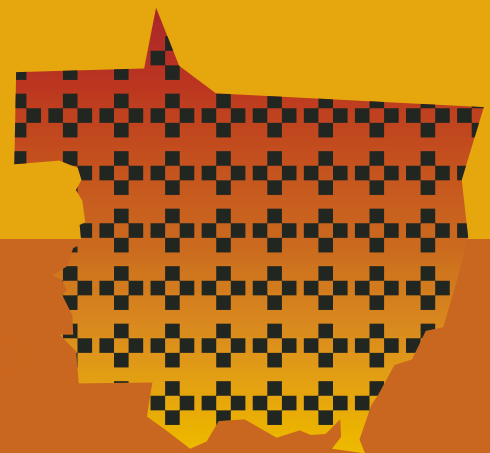




Anais da
III Conferência
Estadual
de Saúde



Mato Grosso 1996

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO

Dante Martins de Oliveira
Governador

Rogério Sales
Vice-governador

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Júlio Strubing Müller Neto
Secretário

Sandra Maria Coelho Martins
Subsecretária

Ubirajara Sampaio Mota
Superintendente de Gestão

Euze Márcio Souza Carvalho
Superintendente de Saúde Coletiva

Fátima Aparecida Ticianel Schrader
Superintendente de Atenção Integral à Saúde

Augusto Frederico Müller Júnior
Superintendente de Políticas de Saúde

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MATO GROSSO

Júlio Strubing Müller Neto
Presidente

Lourenço Fernandes de Almeida
Vice-Presidente

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

Anais da
III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE
SAÚDE DE MATO GROSSO

“SUS - Construindo um Modelo de Atenção
à Saúde para a Qualidade de Vida”

23 a 27 de julho de 1996
Local: Hotel Fazenda Mato Grosso
Cuiabá - MT

III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MATO GROSSO

COMISSÃO ORGANIZADORA

Fátima A. Ticianel Schrader – Coordenadora Geral

Elaine dos Anjos Pelicano Emboava – Coordenadora Adjunta

Eluaní Silvano Vilarinho – Secretária Geral

Ilva Félix Nascimento – Secretária Adjunta

Walmir Hugo Soares – Secretário Adjunta

Edelson Santana de Almeida – Secretário Adjunta

Maria da Penha Lino – Represent. do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Mato Grosso – COSEMS/MT

Lourenço Fernandes de Almeida – Representante do Movimento Popular de Saúde – MOPS

Mercedes Setem – Representante do Conselho Indigenista Missionário – CIMI

Maria Cândida do Nascimento – Representante dos Classistas das Centrais Sindicais – CUT

Edvande Pinto de França – Representante de Raças – GRUCON

Nina Rosa Ferreira Soares – Coordenação de Relatoria

Sérgio Luiz Fernandes – Jornalista

Osmar de Carvalho – Jornalista

Renata Tagushi – 1ª revisão ortográfica

Samira Lotfi Rocha da Silva – Revisão ortográfica final

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

Anais da
III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE
SAÚDE DE MATO GROSSO

“SUS - Construindo um Modelo de Atenção
à Saúde para a Qualidade de Vida”

Cuiabá - MT
2002

AGRADECIMENTOS

Aos órgãos públicos e privados que contribuíram para a efetivação deste evento:

Secretaria de Planejamento/Prodeagro
Secretaria de Cultura
Secretaria de Educação
Secretaria de Comunicação
Fundação de Saúde de Cuiabá
Grupo de Saúde Popular
Universidade Federal de Mato Grosso
Movimento Popular de Saúde
Conselho de Secretários Municipais de Saúde
Pólos Regionais de Saúde
Fundação Nacional de Saúde

À Equipe Técnica:

Amaury Ângelo Gonzaga, Beatriz Soares, Catarina Souza Barros,
Dejair José Pereira, Elisete Duarte, Francisco Wagner Simpício,
Hernandes Coutinho, José de Arimatéia Silva, Luiz Soares, Márcia Lotufo Bussiki,
Maria de Lourdes Queiroz, Maria Welter, Marta Metelo, Nara Sandra do Nascimento,
Norma Fátima Figueiredo Fernandes, Rubens Apoitia, Sivaldo Dias Campos,
Solange Ferreira, Suzilei Lourenço dos Santos e Vanja Bonna.
A todos os técnicos da SES e dos Pólos Regionais de Saúde.

Aos jornalistas:

Sérgio Luiz Fernandes e Osmar de Carvalho,
responsáveis pela compilação e organização deste documento.

Representatividade das Instituições, Entidades e Organizações do Conselho Estadual de Saúde

Conselho Estadual de Saúde

Júlio Strubing Müller Neto – Presidente

Luís Fernando Rogério – Vice-presidente

Poder Executivo, indicados pelo Governador

Teldo Figueiredo de Matos – Conselheiro

Sandra Maria Coelho Martins – Suplente

Secretaria de Estado de Saúde

Elisete Duarte – Conselheira

Rubens Apoitia – Suplente

Fátima Aparecida Ticianel Schrader – Conselheira

Maria Welter – Suplente

Instituto de Previdência do Estado de Mato Grosso - IPEMAT

Thiers Ferreira – Conselheiro

Edmar Anunciação – Suplente

Secretaria de Estado de Meio Ambiente – FEMA

Frederico Guilherme Moura Müller – Conselheiro

Inah Maria de Castro Pinto Cândia – Suplente

Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Mato Grosso – COSEMS/MT

Maria da Penha Lino – Conselheira

Antonio G. D'Oliveira Preza – Suplente

Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT

Valfredo da Mota Menezes – Conselheiro

Hélio Borba Moratelli – Suplente

Federação das Misericórdias, Hospitais e Entidades

Everaldo França Barreto – Conselheiro

José Fernando Maia Vinagre – Suplente

Sindicato dos Trabalhadores da Saúde – SISMA

Silvestre Noronha da Luz – Conselheiro

Luiz Carlos de Campos Borges – Suplente

Sindicato dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde de Mato Grosso – SINDESSMAT

Hélio Marcelo Pesenti Sandrin – Conselheiro

Escritório Regional do Ministério da Saúde em Mato Grosso – EREMS/MT

Benedito Vieira de Figueiredo – Conselheiro

José Haddad Filho – Suplente

Representantes de Entidades de Classe

Representantes do Conselho Regional de Odontologia

Venâncio Cajal Filho – Conselheiro

Adênia Maria Augusto Guimarães – Suplente

Representante do Conselho Regional de Medicina

Mariza Fratarí Tavares de Souza – Conselheira

Representantes do Conselho Regional de Enfermagem

Marta Maria Troiano Cury Fortunato – Conselheira

Adriana Guirado Rão – Suplente

Representante do Conselho Regional de Farmácia

Adonias Corrêa da Costa – Conselheiro

Francisco das Chagas Medeiros – Suplente

Representantes dos Usuários

Federação de Trabalhadores da Agricultura – FETAGRI

Waldomiro Santana de Miranda – Conselheiro

Sílvio Rodrigues – Suplente

Federação Mato-Grossense de Associações de Moradores de Bairro – FEMAB

Benjamim Franklin Lira de Araújo – Conselheiro

Madelaine Maria Barros Rocha – Suplente

Associação dos Deficientes

Mário Lúcio Guimarães de Jesus – Conselheiro

Antonio Sebastião Alves de Arruda – Suplente

Associação de Pessoas Portadoras de Doenças Renais Crônicas

Ivo de Amorim Benevides – Conselheiro

João Alberto Ormond – Suplente

Movimento Popular de Saúde – MOPS

Lourenço Fernandes de Almeida – Conselheiro

Anair Fátima da Silva – Suplente

Entidades de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente

Luís Fernando Rogério – Conselheiro

Carlos Alberto Caetano – Suplente

Associação dos Aposentados de Mato Grosso

Silvana Dias de Campos – Conselheira

Hilda Aparecida dos Santos – Suplente

Conselho Indigenista Missionário – CIMI

Sebastião Carlos Moreira – Conselheiro

Jonas Furtado do Nascimento – Suplente

Movimento Ambientalista e Ecológico

Mari Gema de La Cruz Mota – Conselheira

Jonas Furtado do Nascimento – Suplente

Sindicato dos Garimpeiros do Estado
Marcionílio Macedo Neto - Conselheiro
Paulo Sérgio Corrêa da Costa - Suplente

Núcleo de Estudos e Organização da Mulher - NEOM
Neide da Silva Lombard - Conselheira
Maria Paula Freitas Vanuncci - Suplente

Sindicato dos Profissionais da Educação - SINTEP
Eudes Ferreira da Costa - Conselheiro
Hércules Assunção - Suplente

Classistas das Centrais Sindicais - CUT
Maria Cândida do Nascimento - Conselheira
João de Deus da Silva Filho - Suplente

Associação dos Hemofílicos do Estado
Edvaldo de Magalhães - Conselheiro
Sílvia Thomaz Kazan - Suplente

Representantes de Raças - GRUCON
Edvande Pinto de França - Conselheiro
Guilherme Henrique Costa - Suplente

Siglas Utilizadas

Associação de Pessoas Portadoras de Doenças Renais Crônicas

Associação dos Aposentados de Mato Grosso – AAPMT

Associação dos Deficientes – AMDE

Associação dos Hemofílicos do Estado

Classistas das Centrais Sindicais – CUT

Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Mato Grosso – COSEMS/MT

Conselho Indigenista Missionário – CIMI

Conselho Regional de Enfermagem – COREN/MT

Conselho Regional de Farmácia – CRF/MT

Conselho Regional de Medicina – CRM/MT

Conselho Regional de Odontologia – CRO/MT

Entidades de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente – EDECA/MT

Escritório Regional do Ministério da Saúde em Mato Grosso – EREMS/MT

Federação Mato-grossense de Associações de Moradores de Bairro – FEMAB

Federação dos Trabalhadores da Agricultura – FETAGRI

Fundação de Saúde de Cuiabá – FUSC

Fundação Nacional de Saúde – FUNASA

Grupo de Saúde Popular – GSP

Instituto de Previdência do Estado de Mato Grosso – IPEMAT

Movimento Ambientalista e Ecológico – MAE

Movimento de Raças – GRUCON

Movimento Popular de Saúde – MOPS

Núcleo de Estudos e Organização da Mulher – NEOM

Secretaria de Estado de Meio Ambiente – FEMA

Sindicato dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde de Mato Grosso – SINDESSMAT

Sindicato dos Garimpeiros do Estado – SINGAR/MT

Sindicato dos Profissionais da Educação – SINTEP

Sindicato dos Trabalhadores da Saúde – SISMA

Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT

Apresentação	15
Introdução	17
PARTE I	
AÇÕES INTRODUTÓRIAS DA CONFERÊNCIA	19
Propostas Regionais de Saúde	20
Regional de Barra do Garças	20
Regional de Cáceres	20
Regional de Cuiabá	21
Regional de Diamantino	21
Regional de Juína	21
Regional de Porto Alegre do Norte	22
Regional de Rondonópolis	22
Regional de Sinop	22
Regional de Tangará da Serra	23
Temas de Debates	24
Temário das Conferências Intermunicipais de Saúde	24
Temário da III Conferência Estadual de Saúde	24
Abertura da III Conferência Estadual de Saúde	25
Cerimonial do Governo do Estado	25
Pronunciamento da Coordenadora da III Conferência	26
Pronunciamento do Exmº Sr. Secretário de Estado de Saúde	27
Pronunciamento do Exmº Sr. Governador do Estado	29
Palestra: Saúde, Ética e Qualidade de Vida	32
Palavras de Agradecimento do Exmº Sr. Secretário de Saúde	36

PARTE II	
CONFERÊNCIAS	37
Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida	39
MESA 1	39
Experiência do Estado do Ceará	39
Experiência do Município de Itapiúna – Ceará	41
Experiência do Prefeito de Itapiúna – Ceará	45
Experiência do Município de Vila Rica – MT	47
Experiência do Distrito Sanitário Sul do Município de Cuiabá – MT	50
Comentários do Debatedor	55
Modelo de Atenção à Saúde	57
Plenária	63
Relatório das Mesas Específicas	71
Controle Social Frente à Crise da Saúde	74
MESA 2	74
A Bomba D	75
Experiência do Canal Saúde — FIOCRUZ	75
Diagnóstico da Atuação dos CMS's no Estado de Mato Grosso	78
Atuação do Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso	80
Atuação do Conselho Nacional de Saúde	83
Experiência da Ouvidoria de Cuiabá	86
Experiência da Ouvidoria Estadual de Saúde	88
Comentários do Debatedor	89
Plenária	93
O Controle Social Frente a Crise da Saúde	100
Relatório das Mesas Específicas	104
O SUS – Seus Problemas e Dificuldades	108
MESA 3	108
Organização e Gestão do SUS nos Diversos Níveis de Governo	108
Diretrizes da NOB-96 — Recursos Financeiros do SUS	114
Recursos Humanos do SUS	118
Política da Assistência Farmacêutica no País	123
Comentários do Debatedor	125
Plenária	128

O papel do Estado no SUS em Mato Grosso	139
Projeto de uma Indústria Farmacêutica para Mato Grosso	146
Produção de Medicamentos	147
Relatório das Mesas Específicas	148
PARTE III	
PLENÁRIA FINAL	155
Proposições aprovadas pela plenária final da	
III Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso	157
Modelo Assistencial	157
Controle Social	159
O Papel do Estado no SUS — Problemas e dificuldades	161
Políticas Específicas	165
Outros	167
Moções Aprovadas na Plenária Final	167
Processo Eleitoral	170
Chapa Eleita Para a X Conferência Nacional de Saúde.....	173
ANEXOS	175
Decreto Nº 811, de 15 de Março de 1996	177
Regimento Especial da III Conferência	177
Portaria Nº 041, de 08 de maio de 1996	183
Norma Eleitoral — Resolução Nº 03/96	184
Quadro Demonstrativo dos Delegados Municipais.....	185
Programa da III Conferência Estadual de Saúde	186
Impressos que circularam durante a Conferência.....	190

Apresentação

Estamos apresentando, para a sociedade mato-grossense e a todos os interessados na questão da saúde pública no país, este documento, o Relatório Final da III Conferência Estadual de Saúde do Estado de Mato Grosso, realizada no período de 23 a 27 de julho de 1996, em Cuiabá. Sem dúvida, foi o maior evento da história de Mato Grosso na área de saúde e, talvez, o maior já realizado na área social. Nos cinco dias de debates, avaliações, trocas de experiências e abordagem de temas polêmicos, 272 delegados, representando o Estado, Municípios e Organizações Não-Governamentais (ONGs), além de mais de 300 observadores e 40 convidados discutiram as práticas de saúde do Estado e apresentaram as propostas que, posteriormente, foram levadas para a X Conferência Nacional de Saúde, realizada no mês de setembro de 1996, em Brasília.

As deliberações tomadas caminharam em direção à construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) voltado para um novo modelo de atenção, onde as práticas preventivas de saúde se sobrepõem ao modelo “hospitaolocêntrico” que aí está, centralizado na assistência médico-hospitalar. O modelo, referendado nas discussões, já vinha sendo implementado gradativamente pela Secretaria de Estado de Saúde. Dentre as medidas propostas para consolidar a política de saúde mato-grossense, podemos citar: o aval para a implantação, no Estado, de um laboratório oficial de medicamentos; obrigatoriedade de instalação de ouvidorias nos Conselhos Municipais de Saúde; os programas geriátricos; e as propostas de trabalhos para a saúde da mulher, saúde indígena, educação sanitária, entre outros. Muitas dessas propostas foram aproveitadas no relatório final da X Conferência.

A III Conferência Estadual de Saúde foi um sucesso também na sua etapa preparatória, nos municípios. O processo de realização das Conferências Municipais de Mato Grosso superou todas as expectativas. Tivemos conferências em 90 municípios, sendo que 70% destes realizaram, pela primeira vez, tais eventos, antes centralizados em etapas regionais. O processo democrático de escolha dos delegados também merece registro.

