulada pela prática médica hegemônica, ou às vezes por ela coop-
 tada. As instituições públicas inadministráveis, são comumente atre-
 ladas a interesses políticos e eleitorais vigentes. A ausência de
 uma política de municipalização, tem enfraquecido a autonomia local
 em termos políticos financeiros.

A nível nacional a avaliação é que do ponto de vista do efe-
 tivo funcionamento das instâncias gestoras das AIS, e pouquíssimos
 Estados vem funcionando, porém de forma limitada.

Finalmente o grupo de trabalho reconheceu que os modelos de
 saúde até hoje implantad@s não foram e nem serão eficazes, se persis-
 tirmos analisando e enfrentando somente a superficialidade do pro-
 blema.

PROPOSTAS

1ª) SISTEMA UNIFICAÇÃO DE SAÚDE, com as seguintes características:

- Organizado a nível de Ministério, com descentralização, conferindo amplos poderes aos Estados e Municípios.
- Integrado
- Regionalizado
- Com cobertura universal, fácil acesso à rede básica (apresentação de documento de Identificação).
- Com um sistema único de captação de recursos a partir de uma reforma tributária que taxe predominantemente o capital e o menos a Classe Trabalhadora.
- Com participação de comunidade em termos de formulação de sua política, gestão e do seu desempenho.

2ª) Defesa de uma política de formação de recursos humanos de níveis elementar, médio e superior que contribua para o efetivo desenvolvimento do Setor Saúde.

Luiz R

Relator: LUIS CEZAR N. SCALLA / CLÓVIS BOTELHO.

→ MATO GROSSO realizou a Iª CONF. EST. de SAÚDE, de 29-01 a 02/02/86, na capital, CUIABÁ

→ É reivindicação dos participantes, vindos de todos os quadrantes daquele imenso estado, que este ~~evento~~ ^{evento} torne-se periódico e sugere-se ~~que~~ ^{que} ~~se~~ ^{se} ~~realize~~ ^{realize} a cada 2 1/2 anos. Também reivindica-se que a CIS de Mato Grosso organize, ~~com~~ ^{com} a ~~participação~~ ^{participação} de todos os segmentos profissionais e sociais do estado, eventos de outra natureza, durante todo o ano de 1986, visando a ampla conscientização dos profissionais e população do estado, rumo à Constituinte próxima.

→ Nos quatro dias da Iª Conferência, nas plenárias, debates e discursos em grupos, os temas centrais abordados foram:

- SAÚDE COMO DIREITO À CIDADANIA
- ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA ESTADUAL DE SAÚDE
- FINANCIAMENTO DO SETOR SAÚDE

Temas especiais como Política Nacional de Medicamentos, Recursos Humanos para a Saúde, Práticas Alternativas de Saúde e Vigilância Epidemiológica também foram abordados através de exposições seguidas de debates.

→ A CIS de Mato Grosso comprometeu-se a editar os "ANAIS DA 5ª Conferência Estadual", com todos os relatórios dos grupos e falas gravadas das convidadas e participantes.

Os principais pontos do relatório de interesse nos informaram que:



Período : 29/01 a 01/02/86.

TEMAS :

- SAÚDE COMO DIREITO A CIDADANIA
- ESTRUTURA ESTADUAL DE SAÚDE
- FINANCIAMENTO DO SETOR SAÚDE

Numa abordagem política filosófica todos os homens de - vem ter suas necessidades básicas garantidas de forma igualitária, para que possam ter as mesmas chances de desenvolver suas poten - cialidades e ocupar seu justo lugar no seio da sociedade.

Na nossa sociedade, capitalista, explorados estão em desigualdade para competir com exploradores. Para que isso acabe' se faz necessário que a sociedade e o sistema caminhem para a socialização dos meios que satisfaçam as necessidades do ser huma no.