A programação da III Conferência foi outra marca do sucesso do evento. Temas importantes foram discutidos pelos participantes em 18 mesas específicas, como: o controle social do SUS e Conselhos Municipais; o fortalecimento da descentralização do sistema; a capacitação de recursos humanos; a política de sangue e hemoderivados, saúde e ambiente. Além dos debates e palestras enriquecedores, os participantes e visitantes da III Conferência tiveram, a seu dispor, o mais completo painel já realizado sobre saúde pública em Mato Grosso. Todos os órgãos descentralizados da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, coordenadorias e prefeituras como a de Cuiabá, Rondonópolis e Cáceres estiveram representadas numa grande “radiografia” da saúde mato-grossense, através de estandes e painéis. Além disso, num espaço chamado “Show-room da saúde”, aberto no local do evento, técnicos da Secretaria apresentaram, para os representantes dos municípios, o que havia de mais moderno em termos de programas de informática para o setor, proporcionando novos subsídios para o planejamento municipal.

Outro destaque foi a programação cultural diária, baseada no folclore regional. Essa programação foi feita por entendermos a dificuldade de integração cultural sentida em nosso Estado, povoado por brasileiros de todas as partes do país e pelo entendimento de que um povo que não estimula sua cultura não pode ser plenamente saudável.

Que os registros constantes neste documento possam servir de base para a compreensão do momento histórico em que as ações se realizaram e contribuir para nortear as gerações futuras na busca da consolidação de um Sistema Único de Saúde centrado na saúde e não na doença.

Júlio Strubing Müller Neto

Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso

Introdução

Mato Grosso realizou, num período de 12 meses que antecedeu à III Conferência Estadual de Saúde, um total de 90 conferências municipais de saúde sob o tema **SUS - Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida**. Essas conferências levaram os partícipes a uma reflexão sobre o processo de descentralização do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como a debates sobre a qualidade dos serviços por ele oferecidos à população mato-grossense, visando à qualidade de vida. Assim, a III Conferência Estadual de Saúde teve por principal objetivo a reconstrução de um Sistema Único de Saúde centrado, essencialmente, na Saúde, na Qualidade de Vida e na Medicina Preventiva. Os eventos reuniram profissionais, gestores e usuários do sistema de saúde. O sucesso das discussões foi ratificado durante a III

Conferência – a maior da história de Mato Grosso, que contou com a participação ativa de mais de 500 delegados e observadores.

As proposições apresentadas nas Conferências redefiniram a política de saúde. Profissionais e usuários do SUS decidiram apostar na “qualidade de vida” e não num modelo que contemple apenas a assistência médico-hospitalar.

A direção obtida das bases indicou um caminho claro no sentido de se privilegiar principalmente a descentralização das ações da saúde e a implementação de programas de medicina preventiva, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família.



As propostas aprovadas pela III Conferência Estadual de Saúde foram levadas para a X Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, no período de 03 a 07 de setembro de 1996, com participação de 1.400 delegados, representando todas as regiões do país.

Os Anais contêm uma síntese das Conferências Municipais de Saúde e a íntegra das discussões realizadas na III Conferência. É o registro de um momento histórico de transformação na Política de Saúde do Estado de Mato Grosso.

Esse documento compõe-se de duas partes: na primeira, engloba as sínteses das Propostas Regionais de Saúde, resultantes das conferências Municipais e Intermunicipais que antecederam a III Conferência. São apresentadas, de forma sucinta, as atividades protocolares de abertura da conferência. Também são apresentados os temas suscitadores dos debates – denominados, pelos organizadores, de Mesa 1, Mesa 2 e Mesa 3, bem como os quatro temas da III Conferência e os temas específicos dos trabalhos de grupos, também denominados de "mesa".

Na segunda parte, constam, na seqüência cronológica em que foram tratadas, as transcrições das conferências,

pronunciamentos, palavras dos debatedores e intervenções dos participantes.

Além dessas duas partes fundamentais que o constituem, estão incluídas fotografias que registram os vários momentos da grande e importante conferência, flagrantes de algumas das atividades e momentos culturais realizados durante o evento.

Também dele constam cópias de Decreto, Portaria e o Regulamento Especial, alusivos à III Conferência Estadual de Saúde e assuntos de interesse das pessoas nela envolvidas e, ainda, recortes de matérias veiculadas em diversos jornais locais que informaram à sociedade mato-grossense e, em particular, à cuiabana, a respeito das atividades da Conferência.

Constitui-se numa fonte de consulta àqueles que têm contínuo interesse em saber e sentir que melhorias, na área da saúde, vêm sendo realizadas no Estado de Mato Grosso com a participação ímpar e conjunta dos Municípios, de Organizações Não-Governamentais, de Sindicatos, de Instituições, de Entidades e de Usuários.

PARTE I

AÇÕES INTRODUTÓRIAS DA CONFERÊNCIA

Propostas Regionais de Saúde

As deliberações levadas por Mato Grosso à X Conferência Nacional de Saúde foram colhidas nas bases. Nas 90 Conferências Municipais, surgiram mais de 300 propostas. Muitas delas apenas reafirmaram deliberações anteriores, outras abordaram aspectos regionais, mas o importante é que a maioria foi contemplada na nova Política Nacional de Saúde.

Neste resumo, onde se destacam as principais propostas de cada Regional de Saúde, nota-se que os encaminhamentos vindos das bases nortearam a Política de Saúde aprovada pela III Conferência Estadual de Saúde e pela X Conferência Nacional. As Conferências Municipais e Intermunicipais (realizadas no segundo semestre de 1995 e primeiro semestre de 1996) que antecederam os dois eventos, bem como as principais propostas tiradas nos eventos, foram as seguintes:

Regional de Barra do Garças

Municípios de Barra do Garças, Nova Xavantina, Canarana, Araguaiana e Água Boa.

PRINCIPAIS PROPOSTAS:

- 1) Maior divulgação e intensificação nas campanhas de combate a doenças como tuberculose, hanseníase, câncer de mama, leishmaniose, DST/AIDS;
- 2) Agilização nos processos de PCCSs dos profissionais de saúde;
- 3) Criação e efetivação da Câmara de Compensação de AIHs para os municípios tidos como pólos;
- 4) Revisão e reavaliação dos valores de consultas, procedimentos do SIA (Sistema de Informação Ambulatorial) e internações hospitalares;
- 5) Revisão do censo populacional, que não condiz com a realidade e prejudica o repasse de recursos;
- 6) Obrigatoriedade de publicação do uso do orçamento público em saúde para todas as esferas governamentais: Município, Estado e União, para que a população possa ter acesso a estas informações;
- 7) Organizar atendimento ambulatorial via SUS, para funcionamento em finais de semana, feriados e fora do

horário, dos centros e postos de saúde da rede pública;

- 8) Implantação de uma política específica para o controle da qualidade da água;
- 9) Incentivo ao aleitamento materno;
- 10) Esclarecimento da população sobre seus direitos no SUS.

Regional de Cáceres

Municípios de Cáceres, Araputanga, Comodoro, Figueirópolis, Glória D'Oeste, Indavaí, Jauru, Lambari D'Oeste, Mirassol D'Oeste, Pontes e Lacerda, Porto Espiridião, Reserva do Cabaçal, Rio Branco, São José dos Quatro Marcos, Salto do Céu e Vila Bela da Santíssima Trindade.

PRINCIPAIS PROPOSTAS:

- 1) Estabelecimento de diretrizes estratégicas e operacionais de financiamento para implantar e implementar o SUS;
- 2) Reciclagem de recursos humanos;
- 3) Recuperação da capacidade instalada do sistema;
- 4) Garantia da composição de Conselhos Gestores nas diferentes instâncias sociais, regionais e setoriais, visando à melhoria do SUS;
- 5) Alteração do sistema curricular, inserindo "saúde pública" nos níveis médio e superior de ensino;
- 6) Criação do Centro de Oftalmologia, em parceria com a Associação de Cegos Santa Cruz e Lions Clube;
- 7) Estabelecimento e garantia da isonomia salarial dos profissionais de saúde nas três esferas governamentais;
- 8) Implementação das visitas domiciliares de educação em saúde, por parte da Secretaria Municipal de Saúde;
- 9) Criação do sistema de divulgação na mídia dos trabalhos oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde;
- 10) Que o SUS pague de acordo com os gastos hospitalares e não por procedimentos.

Regional de Cuiabá

Municípios de Cuiabá, Acorizal, Chapada dos Guimarães, Nossa Senhora do Livramento, Nova Brasilândia, Paranatinga, Planalto da Serra, Santo Antônio do Leverger e Várzea Grande.

PRINCIPAIS PROPOSTAS:

- 1) Que seja criada e garantida uma gratificação de locomoção para os profissionais que optarem por trabalhar na zona rural, em valores percentuais ou 20% sobre o salário base;
- 2) A Secretaria de Saúde deverá planejar, em articulação com o Conselho Municipal de Saúde, e buscar parceria com as demais entidades e organizações para viabilizar um plano de ação que canalize as necessidades das localidades;
- 3) Os postos de saúde rurais devem receber assistência contínua por parte da Secretaria Municipal de Saúde, com distribuição de equipamentos, medicamentos, materiais clínico e de consumo e ainda de pessoal, conforme a necessidade de cada localidade;
- 4) Reformular os Conselhos Municipais de Saúde, enfocando a real função e atuação deles;
- 5) Maior supervisão por parte da Secretaria de Estado de Saúde para o controle de doenças endêmicas como a hanseníase, tuberculose, malária e leishmaniose;
- 6) Criação de Programas de Agentes de Saúde de acordo com a realidade de cada município;
- 7) Criar uma equipe multidisciplinar para dar assistência na zona rural;
- 8) As Prefeituras e Secretarias Municipais de Saúde devem firmar parceria com a SANEMAT para tratamento e distribuição de água e saneamento básico, e com universidades para implementar a abrangência da assistência de saúde às comunidades mais distantes;
- 9) Estimular o trabalho dos profissionais de saúde, melhorando os salários, através de um PCCS, e estabelecendo um calendário de pagamento;
- 10) Que se garantam recursos para a capacitação, treinamento e qualificação dos profissionais de saúde.

Regional de Diamantino

Municípios de Diamantino, Alto Paraguai, Juara, Nobres, Nortelândia, Nova Mutum e Porto dos Gaúchos.

PRINCIPAIS PROPOSTAS:

- 1) Ampliação do quadro de recursos humanos na área de saúde;
- 2) Criação e implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários específicos de saúde;
- 3) Estruturação dos serviços dos agentes comunitários;
- 4) Padronização dos medicamentos usados nos serviços de saúde e descentralização da CEME, com transferência dos recursos referentes à cesta básica de medicamentos;
- 5) Criação de Consórcios Intermunicipais, para atendimento de especialidades;
- 6) Reaparelhamento da rede hospitalar;
- 7) Incentivo a programas de educação em saúde;
- 8) Descentralização e municipalização do IPEMAT (parte assistencial);
- 9) Incentivo ao lazer - construção de quadras de esportes e desenvolvimento de programas culturais;
- 10) Definição do sistema de coleta e reciclagem de lixo.

Regional de Juína

Municípios de Juína, Aripuanã, Castanheira, Cotriguaçu e Juruena.

PRINCIPAIS PROPOSTAS:

- 1) Reajustar as tabelas de pagamento do SUS, adequando-as à realidade de mercado;
- 2) Garantir o repasse do teto financeiro a que os municípios tenham direito, com critérios regionais diferenciados, observando a situação geográfica, sócio-econômica e o perfil epidemiológico da população;
- 3) Contemplar os municípios em regiões com endemias graves com maiores cotas de AIHs;
- 4) Reavaliação da distribuição de recursos pelo Ministério da Saúde: mais recursos para a manutenção e menos para construções;
- 5) Viabilizar, junto ao SUS, as perícias médicas para a destinação dos benefícios do INSS em todas as sedes das Regionais de Saúde;
- 6) Valorização dos profissionais da área de saúde através do PCCS - Plano de Cargos, Carreiras e Salários;
- 7) Os Pólos Regionais de Saúde devem operacionalizar e coordenar a formação de Consórcios Intermunicipais;

- 8) Necessidade de municipalização total da saúde: epidemiológica, sanitária, hospitalar e ambulatorial;
- 9) Proporcionar acesso aos trabalhadores do SUS em cursos de capacitação e pós-graduação;
- 10) Credenciamento do Hospital Municipal de Aripuanã, que sobrevive única e exclusivamente com verbas dos cofres municipais.

Regional de Porto Alegre do Norte

Municípios de Santa Terezinha e Vila Rica.

PRINCIPAIS PROPOSTAS:

- 1) Agilizar convênio do IPEMAT com os hospitais;
- 2) Organizar oficinas de alimentos alternativos, remédios caseiros, estimulando os grupos e associações a nelas atuarem;
- 3) Adquirir mais ambulâncias para buscar e levar doentes na zona rural;
- 4) Implantar Conselhos Gestores nos postos, centros de saúde e hospitais;
- 5) Distribuir verbas de acordo com as problemáticas dos municípios, para que se possa investir mais na prevenção de doenças;
- 6) Dar continuidade aos cursos de capacitação dos agentes de saúde, bem como aos cursos profissionalizantes;
- 7) Promover, em parceria com a Fundação Nacional de Saúde, encontros e palestras sobre educação em saúde;
- 8) Fazer um trabalho de apoio junto aos familiares de portadores de deficiências física e mental;
- 9) Implantar um programa de planejamento familiar nos centros de saúde;
- 10) Aumentar a rede de distribuição de água fluoretada e controlar a sua potabilidade.

Regional de Rondonópolis

Municípios de Rondonópolis, Alto Araguaia, Alto Garças, Alto Taquari, Araguaína, Campo Verde, Dom Aquino, Guiratinga, Itiquira, Jaciara, Juscimeira, Pedra Preta, Poxoréo, Primavera do Leste, São José do Povo, São Pedro da Cipa e Tesouro.

PRINCIPAIS PROPOSTAS:

- 1) Solidariedade com o movimento nacional, de Emenda Constitucional, em que as três esferas do governo (fe-

deral, estadual e municipal) destinem o mínimo de 10% de seus orçamentos para o setor de saúde;

- 2) Implantação do Programa de Educação em Saúde na rede básica de ensino e na comunidade em geral, de modo universal e contínuo;
- 3) Trabalhos dos agentes comunitários de saúde devem ser cada vez mais voltados para ações comunitárias-domiciliares, cobrindo todos os bairros e glebas e direcionados dentro da concepção moderna do processo saúde/doença;
- 4) Fechar a CEME e repassar o recurso correspondente para os municípios, de forma que estes possam comprar os medicamentos realmente necessários;
- 5) Apoiar, incentivar e fortalecer a produção de medicamentos por região, através de consórcios entre os Estados;
- 6) Unificar os serviços de Vigilância Epidemiológica e Sanitária;
- 7) Triplicar a tabela do SUS para os municípios que tiverem um índice de internamento abaixo de 5%;
- 8) Financiar projetos a partir da necessidade de cada município, sendo a contrapartida deste a melhoria salarial após a comprovada aplicação prática dos ensinamentos;
- 9) Garantia de repasse de recursos do SUS não apenas pelo índice populacional, mas também pelo grau de capacidade instalada e em funcionamento, bem como ainda a aplicação do município no setor;
- 10) Criar o Programa de Prevenção ao Câncer Ginecológico, contando com um laboratório equipado para este fim.

Regional de Sinop

Municípios de Sinop, Alta Floresta, Apiacás, Cláudia, Colider, Guarantã do Norte, Itaúba, Lucas do Rio Verde, Marcelândia, Matupá, Nova Canaã do Norte, Nova Bandeirantes, Nova Guarita, Nova Monte Verde, Paranaíta, Peix-



to de Azevedo, Santa Carmem, Sorriso, Terra Nova do Norte e Vera.

PRINCIPAIS PROPOSTAS:

- 1) Que os municípios sejam responsáveis pelo planejamento e definição da farmácia básica local;
- 2) Os programas de saúde só deverão ser implantados quando contarem com recursos humanos qualificados e espaço físico adequado;
- 3) Definição de subsídios necessários, pelo Estado, para o controle das doenças endêmicas presentes na região Norte do Estado;
- 4) Criação de novos Pólos Regionais de Saúde em microrregiões, não mais com uma função meramente burocrática e sim tendo como atribuições, principalmente, a orientação e avaliação das atividades desenvolvidas;
- 5) Agilização e avaliação dos municípios para o ingresso na Gestão Semi-plena;
- 6) Que haja a garantia da criação da Escola de Formação de Trabalhadores de Saúde, nas Secretarias de Saúde, ou através de convênios com a Secretaria de Educação, Universidade e outras instituições públicas de nível superior;
- 7) Que o Ministério da Saúde acelere o credenciamento de novos hospitais;
- 8) Efetiva participação da Secretaria de Estado de Saúde na consolidação do SUS nos municípios;
- 9) Que haja um sistema de referência eficaz para atender doentes que necessitem de especialidades médicas;
- 10) Que seja garantido o atendimento à população, com incentivo à política de prevenção e serviços básicos primários, como é o caso do PACS e o PSF.

Regional de Tangará da Serra

Municípios de Tangará da Serra, Arenápolis, Barra do Bugres, Brasnorte, Campo Novo do Parecis, Denise, Nova Marilândia, Nova Olímpia, Porto Estrela e Santo Afonso.

PRINCIPAIS PROPOSTAS:

- 1) Que seja reativado imediatamente o Programa de Saúde Escolar;
- 2) Que seja atendido o item da LDO concernente à saúde do índio;
- 3) Que o Executivo Municipal dê respaldo e uma estrutura básica que garanta o funcionamento dos Conselhos e que cumpra o regimento interno quanto à sua manutenção;
- 4) O Plano Municipal de Saúde deverá garantir o atendimento, de forma diferenciada, aos portadores de necessidades especiais;
- 5) Que seja dada prioridade ao atendimento do idoso, com a prestação de serviços médicos nas diversas especialidades, com atendimento itinerante ao lado do idoso;
- 6) O município deve criar uma comissão de compra de materiais para a área de saúde composta por uma equipe multidisciplinar para controle e avaliação de qualidade;
- 7) O Conselho Estadual de Saúde deve subsidiar e acompanhar os Conselhos Municipais de Saúde para que estes possam desempenhar seu papel, conforme previsto na lei;
- 8) Dar prioridade às ações preventivas de saúde;
- 9) Que seja traçado um perfil epidemiológico baseado em dados estatísticos, com o objetivo de subsidiar os programas de saúde;
- 10) Fortalecer o Conselho Municipal de Saúde, garantindo espaço físico e recursos humanos para que ele possa funcionar.

Temário das Conferências Intermunicipais de Saúde

1. Descentralização e democratização na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)
 - a) O caminho da municipalização da saúde em Mato Grosso - avanços e obstáculos.
 - b) O controle social da gestão do SUS e o fortalecimento dos Conselhos Municipais de Saúde - Experiências de Mato Grosso (Ouvidoria).
2. Garantia do acesso universal aos serviços de saúde e os desafios da equidade
 - a) Políticas de ajuste para assegurar a qualidade nos serviços de saúde em Mato Grosso.
 - b) Avaliação da SES-MT sobre a qualidade nos serviços de saúde.
3. Viabilizando o SUS às necessidades da população de Mato Grosso.
 - a) Como resolver a questão dos recursos humanos.
 - b) As alternativas de financiamento para a saúde.
 - c) As controvérsias da relação entre o setor público e o privado.
 - d) Enfrentamento dos principais problemas de saúde em Mato Grosso: Malária, Hanseníase, Leishmaniose e Dengue.
 - e) Política de medicamentos para Mato Grosso.
 - f) A questão do sangue e hemoderivados em Mato Grosso.
 - g) Como enfrentar as doenças incapacitantes, visando diminuir o número de portadores de deficiência (mental, sensorial e física).
 - h) Política intersetorial, saneamento básico, educação e moradia.
4. O papel das esferas de governo e da sociedade no SUS.
 - a) As atribuições do governo na consolidação do SUS - experiências e obstáculos.
 - b) A participação da sociedade no SUS - experiências dos Conselhos em Mato Grosso.

Temário da III Conferência Estadual de Saúde

MESA 1

“Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida”

TEMAS ESPECÍFICOS

- a) Ação Básica dentro do Novo Modelo de Atenção.
- b) A regionalização do SUS em Mato Grosso.
- c) Saúde do Trabalhador.
- d) Saúde e Meio Ambiente.
- e) Vigilância Sanitária e Epidemiológica.
- f) Violência, Drogas e Alcoolismo.

MESA 2

“O Controle Social frente à Crise da Saúde”

TEMAS ESPECÍFICOS:

- a) Enfrentamento das Doenças Endêmicas em Mato Grosso.
- b) Saúde Mental.
- c) Modelo de Atenção à Saúde Bucal em Mato Grosso.
- d) Prevenção e Reabilitação das Doenças Incapacitantes.
- e) Terceira Idade e a Qualidade de Vida: Cotidiano e Perspectivas.

MESA 3:

“O SUS - Seus Problemas e Dificuldades”

TEMAS ESPECÍFICOS:

- a) Estruturação de um Subsistema Diferenciado para a Saúde Indígena.
- b) Política de Medicamentos no SUS/MT.
- c) Formação e Capacitação de Recursos Humanos para o SUS.
- d) Oficina do CETAD - Uma Prática com o Usuário de Drogas.
- e) Participação Popular e Controle Social no SUS/MT.

Pronunciamentos

Cerimonial do Governo do Estado

Este é um momento de reflexão e debate sobre o SUS em Mato Grosso, analisando o seu processo de descentralização e a qualidade dos serviços ofertados à população, visando a melhoria da qualidade de vida. Para tanto, foram realizadas Conferências em 90 municípios do Estado, que, além de permitirem um espaço de articulação entre os diversos segmentos sociais e institucionais participantes, ainda tiveram o importante papel de oferecer ao Encontro Estadual conteúdos mais aproximados da realidade dos municípios e de suas necessidades, avanços e perspectivas. A Comissão Organizadora agradece aos que colaboraram para a realização deste evento e se sente honrada com suas presenças.

Teremos, neste instante, a composição da mesa. Convidamos Sua Excelência, o Sr. Governador do Estado de Mato Grosso, Dante Martins de Oliveira; convidamos o Exmº Dr. Júlio Strubing Müller Neto, Secretário de Estado de Saúde; convidamos a Exmª Srª Elizabeth Barros, Coordenadora de Saúde e Previdência do Instituto de Pesquisa Econômi-

ca Aplicada (IPEA); convidamos o Exmº Dr. Valfredo da Mota Menezes, vice-reitor da Universidade Federal de Mato Grosso, neste ato representando a magnífica reitora Luzia Guimarães; convidamos a Exmª Srª Fátima Ticianel Schrader, Coordenadora da III Conferência Estadual de Saúde; convidamos o Exmo. Sr. Francisco Wagner Simplicio, Secretário Municipal de Governo, representando o Sr. Coronel Meirelles, Prefeito de Cuiabá; convidamos o Sr. Mário Lúcio Guimarães de Jesus, representante do Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso.

O cerimonial solicita a todos os senhores que se ponham de pé para cantarmos o hino nacional brasileiro, com a participação do coral da UFMT.

Em nome do Governador do Estado, o cerimonial convida a Srª Maria da Penha Lino, Presidente do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de Mato Grosso, para também compor a mesa.

Fará uso da palavra a Srª Fátima Ticianel Schrader, Coordenadora da III Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso; em seguida, haverá a exposição de vídeo, que terá como tema “Betinho fala sobre a Conferência Estadual de Saúde” e vídeo das etapas municipais deste evento.

Sessão de abertura da III Conferência Estadual de Saúde com a presença do Exmº Sr. Governador Dante de Oliveira e Secretário de Estado de Saúde Sr. Júlio Strubing Müller Neto



Pronunciamento da Coordenadora da III Conferência

Fátima Ticianel Schrader

Boa noite a todos. Eu gostaria, primeiramente, de cumprimentar o Exmº Governador, Dante de Oliveira; o Exmº Sr. Secretário de Estado de Saúde, Dr. Júlio Müller Neto; e todas as demais autoridades presentes, todos os membros do Conselho Estadual de Saúde presentes; os membros da Comissão Intergestora Bipartite; a pessoa da Srª Penha, do COSEMS; todos os delegados, observadores e convidados da III Conferência - CES; os colegas de trabalho da Comissão Organizadora da III CES; os coordenadores, diretores e todos os trabalhadores da Secretaria Estadual de Saúde – SES.

Nós, da Comissão Organizadora da III Conferência Estadual de Saúde, convocados pelo Conselho Estadual de Saúde, tivemos a importante tarefa de fazer acontecer este evento. Foi um esforço de todos os que se colocaram à disposição desse trabalho, principalmente aqueles designados pelo Conselho Estadual de Saúde, membros do Comitê Executivo, do qual fazem parte funcionários, técnicos da SES, da Fundação de Saúde de Cuiabá, da UFMT e da Fundação Nacional de Saúde. Os representantes eleitos do Conselho Estadual de Saúde buscaram, num esforço coletivo, trabalhar uma metodologia participativa, onde todas as pessoas que estavam presentes ou colaboradores puderam participar de alguma forma. Para tanto, foram formadas comissões de trabalho, entre as quais a Comissão de Apoio aos Municípios, com o objetivo de estimular a realização das conferências municipais. Citamos também a Comissão de Programação, a Comissão de Cultura e Comissão de Divulgação e Registro. Gostaria de dar ênfase, principalmente, ao trabalho inicial e à primeira prioridade dessa Comissão Organizadora, que foi o trabalho da Equipe Técnica, que desenvolveu, junto aos municípios, o trabalho de estímulo para que acontecessem as Conferências Municipais.

Graças a Deus e ao empenho de todos os Secretários Municipais de Saúde, aos Conselhos Municipais de Saúde, ao COSEMS, à SES e ao CES tivemos a realização de 90 conferências municipais sendo que, destas, houve cinco conferências Intermunicipais, totalizando 27 municípios e 73 conferências municipais. Gostaria de lembrar a impor-

tante colaboração dos Pólos Regionais para que esse processo pudesse acontecer. O nosso esforço foi no sentido de fazer com que as conferências tivessem o maior número possível de participação dos usuários, dos trabalhadores e, principalmente, do envolvimento das Secretarias Municipais de Saúde. A SES, dando todo o apoio, tanto financeiro quanto técnico para a realização, colocou-nos muito à vontade para que esse processo também acontecesse com tamanho sucesso. Gostaríamos de agradecer, imensamente, o apoio da SES, na pessoa do Dr. Júlio Müller, que teve vontade política, decisão de fazer com que essa Conferência tivesse tamanha participação, tamanha importância política neste momento, nesta conjuntura. Nós acreditamos e gostaríamos de deixar aqui a nossa mensagem: que todos aqui presentes, nesta Conferência reúnam o máximo de esforços para que possamos ter um produto muito positivo, para a orientação desses próximos anos de trabalho das Secretarias Municipais de Saúde e da SES.

Gostaria de agradecer a presença de todos vocês. À Comissão Organizadora, eu gostaria, em especial, de dizer que, sem o apoio das colegas Elaine, Ilva, Nina, Suzi, Lurdes, Heide, Walmir, Lourenço, Luiz Fernando, Zulma, enfim, de todas as pessoas, seria difícil que este evento acontecesse. Nosso principal objetivo nessa Conferência é discutir o "SUS e o Novo Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida". Todo esse esforço, todo esse movimento foi com um objetivo maior que é, justamente, conseguir avançar na elaboração de políticas públicas, de propostas concretas para serem implementadas pelo Estado. Gostaríamos de enfatizar a importância da participação do Estado na concretização das propostas que aqui forem tiradas, neste fórum, nesta Conferência, para que possamos levar contribuições importantes para a X Conferência Nacional de Saúde, mas que também, depois, nós possamos, concretamente, viabilizar nossas propostas. Gostaria, então, de encerrar a minha fala e dizer que, em seguida, nessa apresentação do Betinho no vídeo, nós teremos um importante depoimento de uma pessoa que, sem dúvida, tem tido um papel fundamental na conjuntura nacional. É uma pessoa portadora de uma deficiência como a AIDS; quer dizer que a vida é bela e vale a pena e que, fundamentalmente, a saúde tem que ser construída da melhor forma possível.

(Exibição do vídeo com a fala de Betinho).

Gostaria de fazer esclarecimento com relação ao vídeo, pois o Betinho falou que não havia na nossa Conferência um tema específico sobre a questão do sangue e sobre a

AIDS. Infelizmente, foi uma falha nossa, da Comissão Organizadora, porque nós não passamos para ele a programação específica. Então, para que não haja nenhuma dúvida, estou esclarecendo que esse assunto será debatido nos temas específicos. Em seguida, teremos a apresentação de um vídeo sobre as etapas municipais, que vai mostrar um pouco o trabalho realizado durante esse período.

Obrigada.

Pronunciamento do Exmº Sr. Secretário de Estado de Saúde

Júlio Strubing Müller Neto

Exmº Sr. Governador do Estado, Dante Martins de Oliveira; Exmº Sr. Vice-reitor da UFMT, Dr. Valfredo da Mota Menezes; representante do CES/MT, Mário Lúcio Guimarães de Jesus; Dr. Eugênio Villaça Mendes, representante da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS); Elizabeth Barros, do Ministério do Planejamento, do IPEA, nossa conferencista desta noite; Fátima Ticianel, Coordenadora da III Conferência Estadual de Saúde; Dr. Wagner Simplício, representante da Prefeitura de Cuiabá e Maria da Penha Lino, Presidente do COSEMS.

É com muita emoção, principalmente depois dessa belíssima apresentação do coral da UFMT e da poesia maravilhosa do nosso colega e grande poeta cuiabano e mato-grossense, Ivens Scaff, que mexeu com todos nós; é com emoção dessas duas obras de arte que eu tenho a satisfação de declarar aberta a III CES e de dar as boas-vindas a todos os delegados, observadores e participantes que aqui se encontram.

A III Conferência Estadual de Saúde já é um sucesso, mesmo antes de nós iniciarmos nossos debates. Vocês puderam ter uma prova disso com a apresentação desse vídeo. O processo de realização das Conferências Municipais de Mato Grosso superou todas as expectativas que nós tivemos. Conferências em 90 municípios, sendo 70% deles, aproximadamente, pela primeira vez. Isso num ano de eleições municipais, onde as diferenças, os problemas políticos locais estão bastante acentuados e, mesmo assim, colocamos a saúde municipal no debate. Eu tenho certeza de que esse amplo debate servirá para compro-

meter candidatos, que hoje disputam votos de seus eleitores nos municípios, com os princípios e diretrizes do SUS. A III Conferência também já é um sucesso pela programação, que todos vocês já devem ter recebido. Serão importantes os temas centrais que estaremos debatendo, pelo alto nível dos participantes, convidados, palestrantes, que estarão conosco, como hoje já estão aqui o Eugênio e a Elizabeth Barros; pela diversidade e riqueza dos temas específicos que serão debatidos, que incluem a questão do sangue e a questão da AIDS; pela, também, programação cultural que nós fizemos a absoluta questão de incluir, já que nós entendemos a dificuldade de integração cultural e da identidade cultural que hoje se faz sentir em nosso Estado, tão povoado por irmãos e cidadãos brasileiros de todas as partes do país. E é necessário que tenhamos vontade para podermos permanecer juntos nessa nossa caminhada pela busca da cidadania das pessoas que hoje habitam este Estado. Também por que cultura é saúde. E, finalmente, ela já é um sucesso pelo processo democrático de escolha dos delegados; em torno de 400, que foi feito nesse grande arrastão, em 90 municípios. Eu me atreveria a dizer que já é o maior evento na área da Saúde Pública, na história de Mato Grosso e talvez até da área social, por todas essas razões... É evidente que o papel do Governo do Estado nesses processos também foi decisivo. Gostaria de agradecer de público todo o apoio que tenho recebido do Governo, em especial do governador, para a realização da Conferência e para as ações da própria SES.