Do ponto de vista prático no Brasil ambiciona-se uma re lativa transição dentro do sistema vigente (Capitalismo), ou seja, pretende-se socializar alguns setores como o de Saúde, convivendo com a atual estrutura de exploração e busca de acúmulo de Capital.

Diante do exposto percebe-se a presença do assistencia lismo e paternalismo, seja pelo tipo e forma de serviços prestado à população, inclusive pelo processo usado no planejamento, admi nistração e financiamento do setor em questão, que ao invés de permanecerem na fonte, direcionam-se para organismos centrais (Go verno Federal), para posterior redistribuição.

O assistencialismo e paternalismo constituem-se em grandes entraves para a socialização real e efetiva da Saúde. Fi ca a seguinte questão: ou se tenta mudar a estrutura como um todo, visto que Saúde está ligada a outros fatores como: poder, lazer, cultura, trabalho, alimentação, educação, etc., Ou se repensa este processo de socialização de uma área (a Saúde) não socializando as demais, o que se pode chamar de pseudo-socialismo.

O Estado, no decorrer das últimas décadas, exerceu um papel de intermediário financeiro mais importante, no sentido do empresariamento, em prejuízo dos interesses públicos e das neces sidades impostas pelo estado de saúde/doença da população. Com a crise instalada na prestação de cuidados de Saúde, cujo modelo pri vado, curativo e individual, consumidor de medicamentos e equipa-

mentos das grandes empresas transnacionais, o Estado tenta buscar um consenso, para ampliar as bases de sustentação do regime político vigente, com alguns Programas de caráter reformistas e racionalizados: Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE). Em 1981 surge a crise caracterizada pelo "rombo dos 200 milhões", desmascarando e atestando a falência de modelo de atenção médica. O Governo Militar lança o "pacote previdenciário", com aumento dos descontos de 8 para 10 % no imposto, criando o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), que elabora o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social.

Dentro do Plano CONASP, surge a estratégia das AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE (AIS), como principal mecanismo de coordenação das Instituições Públicas do Setor (MPAS, MS, MEC, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde).

Torna-se evidente que não basta à população trabalhadora, que se mudem as siglas de Sistemas, mantendo a mesma estrutura de prestação de cuidados de Saúde. AS AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE VISAM, ATÉ O MOMENTO, A MANUTENÇÃO DO "STATUS QUO" NO SETOR SAÚDE E COMO TAL É MAIS UMA PROPOSTA IDEOLÓGICA: Ideológica porque dos anos 60 as propostas de descentralização, integração, regionalização, extensão de cobertura e participação passaram a ser amplamente difundidas pela Organização Mundial de Saúde, constituindo-se num ideário de inúmeros projetos pilotos desenvolvidos, nesse período, em países da América Latina. Não é o que se verifica em nosso Estado. Pelo contrário. Estamos vivendo em Mato Grosso, e no Brasil, o modelo da MEDICINA HOSPITALAR, ideologicamente instituído em 1910, a partir dos trabalhos da Comissão Carnegie para os Estados Unidos e Canadá.

10 → A MEDICINA HOSPITALAR também em nosso Estado é predominantemente privada, curativa, cara, de cuidados individuais e não coletivos, consumidora de medicamentos e equipamentos, preservadora da prática médica dominante e desintegradora da condição humana nos seus aspectos simultaneamente biológico, social e psicológico. É uma prática voltada à manutenção do poder de grupos capitalistas, consubstanciada pela preservação do "poder médico", que normatiza e exerce controle sobre o estado saúde/doença da população, que desintegra os trabalhos em equipe nas áreas de Saúde (com grande grau de insatisfação às outras categorias profissionais), e ocupa, invariavelmente, o vértice da pirâmide na administração das Instituições de Saúde.