Nesta Conferência, nós vamos discutir o processo de implantação do SUS, seus avanços e suas dificuldades. Esse é um debate bastante atual e oportuno. Está-se dando em todo o país e, evidentemente, Mato Grosso não é exceção a esta realidade. Nós podemos dizer que o SUS tem, hoje, pelo menos, quatro grandes problemas para sua real efetivação. O primeiro deles é o modelo de atenção que temos, que é o modelo de atenção desvirtuado, como nós classificamos, baseado na assistência médica do hospital. É um modelo hospitalocêntrico. O segundo deles é o problema do financiamento, que hoje é um problema sério para a área da Saúde. A área da Saúde é a única que não cumpriu reajuste de preços, desde julho de 94. Isso tem gerado dificuldades imensas, principalmente para o setor público, que hoje é o maior responsável pelas ações da Saúde, como também pelos estabelecimentos credenciados, filantrópicos e privados, que também dependem do SUS para dar assistência à população. O terceiro grande problema que, na minha opinião, tem sido muito pouco tratado e debatido, em nível nacional e aqui tam-

bém em Mato Grosso, é a questão de recursos humanos. Talvez um dos “nós” que temos que desatar para efetivarmos o SUS. O quarto grande problema são os entraves que ainda enfrentamos para concluir o processo de descentralização, municipalização e do controle social. Coisas que ocorrem em maior grau ainda em nível nacional. Em muitos Estados e Municípios isso tem sido um fator dificultador da implantação do SUS. Estes problemas repercutem diretamente na qualidade de atenção do Estado e isso tem gerado, muitas vezes, a perda da legitimidade social do Sistema.

Eu fico muito feliz quando ouço depoimento, como o do usuário que foi apresentado na fita e que mostra um alto grau de consciência, bastante agudo, a respeito dessa questão. Nós não podemos misturar as coisas. Temos que separar o que não está funcionando bem e precisa ser consertado. É necessário avançar nesse sentido. Por isso é que o SUS tem produtos e resultados que precisam ser melhor apresentados, divulgados, conhecidos.

Apesar disso, em nossa concepção, o SUS, hoje, no país, é o melhor modelo que temos para as políticas públicas e para a própria reforma do Estado, que tem sido tão rebatida e tão mal entendida nos últimos tempos. Isso porque o SUS é universal, ele garante o direito de acesso a toda a população, é democrático, participativo e é municipalizado; procura articular gestores de todos os níveis de governo. Esse arcabouço, SUS, precisa ser melhor valorizado, porque, em nossa visão, a Reforma do Estado passa muito por alguns desses princípios que temos dentro do SUS. A prova cabal disso é exatamente essa que estamos vivendo hoje: o grau de participação e organização que a gente observa na área da saúde, nesta Conferência, a presença das pessoas, a gente só vê na área das políticas públicas, na Saúde. Nenhuma outra área consegue mobilizar e articular com esse grau e com essa profundidade que tem hoje a Saúde. E olha que hoje tem jogo do Brasil e está todo mundo aqui; isso é uma demonstração clara de como é valorizado, como os que aqui estão dão importância a essa questão. Isso é a força do SUS, que somos nós: organizados e lutando para garantir esse direito que está nas leis e que ainda precisa se transformar em realidade.

Normalmente, nas aberturas, faz-se uma breve apresentação dos trabalhos dos municípios. Mas vou falar muito mais para a frente sobre isso, vou fazer uma Conferência sobre a Política de Saúde do Estado, o papel da SES na área da Saúde. Mas é importante relacionar o que nós já conseguimos avançar num ano e meio de trabalho à frente da SES. Em primeiro lugar, a própria definição de uma Polí-

tica de Saúde no Estado. É um fato inédito em Mato Grosso porque, normalmente, a política de saúde é decorrente de acertos políticos, acertos credibilistas e fisiológicos que normalmente orientam a escolha dos representantes, dos agentes políticos que representam a área de saúde. A formulação de uma proposta de política de saúde foi amplamente debatida no Conselho Estadual de Saúde (CES), no corpo técnico das Secretarias dos municípios e ela vem sendo implementada, gradativamente, desde janeiro de 96. Em segundo lugar, gostaria de citar a construção do embrião de um novo modelo de atenção à saúde no Estado, que não seja o modelo hospitalocêntrico e assistencialista. Em terceiro lugar, a abertura para a participação popular e parceria com a sociedade civil organizada, apoiando e estimulando o controle social, sobretudo encontrando ressonância e respaldo da atuação do CES. Um quarto aspecto que gostaria de ressaltar é a própria reconstituição do papel da SES como formuladora e coordenadora de políticas, e programadora e avaliadora das questões de saúde, tendo na cooperação técnica um grande instrumento de parceria com os municípios. Como todos sabem, hoje, os municípios são gestores de saúde no âmbito local e responsáveis pela prestação de serviços. E era necessário que houvesse essa definição para que cada qual fizesse seu papel em prol da melhor atenção à Saúde.

Finalmente, um fato que é importante ressaltar: a inversão do modelo clientelista tradicional na relação do Estado com o sujeito. Hoje, nem o Secretário Municipal de Saúde e o Prefeito precisam ser do mesmo partido, ou ser meu amigo ou amigo do governador para receber o que tem direito, seja AIH, medicamentos ou recursos financeiros. Os expedientes são transparentes, são pactuados com a Comissão Bipartite, com o CES e, quando falta alguma coisa, falta igualmente para todo mundo. Hoje, Mato Grosso faz política de saúde e não política na saúde. Eu gostaria de alertar os membros dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), que vão retornar aos seus municípios, para não permitirem a manipulação eleitoral dos membros dos CMS em seus municípios. A saúde é um direito de cidadania, não é nenhum benefício, nem favor de candidato nenhum. Essa é uma época muito perigosa para esse tipo de acontecimento. Uma época em que se cometem verdadeiros crimes. Faz-se laqueadura de forma generalizada, esterilizam-se mulheres, crianças e adolescentes. Esse tipo de coisa eu quero alertar, aproveitando a oportunidade, porque já nos chegaram muitas denúncias a respeito dessas questões.

Uma pálida visão do que foi realizado pela SES neste ano e meio vocês vão encontrar no saguão, em duas salas,

onde estamos procurando, de maneira meio didática, uma série de ações que vêm sendo realizadas pela SES, até mesmo para suprir essa nossa deficiência de comunicação de maneira geral, que afeta a área da saúde. Temos também experiências muito interessantes e importantes de diversos municípios que estão nos mostrando um SUS que está dando certo em Mato Grosso e no Brasil. Finalmente, não podemos encerrar sem agradecer os trabalhadores e os profissionais de saúde, em especial ao corpo técnico da SES, pelo trabalho e pela vontade de garantir o direito à saúde de toda a população. E dizer que me orgulho muito de ser o técnico e coordenador de uma equipe de saúde como esta. Agradecer ao CES e sobretudo à Comissão Organizadora da Conferência pelo trabalho maravilhoso que realizou para transformar em realidade esse evento. E agradecer a presença de todos vocês, delegados e participantes, desejar que todos possamos trabalhar de modo frutífero pela saúde da população de Mato Grosso. Um bom trabalho para todos nós. Boas-vindas a todos vocês.

Muito obrigado.

Pronunciamento do Exm^o

Sr. Governador do Estado

Dante Martins de Oliveira

Senhor Secretário de Estado de Saúde, Júlio Müller; Dr^a Elizabeth Barros, Coordenadora de Saúde e Previdência do IPEA; Prof. Valfredo da Mota Menezes; Dr. Eugênio Villaça, consultor da Organização Pan-americana de Saúde; Sr^a Fátima Ticianel, coordenadora da III Conferência Estadual de Saúde; Francisco Wagner Simpício, Secretário Municipal de Governo, que representa neste ato o Prefeito de Cuiabá; Mário Lúcio Guimarães de Jesus, representante do CES/MT; Maria da Penha Lino, Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Mato Grosso; demais Secretários de Estado aqui presentes, o Secretário de Agricultura, Jeremias Leite; Presidente do IPEMAT, Thiers Ferreira; Prefeito de Vila Rica, em nome de quem cumprimento todos os Prefeitos presentes.

Programa cultural: grupo folclórico de dança



Em primeiro lugar, eu fiz questão de aparecer a essa abertura da III Conferência, pela importância que nosso Governo dá à questão da saúde e porque se vê na III Conferência um espaço profundamente democrático, onde se coroa todo um processo de discussão, que vem dos municípios, onde traz à tona a realidade da Saúde Pública dos municípios e talvez tão ou mais forte do que fizemos durante a campanha eleitoral para organizar e montar o Programa de Saúde do Estado, quando da minha campanha. Essa Conferência tem um caráter muito mais amplo. Primeiro, porque está fora do processo político-eleitoral e consegue trazer, mobilizar, principalmente, todos os agentes de política de Mato Grosso. É uma oportunidade ímpar de nós avaliarmos as linhas mestras do nosso programa de saúde, que está escrito dentro do nosso Plano de Metas como compromisso. É um momento de avaliarmos toda essa política e de checarmos as prioridades concebidas há um ano e meio, e é também, o momento para que possamos, com todos os responsáveis pela Saúde Pública, todas as instituições, todas as ONGs, todas as Prefeituras, enfim, todos aqueles que trabalham para a Saúde, fazer uma ampla reflexão e, principalmente, uma ampla análise do que vem acontecendo na Saúde Pública de Mato Grosso: o papel do Estado, de que maneira poderemos ser instrumentos da sociedade para promovermos qualidade de vida para o povo de Mato Grosso.

Longe de nós acharmos que nosso Governo, num período de quatro anos, irá resolver todo o problema de saúde do Estado, mas eu acho que poderemos, de forma democrática, de forma ampla, em parceria com diversos agentes, conquistar grandes avanços na área da saúde aqui em Mato Grosso. Não foi por acaso que eu tive todo o cuidado e até, de certa forma, uma discussão profunda, desde a escolha do nosso Secretário de Saúde, Júlio Müller. Ele tinha toda sua tese por terminar, todos os seus problemas particulares, mas, depois de um longo processo de discussão, nós entendíamos que ele era a melhor pessoa para coordenar o trabalho de Saúde em nosso governo. Pela sua competência técnica, pela sua seriedade, pela sua honestidade e pela experiência que ele já tinha adquirido quando foi Secretário Municipal de Saúde da Prefeitura de Cuiabá, no período de 86 a 88. Somando toda essa experiência com os avanços teóricos do curso de doutorado, achávamos que o Júlio, com sua sensibilidade política, poderia ser o grande coordenador da Saúde. Para mim, não é nenhuma surpresa essa Conferência de hoje, porque ninguém faz um trabalho de forma isolada, sozinho. Com todo cuidado, ele soube montar uma boa equipe técnica e por isso eu

quero neste instante cumprimentar todos os que vêm trabalhando e vêm nos ajudando, vêm colaborando, com muito sacrifício, nós sabemos.

O sacrifício não é só da população que deseja ter mais atendimento da Saúde, é também sacrifício de técnicos, que eu sei, poderiam estar cuidando de sua própria vida profissional de forma mais tranqüila, e estão no Estado dando seu tempo, seu conhecimento e, na verdade, socializando seu conhecimento, acreditando num projeto sério de Saúde Pública do Estado. Eu quero, portanto, neste momento da Conferência, agradecer de coração, em nome do Estado, todo o sacrifício destes companheiros e companheiras que vêm fazendo pela Saúde Pública. As dificuldades que estamos enfrentando neste ano e meio de governo - vocês são testemunha - acontecem porque herdamos um Estado com dificuldade enorme. Vocês são testemunhas de que, apesar de todas as medidas que venho tomando, de diminuir custos, diminuir folha, enxugar pessoal, extinguir empregos, privatizar empresas, de, enfim, procurar ter um tamanho de Estado compatível com os objetivos e funções do Estado moderno, os problemas continuam. Isso tem custo também político, tem custo de enfrentamento para nós todos, de profunda reflexão interna.

É hora de enfrentar esse desafio de estruturar o tamanho do Estado, que seja não o Estado mínimo; não o Estado, como alguns querem colocar, com suas funções neoliberais, mas também, o que nós queremos é um Estado que possa servir como instrumento de avanço na qualidade de vida para o nosso povo. O Estado que não queira fazer tudo, mas o Estado que possa fazer bem aquilo que é fundamental para melhorar as condições de vida da população de Mato Grosso. Que tenha condições de se desonerar de funções que não lhe cabem mais. De poder fazer bem à Saúde Pública, à Educação Pública e fazer bem à Segurança Pública e ter programas de geração de emprego, de renda, de Reforma Agrária. Esse é o Estado que queremos, como instrumento da sociedade, também da classe trabalhadora. Não queremos nem um Estado grande, que não consiga fazer tudo, nem um Estado mínimo que acha que o capital privado, o mercado, vai regular tudo. Esse mercado é incapaz de regular as questões necessárias para que o povo tenha uma boa saúde: que é garantir emprego, garantir renda, garantir condições de combate à fome, porque ninguém vai ter nenhum programa de Saúde Pública com o povo passando fome, na miséria. Você não vai ter programa de Saúde Pública sem qualidade de água, sem saneamento básico, sem rede de tratamento de es-

goto. Enfim, sem essas condições básicas do ponto de vista social não há programa de Saúde Pública que vingue ou que se sustente. Então, a sustentabilidade que a gente tanto ouve do ponto de vista de desenvolvimento econômico, do ponto de vista da defesa de meio ambiente, temos que pensar e muito enquanto governo, enquanto sociedade, na sustentabilidade humana. A sustentabilidade humana necessita desses pressupostos básicos que são emprego, renda, alimento, enfim, qualidade de vida.

Portanto, eu quero também dizer nesta Conferência que nós estamos procurando desenvolver um trabalho de caráter bastante democrático; por isso esta Conferência é importante! Nosso governo, com os compromissos democráticos, quer dar condições para a democratização da saúde, para que todos possam ter acesso a ela. Isso a gente tem feito, inclusive algumas experiências extremamente importantes; mas, mais do que experiências, estamos procurando, como o Dr. Júlio falou aqui (e ele tem apoio total do meu Governo), evitar que seja utilizada a Saúde Pública como instrumento de política ou de politicagem. Eu me lembro quando nós voltamos de outra missão, a primeira experiência de Consórcio Intermunicipal de Saúde, realizado no Hospital de Sorriso, onde nós convocamos prefeitos que não tinham nada a ver com nosso partido, com nossa Frente de Cidadania. O presidente desse consórcio, prefeito de Sinop, é adversário político nosso; eu me lembro que houve uma tremenda reação da parte política que tinha me apoiado como candidato a governador. Foi um rebuliço, mandaram documentos, abaixo-assinado, protestaram, vieram aqui, reuniram os partidos, disseram que era um absurdo abrir mão de conferir a contabilidade do Consórcio dos municípios que eram adversários nossos. Eu e o Júlio seguramos muito, a princípio tentamos convencê-los de que o tempo ia falar, mas não. Não demorou nem um ano. Esta semana, eu vi diversas matérias nos jornais de elogios ao consórcio que nós desenvolvemos no Hospital de Sorriso. Da melhoria da qualidade dos serviços de saúde, da melhoria do atendimento, da maior quantidade até de atendimento. E inclusive dos companheiros nossos, do meu partido, que me criticaram violentamente no passado. Consegui, na semana passada, uma moção de aplauso e apoio da Assembléia Legislativa, cumprimentando por essa experiência.

O que fica claro para nós é que não vamos aceitar de maneira nenhuma que se discrimine qualquer população, de qualquer município, porque teve a infelicidade de escolher um mau prefeito em determinado momento de sua vida, no exercício de sua cidadania. Ela não pode ser pe-

nalizada duas vezes: primeiro porque escolheu mal, segundo porque vai ficar discriminada. O que nós queremos é o contrário. Garantir o direito de todos terem o acesso à Saúde Pública. Temos dificuldades e muitas; estamos com problemas de pagar salários; não tenho negado isso no meu Governo. É um processo de sofrimento, de angústia, de agonia que vivemos como governantes e servidores públicos; mas que vai passar, vai acabar. Porque o programa nosso, de Reforma do Estado, de enxugamento do Estado, enxugamento das despesas vai vingar e vamos chegar a um equilíbrio de receita e despesa. O Governo Federal vai ter, em determinado momento, de nos escutar e nos atender nos nossos pleitos de reestruturação de nossas dívidas, que hoje consomem 46,2% de nossa receita líquida. É impossível nós pagarmos pessoal, transferência aos Poderes, pagamento de dívida e ficar no zero a zero. Ficamos sempre no negativo, sempre no déficit. Por isso é que nós, mais cedo ou mais tarde, vamos ter do Governo Federal proposta de reestruturação dessa dívida.

Não haverá campanha nenhuma neste mundo - e isso eu tenho dito a meus aliados, a meus candidatos a prefeito de todos os partidos que me apóiam - que irá me tirar desse projeto de modernização do Estado e de procurar equilíbrio entre receita e despesa em Mato Grosso. Não vou abrir mão um milímetro disso, porque, se nós nos confundirmos nesse momento histórico em Mato Grosso e misturar a questão político-eleitoral com a questão de recuperação de nosso Estado, vamos estar nos comprometendo, comprometendo o futuro de Mato Grosso. O nosso programa está indo bem, tem sido entendido pelas mais altas autoridades econômicas daqui, de outros organismos internacionais, o Banco Mundial e o BIRD estão dispostos a nos ajudar, estão dispostos a financiar a modernização do Estado e o que nós queremos com isso é uma coisa só: ter um Estado que não seja clientelista e paternalista. Hoje à tarde, eu despachei o meu liquidante da CODEMAT. Ao liquidar a CODEMAT, houve gente que nem pôde vir aqui para assinar o contrato, porque mora na França e estava recebendo pela empresa. Que Estado é esse? Outros, que estão recebendo 170, 180 mil reais de indenizações, sujeitos que nunca trabalharam no Estado. Tem sido um esforço nosso tentar recuperar isso. Que fique claro que a CODEMAT é um instrumento de empreguismo, com todo o respeito àqueles que verdadeiramente trabalhavam lá, mas havia um grupo que vivia, há muitos e muitos anos, de empreguismo em empreguismo fantasma. Por isso que estou extinguindo a CODEMAT, CASEMAT, COHAB... Para tratar de casa popular não precisa ter 250 funcionários. E

ganhando não sei quantos mil acima da média de servidores públicos. Eu faço convênio com Prefeituras, faço convênio com todos os prefeitos. Acaba saindo muito mais barato, muito mais simples. Ainda mais eu, que vocês sabem que sou daqui de Cuiabá, onde há uma cultura econômica da vinculação da nossa sociedade com o serviço público muito grande. Mas eu não estou pestanejando um segundo sequer. Nós vamos ajustar este Estado, doa a quem doer. Sei que vai doer numa minoria que goza de privilégios, que ganha sem trabalhar, que leva salários altíssimos, enquanto a maioria recebe salário mínimo. Nós temos que ajustar isso, para investirmos em programas como esse de Saúde Pública, de Educação Pública gratuita, Saneamento, geração de empregos, programa de Reforma Agrária. Assim, vamos ampliar e aprofundar cada vez mais.

Portanto, quero dizer também, com muita alegria, que estamos fazendo uma obra importante que o Júlio levou para mim há alguns meses, que, apesar de todas as dificuldades, fazemos, por considerar que é fundamental, que é a Escola de Saúde Pública de Mato Grosso, Centro Formador de Recursos Humanos da Saúde. Tão importante quanto investir na prevenção da saúde, tão importante quanto você ter a rede hospitalar, tão importante quanto você ter tudo isso, é você ter também a parte de recursos humanos em condições de qualificar permanentemente. Creio, Júlio, não sei se você já se reuniu (se não se reuniu é bom se reunir) com o nosso Secretário de Justiça e Defesa da Cidadania, Dr. Hermes de Abreu. Nós realizamos, essa semana, o maior programa de qualificação de Recursos Humanos em Mato Grosso, de todos os tempos. Vamos investir 30 e poucos milhões de reais, daqui para 98; vamos qualificar 135 mil trabalhadores e a parte do serviço público que vamos qualificar, estamos fazendo convênio com a UFMT. Então, é fundamental que a Saúde Pública também se engaje nesse Programa, se já não está totalmente, para que possamos, com esse recurso, qualificar os recursos humanos da área de Saúde. É um grande Programa. Fizemos convênio há 3 ou 4 dias com o SENAC, SENAI, SESI, UNIC, UFMT, ETF, Escola Agrotécnica de São Vicente, enfim, mobilizamos todas as entidades, instituições, para avançar e para realizar esse grande programa de qualificação. Programa de qualificação que eu considero fundamental para que o Brasil possa alcançar a verdadeira modernidade. Não vamos alcançar a modernidade com milhões de analfabetos; não vamos alcançar modernidade sem mão-de-obra qualificada. Então, a qualificação de nossos recursos humanos é fundamental. Por isso, essa Conferên-

cia Estadual de Saúde recebe os meus cumprimentos, estendo-os a todos os que a organizaram e desejo que daqui saia, democraticamente, uma definição das principais prioridades, dos principais projetos que iremos desenvolver em parceria com a sociedade mato-grossense.

Felicidades a todos e sucesso a esta III Conferência Estadual de Saúde.

Saúde, Ética e Qualidade de Vida

Elizabeth D. Barros

Reconheço o adiantado da hora e não quero atrasar mais e transformar esse início de Conferência num sacrifício muito grande. Espero que as forças dos delegados não se esgotem nessa sessão de abertura. Nesse sentido, vamos nos forçar para fazermos algumas reflexões a respeito do temário da Conferência, como foi solicitado, mas tentando ser mais sucinta para não alongar mais esse processo. Mas, também, porque algumas delas estão envolvidas nas discussões dos temários; de alguma forma, foram repassadas na fala do Júlio e do Dante. Falar sobre qualidade de vida, falar sobre saúde com qualidade de vida é falar numa questão que hoje é corriqueira, mas já foi uma questão difícil de ser colocada, há algumas décadas. Eu gosto de sempre recordar esse momento do temário da Conferência, como no momento do processo mais amplo, chamando a atenção para o fato de que na década de 80 - as conferências existiam no Brasil desde a década de 30 e início da década de 40 - elas sofrem modificação fundamental; elas se transformam em parte de explicitação de

Conferencista Elizabeth D. Barros



demandas sociais. Os temários das Conferências têm refletido isso. Na VIII Conferência Nacional, quando se colocava em xeque o modelo de organização do Sistema de Proteção Social Brasileiro, particularmente o Sistema de Saúde, modelo que excluía um papel muito grande, além de estar centrado numa dimensão assistencial, ou seja, para a pessoa que já teve sua saúde comprometida. Hospitalocêntrico, ele já tinha também a exclusão muito grande. Ele reproduzia a exclusão que estava no âmbito da sociedade. Só tinha direito, só tinha encaixe no Sistema de Saúde aquela parcela da população economicamente ativa, que já tinha o privilégio, de alguma forma, de ter conseguido emprego no mercado formal de trabalho.

Naquele momento, num contexto de tradição democrática, essa demanda social estava colocada com muita clareza. O Brasil reclamava um direito de cidadania. O reconhecimento da saúde como direito de qualquer pessoa, por ter nascido ou apenas por viver no Brasil; não precisaria ter mais nenhum tipo de carteira de ingresso ao direito social. Essa demanda estava posta nos movimentos da sociedade brasileira, que se chamou de Movimento Brasileiro da Reforma Sanitária, que cresceu a partir do final da década de 70 e no início da década de 80 e ganhou legitimidade na VIII Conferência, de ter como tema “Saúde, Direito de Todos e Dever do Estado”. Esse movimento ganhou força, a tal ponto que conseguiu que, no momento seguinte, o momento de redefinir o marco legal brasileiro no processo de transição democrática, fosse marcado pela elaboração de uma nova Constituição. Nesse momento, essas teses ganharam mais do que a legitimidade que já tinham; ganharam reconhecimento formal do texto constitucional funcional. Nos momentos seguintes, a regulamentação disso foi objeto também de muito debate e, no início da década de 90, quando se realizou a IX Conferência, o que estava em pauta na sociedade brasileira era tirar do papel essa conquista, avançar no sentido de concretizar essas mudanças no Sistema de Saúde, que o Movimento da Reforma Sanitarista estava preconizando.

O tema da IX Conferência também refletia isso: “Municipalização é o Caminho”. O que estava por trás desse tema? É a reorganização institucional, reorganizar o Estado, para que ele tivesse condição de operar um Sistema de Saúde como estava proposto na Constituição. Esse Sistema de Saúde tinha algumas características fundamentais. A primeira delas, consolidar os processos, os direitos de cidadania e o reconhecimento da Saúde Pública como direito social; a segunda é a integralidade da atenção, ou seja, não mais concentrar a ação governamental na oferta

de sistema e assistência médico-hospitalar apenas, mas fazer com que o Sistema de Saúde fosse capaz de olhar as pessoas como seres íntegros e que tinham necessidade de atenção, não apenas quando eram vítimas de um processo de doença, mas antes disso, para evitar que esse processo acontecesse. Esse princípio de integralidade de atenção passa por organizar o sistema, parte para promover a saúde, prevenir a doença e de curar a doença quando ela se instala. Por isso, é integral. Ele trabalha nas três frentes necessárias para a garantia da saúde. Para isso, a Constituição propunha uma reformulação do Estado muito profunda. O Estado está vivendo, desde o final da década de 70, processos mais vigorosos de concentração na esfera federal, de atribuições e de receitas. No país que tem profundas desigualdades como o Brasil, tem a questão da descentralização colocada como uma demanda importante. Não só para conferir mais eficácia nas políticas públicas, como para torná-las mais próximas dos problemas, do suposto mais adequado desses problemas; mas também por aqui há uma crença muito forte de que, trazendo o processo decisório para mais perto da população, se criavam condições necessárias para cumprir uma outra recomendação, escrita na Constituição, que era democratizar o processo decisório, de fazer com que as políticas públicas fossem formuladas e implementadas, respeitando os princípios da participação social.

Então, esse Sistema da IX Conferência tinha, por trás de si, essa preocupação de viabilizar reformas institucionais no interior da maioria dos Estados que fossem capazes de dar suporte para a implantação do Sistema de Saúde, com novas características e que respeitassem esses princípios orientadores institucionais necessários. A gente tem que fazer mudanças substantivas nesse SUS, os conteúdos da ação têm que ser transformados de alguma forma. É isso que está por trás da X Conferência; fazer um sistema de saúde para a qualidade de vida. Não é nenhuma novidade o que está sendo proposto. Isso já estava num princípio das teses doutrinárias do Movimento de Reforma Sanitária. Isso já está contido nos dispositivos constitucionais que regulamentam a área da Saúde. O artigo 286 é muito claro quando diz que saúde é um direito de todos e dever do Estado e é garantido mediante políticas econômicas e sociais no modelo de atenção à saúde, o modelo de atenção à saúde adequado.

Não estamos falando de nenhuma novidade, do ponto de vista doutrinário. Mas enfrentamos um processo. Há um momento neste processo bem particular. Estou falando de transformar em real aquilo que é virtual. Falamos de

direitos sociais. E, todos nós sabemos que isso não é simples, é um processo muito complexo, muito complicado. Os direitos de cidadania têm três dimensões fundamentais: o direito de ir e vir - as pessoas não serem nenhum objeto, nem propriedade de ninguém, terem direito de decidir a própria vida; os direitos políticos - votar e ser votado; e os direitos sociais. São as três grandes dimensões da cidadania. Os dois primeiros são direitos regulatórios, dizem respeito ao conjunto da população, direito que o sujeito e os objetos dele são abstratos. No sentido que estabelece uma legislação, se configura o direito e o exercício dele não implica maiores problemas. Já os direitos sociais são, por natureza, direitos distributivos. Quer dizer que significa mexer numa determinada correlação de forças. Mexer numa determinada forma de distribuição de riquezas; o acesso aos benefícios decorrentes da questão. Isso não é simples, não é fácil de fazer. Porque vai mexer profundamente nos interesses.

Quando a gente dá uma olhada no quadro brasileiro e vê o tamanho do desafio que é concretizar o exercício dos direitos sociais no Brasil, a gente pensa que esse país, que consegue, apesar de ter tido uma das maiores taxas médias de crescimento econômico, pode ser capaz de produzir também uma das maiores desigualdades na distribuição dessa renda. Dados que a gente tem mostram que da década de 70 para a década de 80, a concentração de renda no Brasil se agravou. Da década de 80 para a de 90, esse agravamento foi pior ainda. A população ficou 50% mais pobre no início da década de 80. Constatam que medidas relativas à estabilização da economia possam melhorar relativamente o poder de compra do segmento mais pobre... Seguramente, não houve nenhuma alteração significativa na estrutura, nesse perfil de distribuição de renda no país.

Na verdade, esse é um país que conseguiu essa proeza de ser um dos que mais crescem e ao mesmo tempo o que mais excluiu, mais produziu desigualdade. Nesse contexto, falar de construir condições para exercício da cidadania é falar e propor à sociedade brasileira uma tarefa de grande magnitude, que só vai conseguir se transformar em realidade na medida em que parte do processo, como esse que a gente está vivendo aqui, de discussão, de organização da sociedade brasileira, conseguir enfrentar as resistências que vão ser inevitáveis, resistências de toda ordem para essas mudanças (sic). Na hora em que você desloca o gasto governamental para dar prioridade a determinadas ações, você está obviamente mexendo com interesses. Você vai estar sempre deslocando recursos,

que antes estavam atendendo a outros interesses. Nesse contexto, as resistências são sempre muito fortes.

Está-se, simultaneamente, vendo o SUS se transformar em realidade, aos poucos, pela experiência de atribuição das responsabilidades aos municípios; é uma das mais ferozes campanhas contra o Sistema Público de Saúde que já se viu. Essa mesma rede teve que dar conta de um contingente que era praticamente quatro vezes o que ela dava conta, inicialmente. Isso no contexto em que o Estado estava em crise, duas ou três fundamentais. Uma crise política sem precedente, e uma crise financeira também muito grande. Nesse contexto de crise, explodiu a prefeitura. Isso é um fato que raras vezes a mídia dá conta de evidenciar. E as pessoas parecem que não percebem esse fenômeno. É por isso que a atenção à saúde passou a prescindir da famosa carteirinha de INPS.

Então, esse conjunto de condições, de circunstâncias, nesse contexto em que se implantou o SUS, foi um contexto para tornar ainda mais difícil esse processo de implantação. Para tentar fazer uma expansão de cobertura da ordem que a norma do SUS se propôs a fazer no momento de crise, era realmente uma tarefa de gigante, de pessoa com muita tenacidade, muita capacidade de resistir aos desafios. Esse processo todo resultou em uma deterioração muito grande, até por parte do "Ouvidor" dos serviços, que já existia, que nunca operou em condições de grande qualidade, porque era um Sistema que dava condições para fazer assistência médico-hospitalar, não para garantir saúde.

Mesmo essa parcela de ações que eram desenvolvidas acabou sofrendo um processo de deterioração muito grande. O que explica, de alguma forma, essa onda de denúncias contra o SUS. Você tem, de um lado, realmente, uma deterioração da qualidade do que vem sendo oferecido, não pelo SUS, mas pelo sistema que o precedeu e que ele pretende substituir. Essa é uma das coisas complexas nesse processo de transição. Há transições impressionantes quando se trata de fazer mudanças da magnitude que o Sistema de Saúde propõe fazer. Ela tem um tempo histórico de convivência do velho com o novo; das formas antigas de se alterar, das instituições antigas com as novas, que é exatamente esse momento em que estamos vivendo. Nesse momento de transição, na crise em que se vive, ficou fácil chamar de SUS tudo. Porque, a rigor, institucionalmente, é isso.

Mas eu queria ressaltar a diferença que existe entre o velho e o novo que o SUS se propõe construir. De alguma

forma, vocês estão experimentando isso aqui em Mato Grosso, pelo compromisso que nos traçam, aqui, todos os gestores com a Saúde. Acho que a fala do Dante é, absolutamente, compatível com a perspectiva do SUS, na medida em que ele tem clareza que não se garante saúde no interior do Sistema de Saúde; garante-se saúde dando à população condições dignas de vida. Isso passa por emprego e renda, passa por habitação, saneamento, alimentação e também por um Sistema de Saúde que opere adequadamente.