Discutiu-se sobre a origem do modelo preventivista, a partir de 1940 nos Estados Unidos, quando surge a idéia da Prevenção primária, secundária e terciária, surgindo as equipes multiprofissionais e o modelo epidemiológico da causalidade múltipla. Gerada pela crise da atenção médica ineficiente e ineficaz, passou a existir, nos Estados Unidos a partir de 1940 a figura do En

genheiro Sanitário, do Educador em Saúde, da Assistente Social, e da Enfermagem e Nutrição em Saúde Pública. Dentro de um mesmo modelo deformado, deslocou-se, apenas, o Sistema para um nível mais simples. Surgem as simplificações das ações de saúde, com a redistribuição desses encargos a outros profissionais para preservar a prática médica dominante, no setor privado (consultórios, clínicas, etc). Nessa época o Estado assume o financiamento da Habitação e do Saneamento, dado que água, lixo e esgoto não se prestam à cobrança de honorários médicos. Dessa forma, a partir da década de 1950 a América Latina incorpora o modelo preventivista, que é mais uma proposta ideológica no Setor Saúde, pelo fato de não encontrar respaldo prático na transformação do perfil de morbidade das populações, como fica evidente, hoje após 35 anos.

Foi aprofundada a discussão sobre o papel do Estado, que se apresenta como mediador de dois interesses antagônicos: o do lucro (rede privada médica, farmacêutica, etc.) e o das necessidades sociais (habitação, saneamento, trabalho e salário adequados, condições materiais, vestuário, lazer, etc.). Historicamente verificou-se que o Estado tem atendido aos interesses do capital, e, nesse ponto, identificou-se a verdadeira origem da crise social brasileira, no modelo político e econômico vigente.

Surgem as AIS's como proposta de setores da tecnoburocracia, encampada pelos setores progressistas do setor Saúde e da sociedade. Como um modelo de qualidade melhor, traz no seu interior, a tendência em privilegiar os interesses privados, na medida que este não é regulado ou disciplinado pela AIS. As Ações Integradas de Saúde não agem nos determinantes sociais das doenças, na medida que a cadeia que produz pobreza, analfabetismo, preconceito e doença, que aprisiona a maioria da população brasileira, permanece intocável pelo modelo político.

Ao se falar em Mato Grosso, deve-se levar em consideração, algum de seus aspectos peculiares. Sendo um estado continental e alvo de grandes migrações nos últimos anos (~~no Brasil migraram 20 milhões de habitantes de 70 à 80, grande parte provavelmente passando por Mato Grosso~~). Apresenta uma heterogeneidade imensa em seus aspectos culturais, econômicos, políticos, sociais, e epidemiológicos, etc.. Percebe-se que ocorreu em Mato Grosso um crescimento explosivo das fronteiras agrícolas, fruto de uma política de avanço do capital delineada nas últimas décadas e que trouxe em seu bojo uma evasão das áreas de conflito do país, com escoamento para as Regiões Norte e Centro-Oeste, reforçando o projeto de estabilização do sistema. Porém, nota-se gradualmente um certo acirramento das contradições sociais e econômicas, seja por uma consolidação da identidade do estado, seja por um avanço da organização e conscientização popular e por um escasseamento das fronteiras agrícolas; o que torna visíveis as falhas e incoerências dos atuais projetos e estruturas institucionais, que, inevitavelmente,

20
Mato Grosso
Surgem
- as
AIS

11

20

4.
mente, não foram construídos pela, com e para população trabalhadora, imensa maioria do país. *daquele estudo.*

~~Se~~ ^{Um} passo fundamental ao alcance de um sistema de saúde voltado ao social, constitui na implantação de uma reforma agrária, que realmente permita condições dignas de sobrevivência para milhões de trabalhadores, levando-se em consideração que ela traria uma dinamização maior no sistema econômico, ou seja, permitiria uma maior e mais adequada produção de alimentos e matéria-prima, com condições tecnológicas mínimas e de baixo custo. Levando-se ainda em consideração as características do Estado de Mato Grosso, o projeto regional de reforma agrária poderia caminhar conjuntamente com a implantação de uma estrutura abrangente e planejada de hospitais rurais setorializados.