Então, esse processo é o que se chama de SUS. É o que está escrito na Constituição como proposta do Sistema de Saúde brasileiro. O processo de mudar, reconhecer a multideterminação da saúde, mudar a forma da gestão pública, equacionar problemas que agravam a saúde, e não apenas curar agravos provocados por estes problemas. Bem, mas como? Tornando clara a responsabilidade do Sistema de Saúde: além daquelas mudanças internas que se tem que fazer e que significam, na forma em que está, numa concepção mais profunda, não apenas uma reforma administrativa, mas uma reforma de Estado, no sentido de mudar as funções do Estado, que define os papéis das diferentes esferas de Governo. Muda-se o modelo de atenção, muda-se a forma de operar e de formular políticas.

Num contexto de democratização do processo decisório, isso é o SUS. Isso é a proposta do SUS. Para implementar essas propostas, basta ter um compromisso com a base sobre a qual elas se assentam, que é a de construção de uma sociedade de respeito à cidadania, à solidariedade. Então, falar em qualidade de vida, falar em políticas públicas com essas perspectivas é falar, fundamentalmente, em um determinado tipo de compromisso ético. Compromisso ético que passa pela aceitação desses valores e pela negação, obviamente, dos valores que se contrapõem a eles. Se eu desejo uma sociedade solidária, eu tenho que pensar mecanismos, formas de operar políticas que possam dar viabilidade, dar cor a essa solidariedade. Não é possível construir a solidariedade em cima de instrumentos que são marcados pelas perspectivas do individualismo, da lei dos mais fortes, do salve-se quem puder.

Então, construir um Sistema de Saúde passa por aceitar determinados compromissos, com valores, compromissos éticos, que vão orientar a população para a implementação de políticas públicas, e, fundamentalmen-

te, vão orientar o comportamento individual para os diferentes atores que estão envolvidos com as políticas públicas. E isso significa que, tanto do ponto de vista da ação do Estado como da ação coletiva da sociedade, como da ação individual dos profissionais que estão no interior do Sistema de Saúde, é preciso que haja muita clareza de quais são os compromissos que estão sendo respeitados nessa atuação.

A operação do serviço público é uma operação no vazio. É uma operação comprometida. Ou ela está comprometida com interesses dos dominantes, como ela esteve até agora no Sistema de Saúde, ou está comprometida com determinados interesses coletivos públicos, que passam então por superar, por deixar para trás determinadas práticas que, alguma forma, o Júlio apontou aqui. Passa por operar através de uma nova lógica, construir uma nova maneira de lidar com a coisa pública. Essas questões estão interligadas. É impossível pensar numa reforma do Estado com a profundidade que o SUS se propõe. E é impossível pensar numa construção de um novo modelo de atenção à saúde com as características que o SUS propõe, se não houver compromisso ético com esses valores, esses princípios, que estão na raiz dessa proposta, nesse modelo institucional.

Então, o que eu gostaria de colocar, para não alongar ainda mais essa fala inicial, para vocês que vão ficar aqui quatro dias num processo de discussão, é essa reflexão sobre as prioridades, sobre as mudanças que devem ser feitas no Sistema de Saúde, que são orientadas com muita clareza por alguns compromissos. É muito importante que, para vocês, os compromissos estejam claros. *Que tipo de Estado queremos construir? Que tipo de Sociedade queremos construir? Que tipo de Sistema de Saúde queremos construir?* E os valores que derem suporte a esse ideal que a gente for capaz de formular terão de ser os valores que vão orientar as políticas de saúde no momento da implementação. São esses valores que vão permitir julgar o que é prioritário, compatível com os compromissos éticos que a gente assume.

O que eu gostaria de deixar como proposta de reflexão é que, em cada momento de discussão e de escolha, pensássemos se isso realmente é um acréscimo à capacidade de o cidadão brasileiro executar o seu direito à saúde.

Boa noite.



Palavras de Agradecimento do Exmº Sr. Secretário de Saúde

Júlio Strübing Müller Neto

Gostaria de agradecer a brilhante palestra proferida pela Drª Elizabeth Barros e de me desculpar, com ela, pela falha na sua apresentação. Drª Elizabeth Barros é cientista social, está terminando o doutorado, cujo tema coincide com o de sua conferência. Na Unicamp, é funcionária do IPEA, do Ministério do Planejamento. Há muitos anos, trabalha e

coordena a Área de Saúde e Previdência Social do IPEA e trabalhou no Ministério da Saúde, assessorando o ministro. É uma das pessoas que coordenou o trabalho chamado "Grupo de Descentralização" do Ministério da Saúde, há alguns anos, cujo resultado mais palpável é a famosa e histórica NOB/93, que hoje regulamenta a organização do SUS no país. É uma satisfação muito grande tê-la conosco. Amanhã, estará coordenando a primeira mesa do período matutino, que iniciará às 8 horas. Temos que procurar cumprir com essa programação. Agradecemos a presença de todos vocês.

Boa noite.



PARTE II

CONSTRUINDO UM MO
DE ATENÇÃO À SAÚDE



CONFERÊNCIAS

Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida

MESA 1

Coordenadora: Elizabeth D. Barros

Debatedor: Eugênio Villaça Mendes

Experiência do Estado do Ceará

Francisca Maria Oliveira Andrade
Subsecretária de Saúde do Estado do Ceará

Vamos falar um pouco sobre as complexas interações entre os processos biológicos, ecológicos, culturais, econômicos e sociais, que se dão na sociedade, como produto da ação do homem frente à produção, à distribuição e ao consumo da riqueza social, nas condições de ser um ambiente físico, biológico e social. Temos que trabalhar, nesse novo modelo de atenção, com o conceito amplo de saúde, não sendo somente a ausência da doença, mas o completo bem-estar bio-psíquico-social. A questão, inclusive, da ecologia, do lazer e das relações de trabalho tem que ser pensada nesse novo modelo de atenção. Uma outra questão é mais geográfica. Peço desculpas por estar colocando essas questões mais teóricas, inicialmente, mas eu acho importante para que a gente possa entender a fala do professor Eugênio Villaça. Depois dessa mesa, ele vai detalhar mais. A questão da família, o domicílio, a comunidade, o município... como é que se dão essas relações? Essa é outra questão importante para que possamos entender o modelo.

Já é do conhecimento de todos vocês que, em Mato Grosso, está funcionando o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS; nós consideramos que esse foi o marco inicial para essa mudança no modelo. No Ceará, nós começamos com o PACS, ainda em 1988, e, hoje, nós já temos mais de 8.300 agentes de saúde trabalhando em todo o interior do Estado, mais 1.000 trabalhando na capital e essa iniciativa do PACS, na nossa opinião, foi o início da mudança no modelo. Modelo que, tradicionalmente,

é baseado no hospital, centrado na figura do médico, voltado para atender à demanda que chega no serviço de saúde; para atender às pessoas doentes. A inversão desse modelo começou com os agentes de saúde, com a implantação do PACS, que é voltado para a promoção da saúde das pessoas, para grupos de maior risco, tentando identificar, dentro da própria comunidade, grupos de maior risco que precisam de uma atenção diferenciada.

Foi sugerido que nós comentássemos, dentro desse novo modelo, que vamos passar a chamar agora de modelo de atenção à saúde da família, que é, na nossa visão, o papel do município, do Estado e da comunidade. Na verdade, o Programa de Saúde da Família, esse novo modelo, prevê parcerias na solução de problemas. Parceria nos três níveis de governo, Federal, Estadual e Municipal, seja da equipe de saúde com as comunidades, seja da equipe de saúde estadual ou municipal com os outros setores do próprio governo, numa ação intersetorial, seja também com outros órgãos não governamentais, para que a gente possa identificar os problemas de saúde, planejar as soluções para esses problemas, de forma mais participativa e, até, implementar as ações, seja de promoção da saúde ou de recuperação daquelas pessoas que estão doentes, de forma intersetorial. Então, esses dois princípios são importantes: a intersetorialidade e a participação comunitária.

Uma outra questão importante do modelo é a referência e contra-referência, questão da hierarquização, a organização dos diversos níveis de atendimento, a atenção primária, mais próxima das famílias; atenção secundária para os grupos que precisam de atenção mais complexa; e atenção terciária.

Quanto ao Programa de Saúde da Família, esse modelo de atenção que nós entendemos que contribui para melhorar a qualidade de vida, ele foi proposto pelo Ministério, para discussão, com o apoio do Estado do Ceará. No final de 93, houve a proposta de implantação nos vários Estados do Brasil desse novo modelo de atenção, baseado na Saúde da Família. Nós começamos no Ceará já em alguns municípios e, aqui, teremos a oportunidade de ouvir a ex-

periência de Itapiúna, já no início de 94. Temos alguns municípios do Ceará que estão com o Programa implantado há mais de dois anos.

Naquela época, o grupo de trabalho elaborou a proposta, a partir da coordenação do Ministério, propondo que tivéssemos esse modelo de atenção organizado de modo que, para cada mil famílias, existisse uma equipe de um médico, enfermeiro e uma média de oito a dez agentes de saúde. Nós estamos tentando, no Ceará, implantar esse Programa, só que começamos a ver que não íamos ter médicos e enfermeiros suficientes para atender a todas as famílias do Estado, com essa proporção.

Então, veio a sugestão de que nós continuássemos com uma média de 100 famílias por cada agente, uma média de mil famílias ou dez agentes por supervisor, que no geral é enfermeiro, mas algumas vezes é um outro profissional da equipe de saúde. E para cada 5 mil famílias, 3 médicos. Aí, começamos trabalhando 40 horas, de segunda a sexta, com essa nova visão de trabalhar a saúde, pensando no saneamento que aquela comunidade tem, na moradia.

Esse foi um aspecto fundamental que eu acho importante ressaltar aqui. A Secretaria de Estado de Saúde fez de tudo para conscientizar os prefeitos e secretários municipais de que a efetivação desse modelo depende da assessoria da SES, depende de recursos da assessoria do Ministério da Saúde e, essencialmente, do gestor municipal e do gestor da saúde do município. Então, esse foi um papel que a SES teve que desempenhar, que foi de sensibilização, de convencimento de que o modelo desse programa funciona. Então, eu vou apresentar como está a situação do PSF. Pelo último levantamento que fizemos, já temos o programa implantado em 57 municípios, com 220 equipes compostas de médico, enfermeiro e, algumas vezes, odontólogo, porque o gestor municipal decidiu que era importante ter esse profissional, também, na equipe; algumas vezes, assistente social, porque a visão do aspecto social da comunidade, muitas vezes, é o profissional do serviço social quem melhor tem. Isso depende muito dos recursos existentes para que se possa fazer. Há município em que estamos tentando experiência com psicólogo, com uma visão comunitária, até pensando num trabalho maior de redução dos problemas de saúde mental, de trabalhar a comunidade numa linha de psicologia comunitária. Então, nós fizemos recentemente convênio com mais 29 municípios e isso está em fase de implantação.

Eu falava para vocês que a SES tinha um papel fundamental na sensibilização dos prefeitos e secretários mu-

nicipais de saúde, mas um outro papel que a SES tem no programa é o de capacitar as equipes. Através da nossa Escola de Saúde Pública nós fazemos, inicialmente, um treinamento rápido, porque todo o mundo sabe que nossos profissionais, que saem da universidade, não têm uma boa visão dos problemas da comunidade. Infelizmente, a formação especializada é voltada para a segmentação do paciente, sem ver o paciente como ser humano, nessa visão mais holística que propõe o Programa. Temos um curso de especialização, que é feito ao longo de um ano, para aqueles grupos que podem vir, geralmente, no final de semana, na forma de módulos. Além disso, a SES faz todo o acompanhamento do programa, através de visita aos municípios, tentando orientar alguns aspectos que são importantes.

O que podemos dizer dos primeiros resultados? Atualmente, estamos tentando desenvolver um grande estudo com uma metodologia científica bem desenvolvida para que possamos comprovar esses resultados, como nós fizemos com o PACS, mostrando a melhoria do pré-natal, não só a cobertura, mas a qualidade. Esse estudo está sendo desenvolvido, não temos, ainda, os resultados. Mas, os depoimentos que chegam - Itapiúna vai dizer logo em seguida - mostram que, nos municípios onde há o Programa, mudou o perfil da internação; enquanto se tinha um hospital cheio de gente internada, com problemas simples, às vezes, infecção urinária, respiratória, hoje você tem muito menos pacientes internados e os pacientes, que estão lá internados, têm problemas mais complexos, que às vezes iam para a Capital e agora está sendo possível tratar lá no município. Eu estava analisando alguns dados antes de vir para cá. A questão do aleitamento materno: os agentes reclamavam muito que não conseguiam, sozinho, mudar o perfil do aleitamento materno no município. Era difícil convencer as pessoas a amamentarem, especialmente, até seis meses. Com a chegada desse reforço para a equipe, do médico e do enfermeiro, nós estamos observando que isso está melhorando. A própria questão do exame de prevenção do câncer nas mulheres... Havia poucas mulheres com coleta de prevenção, o próprio pré-natal. Então, são alguns indicativos dos resultados do Programa e, na verdade, eu acho muito importante essa mudança da visão do profissional. Não estou dizendo aqui que está tudo às mil maravilhas. Há colega médico que não olha para o paciente, que ainda não dispensa o tempo que deve dispensar com o paciente. Isso é um processo. Nós precisamos continuar trabalhando, dentro dessa visão, para conseguirmos, realmente, chegar àquele modelo

de atenção e àquela qualidade de atenção, seja, inicialmente, para promoção da saúde das pessoas, seja para recuperar as pessoas que já têm um problema de saúde, mas que, realmente, satisfaça aos anseios da nossa população.

E, para finalizar, como nós temos uma visão muito municipalizante ou municipalista da questão da saúde, trouxe aqui três transparências que eu acho importante, até porque eu sei que aqui há delegados de muitos municípios do Estado. Eu queria terminar reforçando a importância do sistema local de saúde, a partir de um bom gestor de saúde local, a partir de uma boa organização, de um bom acompanhamento da SES. Eu trouxe algumas frases que traduzem um pouco, o que na verdade, com a assessoria e com a coordenação da SES, nós queremos. Sonhos que queremos sonhar juntos lá no Ceará e acho que a gente pode sonhar, também, aqui em Mato Grosso. Sonhamos com um município que seja capaz de apoiar, integralmente, as pessoas. Sonhamos com um município onde todo cidadão, independentemente da raça, da renda e da religião, tenha igual acesso aos serviços, recursos e oportunidades. Imaginando aqui que para se ter saúde, voltando àquele conceito amplo de saúde, não basta ter acesso aos serviços de saúde, tem que ter acesso à moradia, a saneamento, à renda e à educação. Esse modelo de atenção, talvez, seja a forma que a gente pode, todo mundo sabe isso, teoricamente, mas não a maneira de exercitar praticamente esse conceito da integralidade. E, por fim, apesar de que a gente trouxe mais uma visão teórica, muito menos do que o aspecto de resultados, mas é uma característica nossa do Ceará essa coisa de otimismo, de acreditar que é possível. Para concluir, essa última frase, que é do Raul Seixas, se não me engano: “Sonho que se sonha só é só um sonho que se sonha só. Mas, sonho que se sonha junto é realidade”.

Muito obrigada. Eu fico à disposição para perguntas.

Experiência do Município de Itapiúna - Ceará

Adoneide Crispim da Silva Clementino
Secretária Municipal de Saúde de Itapiúna

Bom dia a todos. Nós queremos cumprimentar a mesa e agradecer a oportunidade de estarmos aqui nesse Estado tão bonito, nessa cidade tão acolhedora que é Cuiabá e poder dizer um pouco da nossa experiência em saúde, lá

no nosso pequeno município que é Itapiúna, que fica na região norte do Estado do Ceará, onde estamos tentando fazer, também, como vocês, um trabalho de saúde, mudando esse perfil, esse modelo antigo e tentando um novo. Eu acho que vocês já ouviram a minha apresentação, meu nome é Adoneide, sou Secretária de Saúde desse pequeno município, com 12 mil e 840 habitantes; não sei se aqui em Mato Grosso tem algum município desse porte. Sou médica pediatra e estou, lá, há alguns anos, tentando fazer esse trabalho. Estou, aqui, muito feliz, porque vejo uma plenária repleta, onde as pessoas de Cuiabá estão querendo fazer a festa da cidadania e isso é uma coisa muito importante. Vejo, aqui, aquilo que eu não sabia. Ontem, ao chegar, olhando os estandes, eu vi que, aqui, também, já se tem um programa de muita importância implantado, que é o PACS; isso é um avanço, já mostra que aqui em Cuiabá vocês estão fazendo um trabalho voltado para o novo modelo. Isso é uma coisa que a gente sente que, no Brasil, tudo está se modificando e o SUS está dando certo.

Então, gente, vocês vão me permitir apresentar aqui algumas transparências, porque venho de um município muito longe daqui, no Estado do Ceará, no sertão do Ceará. Nós trouxemos uma fita de nossa Conferência de Saúde. É um município que é parte sertão e parte serra. Nós vamos falar mesmo sobre modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida. Eu acho que muita gente aqui se pergunta: modelo de atenção para qualidade de vida... Modelo. Essa palavra é muito utilizada por todos nós que fazemos saúde e também por aqueles que não fazem saúde. Nós sabemos o modelo de uma casa, modelo de uma roupa, isso é modelo. E a Saúde tinha modelo, todo mundo dizia como era o modelo da saúde: as filas, pessoas morrendo, mortalidade infantil alta, mortalidade materna altíssima. Esse era o modelo que se apresentava anteriormente, antes da implantação do SUS.

Nós temos um outro modelo, pelo menos estamos tentando mostrar um outro modelo, que não seja verticalizado. Então, atenção à saúde, as pessoas estão voltadas para essa atenção, olhando a saúde com carinho, com amor, responsabilidade. Qualidade de vida... Quando você fala de qualidade de vida na saúde, você tem que falar de tudo, porque saúde hoje não é só você... Como anteriormente, no modelo antigo, era ver a doença. Hoje, você vê a saúde, que é um complexo, a moradia, o lazer, a prevenção das doenças. A saúde hoje é uma coisa bem ampla. Quando a gente fala de qualidade de vida, dessa inversão de modelo, a gente está falando de tudo isso aí. Em nosso município, começamos a adotar esse modelo. Esse mode-

lo só conseguiu começar a inverter porque nós temos primeiro a vontade política de querer fazer. É o povo e o governo juntos querendo fazer com que a saúde mude. Porque nenhum governo só consegue fazer com que isso aconteça. Tem que o povo andar junto com o governo. Isso está acontecendo em nosso município. Lá, alguém disse, não fomos nós, que Itapiúna constitui um modelo encorajador. Essa saúde, nós temos essa curva ascendente, porque a nossa missão, quando nós nos reunimos no início da administração, levantamos todas as nossas questões. Essas questões foram concluídas com essa missão, que estão um pouco apagadas, mas dá para eu ler: elevar a qualidade de vida da população através de um desenvolvimento solidário e auto-sustentável. Essa foi uma missão que a própria comunidade decidiu: que Itapiúna deveria caminhar por aí. Isso constituiu em Itapiúna esse modelo de saúde, modelo encorajador que foi dito por pessoas que acreditaram em nosso serviço e, visitando Itapiúna, essas pessoas disseram isso para nós. Isso ficou marcado em todo itapiunense e não podemos esquecer, temos que continuar com essa coragem.

Mas, nós temos que mostrar para vocês o pouco do nosso município. Com esse município que tem uma população pelo IBGE/91 de 12 mil e 840 habitantes, coisa bem diferente do nosso censo feito pelos agentes comunitários de saúde, em torno de 17 mil; está localizado no maciço do Baturité, a 110 quilômetros de Fortaleza, uma hora e meia pela CE-021; tem uma extensão territorial de 562 quilômetros quadrados e a sua economia básica é a agricultura de subsistência. Nosso povo é muito pobre, como quase todo o povo brasileiro. Temos ainda como economia a exploração mineral, o comércio e o cooperativismo, que é adotado dentro do nosso município. A renda de Itapiúna, de todas as receitas arrecadadas pelo município, tem uma *per capita* de 15,56 reais habitantes/mês. Isso significa dizer que todo dinheiro que entra no município, se for dividir com cada habitante, caberia para cada um R\$ 15,56/mês. Desses 15, apenas R\$ 5,30 ficam na Saúde. A saúde do município de Itapiúna: a Prefeitura junto com o Estado e com o Ministério da Saúde, nós fazemos uma soma, onde há uma *per capita* de R\$ 5,30. Investe-se na saúde de Itapiúna/mês, desse conjunto do município, 34% em saúde. Esse é o recurso que a saúde tem para fazer o seu trabalho.

Queríamos mostrar um pouco da nossa organização... Temos um hospital pequeno, de 45 leitos; temos um centro de saúde e sete postos de saúde. Somos 14 médicos nesse pequeno município. Temos três cirurgias, dois obs-

tetras, um pediatra, quatro clínicos, um anestesista, um ginecologista e dois oftalmologistas. Temos sete enfermeiros, quatro dentistas, uma nutricionista, um veterinário, 32 agentes comunitários de saúde, 62 profissionais de nível médio e oito auxiliares de serviços gerais. Esse é o pessoal que trabalha conosco na saúde, essa é a nossa grande sustentabilidade, nossa equipe de trabalho. É uma equipe abnegada, comprometida, que consegue fazer saúde num dos pequenos municípios do Ceará. Como a Tati também disse aqui, lá não é tudo bom como pensamos. Ainda há muitas coisas das quais que temos que romper as barreiras. Nós vimos que esses problemas estavam na questão do modelo de gestão, o modelo da atenção e questão da cultura da população. Nós tínhamos que romper isso aí. O modelo antigo, a gente viu que não podia continuar. Aquele modelo voltado só para o hospital, só para o médico; o médico, sentado no consultório, esperando o paciente chegar. Isso não pode mais acontecer. O profissional teve que entender essa nova visão de fazer saúde e mudar esse modelo.

O modelo de atenção, hoje, à saúde é tudo para todos nós. Isso foi rompido para nós. Pouco a pouco, fomos trabalhando a questão da cultura. A população passou a ser estimulada a cobrar, evitar a centralização; as coisas são verticalizadas. A decisão da saúde no nosso município era tomada em Brasília, ou em nível do Estado, ou no gabinete do prefeito; isso não ocorreria se a descentralização, realmente, acontecesse de forma administrativa e financeira, e isso aconteceu. Então, o município começou a ser o gerador de políticas criativas e inovadoras. A equipe se reúne, vai para o campo, vamos ouvir a população, vamos ver o que nosso povo pensa para a saúde. Começamos a operacionalizar os recursos da saúde, criando o Fundo Municipal de Saúde. Esse Fundo, onde o gestor municipal da saúde e a tesoureira da Prefeitura Municipal são os responsáveis, ao lado do Conselho Municipal de Saúde, órgão fiscalizador e que também delibera, junto com o Secretário de Saúde e a equipe que dirige a saúde. Então, a partir daí, não tirando o poder do gestor, nós não queríamos aqui fazer nenhum confronto com o prefeito, com o administrador maior do município, mas houve uma consciência política desse gestor que o poder tinha que ser diluído com a saúde. Então, houve a diluição do poder do prefeito, autonomia do Secretário de Saúde; houve um plano de aplicação de recursos, a partir das prioridades. Isso não se discute, isso é uma coisa para a saúde acontecer e ter resultados; tem que começar por aí. Isso é uma coisa muito séria, um ponto de partida.

Nós começamos a entender que o nosso município não podia mais continuar como antes. Éramos pequenos, mas éramos ousados. Tínhamos que melhorar, sempre. Em novembro de 1994, nós entrávamos na Gestão Semiplena da Saúde. A Gestão Semiplena traz-nos mais autonomia, onde o repasse do recurso do financiamento da saúde é um repasse Fundo a Fundo, não tem intermediários; todo o recurso da saúde vem direto do Fundo Nacional ao Fundo Municipal de Saúde. Isso é feito junto com a SES do Estado. Na época, somente quatro municípios do Estado do Ceará entraram nessa gestão e Itapiúna foi um deles. Então, terminou aquela questão, aquela lógica de que quanto mais internar, quanto mais hospital cheio, quanto mais doentes no município, as pessoas estavam em busca disso aí... Nós começamos a inverter, porque, quando você chega nessa Gestão Semiplena, você já tem um nível de organização no seu município e as coisas são bem diferentes.

Hoje, a nossa população tem que estar sadia, os profissionais no campo, o Agente Comunitário de Saúde trabalhando, conhecendo sua população, sendo aquela verdadeira liderança e os profissionais vestindo a camisa da saúde e fazendo Saúde Pública de verdade. Então, o município começa a exercer um verdadeiro controle e avaliação desse trabalho. Os dados epidemiológicos passam a ser gerados no próprio município e acaba também a história da verticalização. Então, foi assim que o modelo de atenção começou a acontecer e nós tínhamos colocado antes, que era a inversão do modelo de atenção. Para acontecer isso, nós tínhamos que construir os nossos SILOS – Sistemas Locais de Saúde. Para eles serem construídos, contamos com o apoio da SES, na questão da cooperação técnica, que antes reuniu os prefeitos, os secretários de saúde e perguntaram quais os municípios que queriam essa cooperação. Os municípios que se colocam nessa vontade, lá está o Estado oferecendo todo esse apoio.

Oficinas foram feitas com todos os profissionais: os agentes comunitários de saúde, os profissionais de saúde, os professores. Foi feita a Oficina de Territorialização, onde você passa a conhecer passo a passo o seu município, conhecendo todos os seus agravos. Então, a partir daí, se aplica a estimativa rápida, um questionário que os agentes de saúde trabalham no momento da territorialização, para você entrar no planejamento estratégico situacional. A partir daí, você tem uma visão de como está o seu município, na questão da saúde. Então assim você começa a mudar, porque você identifica todos os problemas do seu município. Você ficou conhecedor e pode, pois, agora, ver o que é prioridade, quais são as áreas de risco, onde você

pode aplicar o seu trabalho para ter uma resposta mais rápida. Então, começou, aí, a hierarquia de serviço, a parceria interinstitucional, e o PSF como novo modelo de atenção.

Temos que mostrar para vocês como é feita essa parceria interinstitucional. Em nível federal, o Ministério da Saúde, através da Norma Operacional Básica – NOB/93, definiu-se a questão do modelo de gestão na saúde dos municípios. A questão da gestão incipiente, quando o município logo se candidata à questão da municipalização, depois vem a Gestão Parcial e a Semiplena. Já na NOB/96 havia uma outra alteração, que é a Gestão Plena. Em nosso município, a questão da parceria interinstitucional ficou dessa forma: a forma de financiamento ficou com o governo federal, que é definido quanto vem para os municípios em Semiplena e, a cada dia 10 do mês, esse dinheiro entra na conta do Fundo Municipal de Saúde – FMS. O Estado ficou na parte da cooperação técnica e na parte de organizar e fortalecer o SILOS, onde nós temos uma Escola de Saúde Pública no Ceará, que congrega todos os secretários de saúde, para fortalecer o trabalho dos secretários, formando-os em cursos de especialização e de gerenciamento. Inclusive, eu sou um deles, onde faço esse curso de especialização.

A Escola de Saúde, além de outros cursos que vem desenvolvendo, também está fortalecendo a questão dos profissionais do PSF. A Escola de Saúde Pública forma, faz um curso de especialização para esses profissionais e o município ficou na questão da operacionalização do SILOS, onde ele está com o PSF, invertendo o modelo de atenção, controlando e fazendo embasamento no quadro epidemiológico.

Então, isso não é difícil, vocês lembram muito bem disso aqui hoje. Quando nós falamos de modelo de atenção temos que falar na Saúde da Família, como era a coisa antes e como é agora. Antes nós tínhamos a saúde centrada no doente, hoje nós temos uma saúde centrada na pessoa saudável. Nós queremos que nossos munícipes, que as pessoas que estão conosco, estejam saudáveis. Antes, nós tínhamos um poder exclusivo do médico, hoje é uma equipe multiprofissional; todos nós temos um mesmo valor, estamos em pé de igualdade. Antes, nós centrávamos toda atenção no hospital, hoje, nós temos uma atenção centrada na família. Antes nós tínhamos ações totalmente verticalizadas, já chegava um programa novo no município e tinha que ser implantado; isso não acontece mais, as coisas têm que nascer no município, porque é lá onde o

povo vive e é o povo que tem que decidir o que tem que ser feito. As ações são ascendentes, o povo decide e faz junto as ações.

A demanda, antes, era espontânea. As pessoas, como todos nós, ficavam dentro de nossos casulos, nos hospitais, nos centros de saúde, esperando que o povo viesse à nossa procura. Hoje, nós saímos de dentro do hospital, dos postos de saúde e vamos buscar o nosso povo. Fazemos nossas visitas domiciliares, fazemos nossas reuniões e começamos a fazer a Educação em Saúde. Antes, tratava-se, apenas, parte do indivíduo: era a questão das especializações médicas que têm que existir; é uma segurança que nós precisamos, mas acontece que o médico hoje tem que ser generalista, para ir para o interior.

Eu sou pediatra, mas faço a parte de obstetrícia, neurologia, cardiologia; tem-se que fazer tudo. Não posso fazer, apenas, atendimento em pediatria. A questão do setor saúde... Não se ouvia mais nada no município; hoje a coisa é bem diferente. Você está integrando não só todos os profissionais que fazem a saúde; todo mundo sabe o que faz e se junta para fazer a mesma coisa. É a questão de você fazer junto com as demais secretarias, é importante, principalmente, Educação e Saúde, que andam muito juntas. Não podemos fazer um trabalho desses sem trabalhar o social, a saúde e educação. Com essa mudança, nós vimos que a cultura foi muito importante, que o nosso povo precisava da mudança cultural para a qualidade de vida.

Então, o povo teve que entender e começar a participar, em todos os momentos desse trabalho, para entender que nós tínhamos que ter uma conscientização para diminuir o uso de medicamentos, porque o gasto era uma coisa absurda. O povo adoecia demais e tinha que tomar medicamentos. Hoje, se o povo adoece menos, é lógico que se precisa de menos medicamentos. O povo começou a entender que medicamento era uma coisa, que até certo ponto, prejudicava o seu corpo. As crianças, principalmente. Nós tínhamos que pegar toda aquela gente que faz saúde e capacitar o pessoal, desde a lavadeira até o médico. Todo mundo teve que ser capacitado para entender o novo modelo, porque senão não adiantava o médico dizer uma coisa na maternidade, na palestra com as gestantes, falar sobre o aleitamento materno e vem a moça que vai fazer a cama da paciente e, se ela não tivesse sido treinada, ia dizer: 'não acredite nisso, isso é perda de tempo'. Ela, também, teve de ser treinada para entender porque esse modelo é importante.

Todo mundo fala a mesma linguagem, o vigia, a lavadeira, a cozinheira, todo mundo lá tem que entender porque esse modelo é importante. Houve uma adesão ao SUS e o consenso de linguagem. E nós conseguimos levar para a comunidade um serviço que existe dentro da Escola de Saúde Pública, o nosso projeto de cultura popular para a vida. Esse projeto é de teatro. Nós, profissionais de saúde, enfermeiros, médicos e agentes comunitários, a população... Todo mundo está no meio. É um teatro imenso. A gente sai no meio da rua, cantando, saltando, pulando, falando sobre saúde. Se nós tivemos no Ceará casos de cólera, em nosso município há três anos não temos. Quando nós temos dengue ou a questão do planejamento familiar, das DST'S, da AIDS, a gente arma uma pequena peça e todos nós saímos à rua. Coloca-se uma roupa diferente, pinta-se a cara, e sai fazendo teatro na rua para o povo entender. É um teatro aberto, na rua. Isso o jovem faz, nós profissionais estamos envolvidos, é uma coisa lindíssima e importantíssima. Você passa as informações com maior facilidade, as pessoas ouvem e querem também se envolver nessa questão.