Considerou-se em seguida a estrutura organizacional do Sistema de Saúde no Estado de Mato Grosso, com o papel desempenhado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social; LBA; CENE; Secretária Estadual e Municipal de Saúde; Hospitais Públicos, Beneficentes e Privados, ^{centros} IPEMAT, que são responsáveis pela assistência médica individualizada, de caráter basicamente curativo. Ao Ministério da Saúde compete formular a Política Nacional de Saúde e executar ações voltadas para serviços de interesse coletivo (Saneamento Básico, Vigilância Epidemiológica, rede básica de Saúde etc.) Verificou-se a escassez de hospitais públicos no meio rural e uma rede de serviços de Saúde privadas, presente no meio urbano e também escasso no meio rural.

30 → Ficou caracterizado, ao longo dos trabalhos, a baixa eficácia e eficiência do Sistema Saúde no Estado de Mato Grosso e a falta de credibilidade, principalmente nos aspectos assistenciais, que as populações conferem a esses serviços.

→ Ficou evidente para o ^{participantes} grupo de trabalho as ^{principais} dificuldades de implantação das AIS's em MATO GROSSO devido :

- 1ª) A desarticulação profunda intra e inter-institucional;
- 2ª) A centralização de recursos humanos e financeiros;
- 3ª) Constituir-se numa forma de mudança do custeio da rede pública;
- 4ª) A verticalidade de suas ações, eminente de cúpula,
- 5ª) ^{ausência} Ausência de Participação da Comunidade
- 6ª) Ausência de extensão de cobertura e regionalização;
- 7ª) Precária universalização e acesso à população
- 8ª) Ausência de mecanismo de referência e contra-referência;
- 9ª) Utilização inadequada dos recursos da rede Pública.

40 → Persiste uma política ultrapassada e reacionária quanto a recursos humanos, salários e falta de acesso às carreiras profissionais na área de saúde.

A nível local regista-se ausência de identificação da potencialidade materiais e humanas, ausência de estruturação da COSS e a descaracterização da categoria profissional de Saúde, que impede a formação de verdadeiras equipas de trabalho pela existência de conflitos inter-profissionais. Verificou-se a preservação dos grandes interesses na área farmacêutica, com estabelecimentos comerciais e públicos fontes da medicalização, à partir dos receituários médicos. Ressaltou-se a grande importância do Brasil desenvolver tecnológicas próprios nas áreas de equipamentos e medicamentos, diminuindo a dependência do capital estrangeiro no setor Saúde. Destacou-se em discussões a ausência de estudos sociais, demográficos organizacionais, falta de aplicação de índices técnicos de avaliação da capacidade instalada, ausência de estudos epidemiológicos e de formação de recursos humanos regionalizados no Estado de Mato Grosso. Complicados fluxogramas dificultam o acesso da população aos serviços de Saúde. Foi destacado a ausência de propostas de Educação Populares em Saúde e das práticas alternativas de Saúde. O não reconhecimento legal das Práticas Populares de cuidados de Saúde, legítimas enquanto manifestação da cultura popular, tem sido manipulada pela prática médica hegemônica ou às vezes por ela cooptada. As instituições públicas inadmissíveis, são comumente atreladas à interesses políticos e eleitorais vigentes. A ausência de uma política de municipalização, tem enfraquecido a autonomia local em termos políticos e financeiros.

Finalmente o grupo de trabalho reconheceu que os modelos de Saúde até hoje implantadas não foram e nem serão eficazes se persistirmos analisando e enfrentando somente a superficialidade do problema.

PROPOSTAS

6.

- 1 - Criação de um sistema ^{atual} unificado de Saúde que seja:
- Descentralizado
 - Integrado
 - Regionalizado
 - Hierarquizado
 - Com cobertura universal
- Com Participação e Controle Comunitário
Financiado pelo Estado

Um dos grupos colocou que o Município ficaria responsável pela Atenção Primária, o Estado com o nível secundário e a Federação com nível terciário.

Um outro grupo colocou a necessidade da criação de um Ministério único para o Setor Saúde.

- 2 - POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS
FORMULAÇÃO DE POLÍTICO DE RECURSOS HUMANOS
DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIAS PRÓPRIAS PARA O SETOR SAÚDE

As propostas dos grupos foram unânimes no que concerne as principais características do Sistema Saúde, visualizado no presente momento, como o IDEAL.

A descentralização e a regionalização, diminuindo o poder central, transferindo maior autonomia política, administrativa e econômica para os Estados e Municípios, determinando a responsabilidade dos serviços de Saúde à nível Municipal, permitindo um controle comunitário e uma maior adequação à realidade local.

Concordou-se também com a hierarquização e integração dos serviços de Saúde com uma cobertura universal, propiciando facilidade ao acesso de toda a população este sistema.

20 Colocou-se que a implantação desse Sistema de Saúde deve-se iniciar dos Municípios periféricos para os centrais, garantindo o direito de assistência à população que atualmente recebe menor cobertura, que estes municípios sejam dotadas de infra-estrutura mínima para a atenção primária, secundária e se possível terciária.

30 A participação comunitária é imprescindível em todos os níveis da organização dos serviços da Saúde, tanto no planejamento, quanto na execução e acompanhamento das ações. Esta participação seria através dos representantes dos sindicatos e das associações de moradores.

3 - ^{qual} O financiamento do Setor Saúde, poss^e, obrigatóriamente, por uma ampla reforma tributária, com um sistema único de captação de recursos, em que ^ttaxe predominantemente o capital e menos a classe trabalhadora, não permitindo o repasse, destas taxas para o preço final dos produtos.

4. Quanto à formação dos recursos humanos há necessidade da formulação de uma Política adequada às diversas realidades do Estado de Mato Grosso, tanto para o nível elementar, quanto para o secundário e superior, permitindo com isto uma melhor integração inter e intra-instituição, e destas com a comunidade, levando a uma mudança total nos conceitos filosóficos do binômio saúde/doença.

40 5. Faz-se também necessário uma Isonomia Salárial entre todos os profissionais da área e a implantação de um Plano Único de Cargos e Salários, que propicie estímulo à carreira do profissional. É fundamental a realização de Concurso Público para a formação do quadro de pessoal do Setor Saúde.

6. O desenvolvimento de Tecnologias próprios na produção de medicamento e equipamentos possibilitaria um real crescimento do setor sem o atrelamento às multinacionais, tão prejudicial à economia e a nossa independência cultural. Dentro deste contraste as praticas alternativas de Saúde são fundamentais.

C O N C L U S Õ E S

1º - Que somente com a socialização de todos os setores da vida brasileira é que teremos possibilidade de implantar um sistema unificado de saúde, que leve ao completo bem estar social de toda a população.

2º - Para esta socialização em todos os níveis é fundamental e imprescindível a participação e controle comunitário, sem o que incorrer-se-á numa política assistencialista, Paternalista, Populista e Demagógica, não consolidando um processo realmente popular.

3º - Que a Iª Conferência Estadual de Saúde serviu para aproveitarmos o momento de discussão do PROBLEMA, ressaltando-se porém, que estamos conscientes da provável legitimação de todo um processo, que talvez não seja verdadeiramente popular.

Uma pergunta para reflexão:

Haverá a participação de um lavrador, por exemplo, na hora da deliberação e operacionalização do que agora discutimos e propomos?

R E L A T O R E S :

Afrânio Cleberton F. de Araujo
AFRANIO CLEBERTON FERREIRA DE ARAUJO

Francisco Pires de Oliveira
FRANCISCO PIRES DE OLIVEIRA

Aida Couto Dinucci
AIDA COUTO DINUCCI

Jussara Germano Pinheiro
JUSSARA GERMANO PINHEIRO

Clovis Botelho
CLOVIS BOTELHO