Na questão da educação alimentar, todos nós achamos que somos muito pobres e não temos condições. Nossa lei de nutrição está condicionada a nosso dinheiro para comprar a carne, uma coisa mais sofisticada para comer. A gente começou a mostrar que existe muita coisa boa em nosso quintal que a gente podia utilizar para melhorar a condição da nossa nutrição. Começamos a falar na questão da "multimistura". Foi assim que nós chegamos com alguns indicadores que hoje são orgulho para o nosso povo e com que nós trabalhamos com muita responsabilidade, mostrando para o Brasil o Ceará, para todos nós, isso aí. Nós estamos hoje com a mortalidade infantil de 16,7 por mil crianças que nascem no município; a cobertura vacinal de 100%; estamos com crianças de zero a seis anos com o peso em dia. Temos 96% das nossas crianças pesadas mensalmente. Tivemos uma redução no internamento hospitalar em 18%, enquanto o aumento dos partos hospitalares aconteceu em 34%. Em nosso município nenhuma gestante tem bebê, em casa, todas elas, onde estiverem, têm autorização, da Secretaria de Saúde e do governo municipal, de pegarem um carro, onde estiverem, e irem para o hospital que a prefeitura paga: é a questão da segurança do parto. Elas vêm e os partos são feitos no hospital. O número de partos normais foi de 91,8%; o de cesárea, 8,2%. A mortalidade materna há três anos é zero. Gestantes com pré-natal em dia: 89%. O aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, 66%. No início da gestação, es-

távamos dessa forma: mortalidade infantil de 72/1000; caímos, em 94, para 52/1000 e, em 95, para 16,7/1000.

Acho que é importante essa visão de se fazer saúde e nós não podemos, às vezes, deixar que as coisas negativas possam superar a vontade de fazer a esperança que nós guardamos dentro de cada um de nós e defender a questão do SUS. Temos que ter uma visão humanística com o SUS. Sabemos que há alguns entraves, a questão do financiamento, é muito séria no País. Acredito que vamos avançar nisso aí. O nosso município conseguiu inverter e mostrou que o SUS deu certo. Devemos mostrar que temos que avançar nesse modelo de co-gestão, dividir responsabilidades com a sociedade, pois a gestão deve ser pública e menos estatal. Nós queremos repassar esse desenvolvimento com indicadores sociais diferentes e não só com indicadores econômicos e de produção. Eu tenho certeza que a NOB/96, vem aperfeiçoar mais o SUS e nunca destruir. Se cada um de nós pensar e olhar com mais amor e determinação, constataremos que o SUS veio para dar certo. Não podemos deixar que as pessoas, que não acreditam nele, possam destruí-lo, pois é uma conquista da cidadania.

Então, para que pudéssemos chegar a tudo isso, foi, através dessa meta, que reunimos toda a comunidade, todo o nosso povo, e, numa discussão ampla de três dias, descobrimos que queríamos reduzir a mortalidade em Itapiúna, naquele momento. Reunimo-nos, pois, com vários psicólogos, com todos os funcionários, com participação da população e chegamos à definição de que, através da comunicação, nós podíamos combater a mortalidade infantil: capacitando a equipe de saúde; fazendo uma cobertura vacinal de 100% e também a cobertura de pré-natal; acompanhamento ao puerpério; incentivo ao aleitamento materno até o sexto mês de vida; manter 100% de cobertura vacinal; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; combate à desnutrição com o Programa de Leite é Saúde e nós acrescentamos a multimistura nesse leite; monitorizando as diarreias e fazendo parcerias com entidades a fim de fazer uma reorganização do serviço de informação.

Então, gente, essa é Itapiúna. Nós teríamos mais coisas para mostrar. Acredito que podemos enriquecer um pouco mais, pois há outras apresentações. Mato Grosso é um Estado rico, tem um potencial, uma vontade de fazer. Ontem, ouvimos a palavra do governador... Então, é um Estado forte. Tenho uma equipe de trabalho determinada, eu acredito que, aqui, as coisas possam caminhar muito bem. Alguém já deve estar fazendo bons trabalhos, aqui.

Colocamo-nos à disposição, naquilo que pudermos contribuir, lá no Ceará, em Itapiúna. Agradeço à Comissão Organizadora, às pessoas que nos convidaram e o caminho é esse. É a busca pela cidadania, incluída nela está o nosso SUS, vamos defendê-lo.

Muito obrigada.

Experiência do Prefeito de Itapiúna - Ceará

José Clementino Ferreira
Exmº Prefeito de Itapiúna

Bom dia a todos.

Gostaria de cumprimentar todos os componentes da mesa e agradecer a oportunidade de fazer esse pequeno relato, sobre a nossa, também, pequena experiência. Como já foi caracterizado, o nosso município é de pequeno porte, de pessoas pobres e que buscam, através da participação, de um trabalho solidário, um melhor espaço como ser humano, buscando a melhor condição de vida. Tudo isso, na verdade, parte de uma decisão política de melhor gerenciar os recursos públicos e buscar, no povo, a parceria, e com ele definir as prioridades. Aí, a nossa missão que foi a ação primeira do governo, que se instalou em Itapiúna em 01/01/93, quando nós, através de reuniões sucessivas, chegamos à conclusão de que o governo que se instalava naquele momento tinha uma missão a cumprir: elevar o nível de vida da população, através de um desenvolvimento solidário e auto-sustentável. Portanto, com a participação efetiva da população. Daí, houve imediatamente diluição do nosso poder enquanto prefeito, escolhido pelo povo.

Tivemos, também, a coragem de devolver a esse povo o poder que nos foi dado. A democracia passa a ser executada plenamente, tanto na forma representativa por nós e os vereadores, como na forma representativa da sociedade civil organizada, através dos Conselhos Comunitários, Conselhos de Saúde, de Assistência Social, de Nutrição, da Merenda Escolar, enfim, terminando no grande Conselho que é o CMDS – Conselho Municipal de Desenvolvimento Sustentado – um Conselho onde temos os mosaicos sociais do município; nele há toda a representatividade e lá nós chamamos de Fórum da Cidadania, onde se debatem todas as questões, os nossos problemas, ações que possam melhorar o nível de vida no cumprimento daquela missão. Daí, começamos a priorizar as ações públicas que de-

veríamos fazer com os poucos recursos financeiros que chegam ao Tesouro Municipal e, depois de priorizado, hierarquizar essas prioridades.

Então, ficou bem patente, nesse grupo de reuniões, que o município teria que buscar na educação, na saúde e na renda a melhoria de vida do cidadão itapiunense, com sua participação. O primeiro momento foi exatamente na busca de melhoria de vida, tentando oferecer o melhor serviço de saúde. Logicamente, saúde não é apenas a ausência do agravo, mas, também, o bem-estar geral do cidadão. Para isso, nós temos que ter a intersetorialidade e a aplicação dos recursos em tudo o que contribui para melhor condição de vida, moradia, renda, educação; e nós sabemos que povo nenhum do mundo se desenvolveu e nem se desenvolverá sem o mínimo, sem o básico de escolaridade. Daí, a eleição de educação, saúde e renda como metas mestras, como linhas que orientam o governo municipal de Itapiúna.

Daí, fizemos vários seminários para avaliarmos o Sistema de Saúde, o Sistema de Educação em nosso município. Fomos ver a rede física, estudar como anda a educação, a escola em si, o gerenciamento da escola, a administração escolar, como está o aluno, como está a auto-estima do trabalhador da educação. E, depois de tudo isso, a comunidade nos apontou o caminho e atendemos a todas as reivindicações daquele povo e passamos, então, agora em 96, a termos 98% das crianças em idade escolar matriculadas em nosso município. Nenhuma fica fora da escola por falta de vagas. Essa escola tem um professor motivado, embora com salário baixo, mas motivado, com pelo menos o salário mínimo e material didático-pedagógico e reciclagem. Apoiamos a educação, desde a pré-escola até o 3º Grau, com repasse pelo município ao Instituto que faz parte da nossa Universidade Estadual, um campus avançado da UECE, na nossa região. Repassamos, por mês, 1% para manutenção deste campus avançado, na tentativa de oportunizar, às pessoas de Itapiúna, o ingresso nas universidades que ficam a 25 quilômetros de Itapiúna e, por outro lado, no município vizinho de Quixadá; também oferecemos as condições para que, principalmente, o funcionário público e o professor, melhor se capacitem. Na zona rural, urbana, existe a rede física capacitada, inclusive, para algumas comunidades rurais e já há até a oitava série no local, sem se deslocar para a sede do município.

Quanto à saúde, vocês viram, na verdade, o que está acontecendo. Houve verdadeira inversão do modelo de atenção, onde na verdade se busca um atendimento

constante e uma vigilância permanente à saúde. Hoje, os programas já estão implantados, como Saúde da Mulher, onde se tem prevenção do câncer ginecológico, inclusive descentralizado na zona rural; na periferia do município faz-se a coleta, em massa, da citologia e no município faz-se a citoscopia e exames mais sofisticados, com biópsias e alguma coisa a mais; planejamento familiar e pré-natal de baixo e alto risco. Toda mulher do município faz pré-natal onde ela mora ou nas proximidades de sua casa; a equipe se desloca para lá. A coleta do material de laboratório também é feita na comunidade, ninguém se desloca para a sede.

A mulher, no momento em que lhe é dada a assistência para o pré-natal, ela é informada de todas as modificações fisiológicas por que passa seu corpo e, também, é orientada para o aleitamento materno, às condições de puerpério e, o importante, ela sabe que é um direito dela de cidadã, o transporte para garantir a maternidade segura e humanizada em nosso hospital municipal. Na tentativa de fixar o homem no campo, é importante ter educação, assistência médico-odontológica, através de convênio com o governo do Estado, sendo o município apenas o intermediário. Buscamos recursos de uma fonte específica do nosso governo estadual para fortalecer o setor primário, naquela onde o município tem mais característica, que é o caso específico de agroindústria de beneficiamento de castanha-de-caju, produção de cajuína, doce de caju, que deve ser aproveitado para merenda escolar. Sem mudar os hábitos alimentares da nossa comunidade, estamos enriquecendo, ainda, a merenda escolar.

Também temos um projeto de agricultura, em que o município faz uma espécie de troca-troca, ajudando o trabalhador, principalmente o mais humilde que não tem capital, no preparo de solo. O governo do Estado oferece a semente e eles nos pagam com o produto de seu trabalho, que inclusive faz parte de um banco de semente ou vai fazer parte da merenda escolar do nosso município, o milho, feijão, essas coisas que eles produzem. Também estamos desenvolvendo um projeto ousado de piscicultura, onde nós integramos várias comunidades e criamos peixes superintensivamente em tanques-gaiolas e no meio do açude do manancial, em que foi feita uma experiência-piloto, bancada pelo município. Esse projeto foi, logo em seguida, abraçado pelo governo do Estado, através do nosso projeto de apoio às comunidades, o Projeto São José, em que cinco comunidades se integram. Uma comunidade está nesse momento instalando uma unidade produtora de alevinos, que deverá produzir um milhão de alevinos

por ano. Outra comunidade está implantando a indústria de produção de ração para a engorda do peixe. E três outras comunidades fazendo os tanques-gaiolas para engordar o peixe; adquire-se o alevino naquela comunidade e a ração nessa outra, engordando o peixe e, com seis meses, retornando para aquela comunidade inicial, onde vai ser beneficiado, filetado. A carcaça do peixe volta para a indústria de alimentos, indústria de ração do peixe, para enriquecer com o que não foi aproveitado para o uso humano.

Temos ainda o nosso recurso mineral. Temos uma escola de lapidação de pedras semipreciosas, onde formamos mais de 40 jovens e criamos a cooperativa dos artesãos minerais e lapidadores. E através do Projeto São José, estamos instalando, também, um galpão, que já foi construído e adquirindo as máquinas. São jovens capacitando-se e, na verdade, preparando-se, como profissionais, através de seu suor, da sua energia, sua inteligência, para ganhar sua própria vida. Também temos boas experiências com cooperativas de confeccionistas de jeans. Temos três fábricas de jeans, produzindo 40 peças por dia, cada uma, na sede do município e nos distritos; oferecendo trabalho a pessoas, literalmente, excluídas do mercado de trabalho. Pessoas que não tinham a menor habilidade na costura, foram treinadas, foram capacitadas e hoje são donas de seus negócios. Uma parceria perfeita: a comunidade se organiza em cooperativa, o município e o Estado edificam a fábrica e capacitamos essa gente toda. O BNDES oferece crédito e a iniciativa privada contrata mão-de-obra, oferecendo matéria-prima e colocando no mercado.

Dessa forma, a gente está realmente fazendo a intersectorialidade, trazendo a renda, o emprego, a melhoria da educação e, logicamente, tendo a população a compreensão maior e participando efetivamente com mais consciência para mudança desse quadro. Com isso, não queremos dizer que Itapiúna é uma ilha de prosperidade, que lá não existe fome, miséria, pessoas carentes. Existem muitas necessidades. Isso é apenas um trabalho que está sendo iniciado e que deve ser continuado, porque essa missão tem que ser garantida, nossa ação tem que ter sustentabilidade e não pode ter sustentabilidade sem a participação consciente. Portanto, sem uma educação emancipadora, libertadora, essa pequena experiência de Itapiúna não vingará.

Não viemos aqui para contar vantagens, mas, para dizer o lado bom, e dizer que existe uma decisão política do governo do Estado do Ceará e dos municípios cearenses em transformar a nossa pobreza numa vida digna, em que

o cidadão possa dizer que está construindo um futuro e uma sociedade mais humana, mais fraterna e economicamente mais solidária e, desta forma, nós queremos que, município a município, embora em regiões diferentes, embora num Brasil cheio de desigualdades, possamos fazer um plano para os desiguais, promovendo o desenvolvimento igual.

Muito obrigado.

Experiência do Município de Vila Rica - MT

Eleuza Procópio de Souza Martinelli
Secretária Municipal de Saúde de Vila Rica

Bom dia a todos.

É um prazer muito grande estar aqui na III Conferência Estadual de Saúde para mostrar um pouquinho do trabalho de Vila Rica. Parabênizos ao pessoal de Itapiúna pelo belíssimo trabalho que vem desenvolvendo, e se Itapiúna, que é um município pequeno e pobre como o nosso, conseguiu, certamente, nós também conseguiremos. Só vai depender da nossa boa vontade. Eu sou enfermeira, trabalho com saúde pública há quase quatro anos. No início, em 93, fui contratada como chefe do Centro de Saúde e, só a partir de abril último, eu assumi a Secretaria Municipal de Saúde. Quando, em 93, eu cheguei ao Centro de Saúde e vi apenas um consultório médico, que estava sem médico, as vacinas das crianças todas atrasadas e o pessoal com uma visão muito assistencialista na saúde, fiquei muito preocupada. Junto com a Dr^a Ângela, que na época era Secretária Municipal de Saúde, procuramos reorganizar esse trabalho.

O Conselho Municipal de Saúde estava desativado; havia dois anos que não se reunia. Nós reorganizamos esse Conselho, criamos o Fundo Municipal de Saúde (FMS). Hoje, esse Conselho se reúne mensalmente e uma das eternas brigas é pelo número de AIH's. Eu sempre coloco que não temos que estar brigando para aumentar o número de AIH's, temos que lutar para que não precisemos dessas AIH's e que elas passem a sobrar no município.

Em 94, realizamos a I Conferência Municipal de Saúde e, fundamentadas nas propostas que saíram dessa Conferência, começamos a fazer um trabalho e iniciamos a coleta de dados, já que, em 93, havia dados a respeito do município. Vou passar umas transparências para vocês terem uma idéia do perfil epidemiológico de Vila Rica: relação de nascidos vivos. Nós temos um índice muito alto de cesariana, isso porque há médicos, no município, que ain-

da não estão trabalhando conosco nessa parte de educação em saúde. Então, temos índice alto: 38% de parto cesariana; já conseguimos diminuir muito esse índice. Os partos hospitalares, 271, partos domiciliares, 10%, nascidos vivos: 268 por ano.

O nosso coeficiente de mortalidade infantil é de 10/1000. Quanto a menores de um ano, atendidos no Centro de Saúde em 95, em consultas médicas e em enfermagem, tivemos alto índice de diarreia, 30 e poucos por cento, depois acompanhado de IRA e dermatose. Nós temos esse problema de pele em Vila Rica. Causas de óbito: prematuridade – tivemos dois óbitos. O maior número em 95 foi homicídio. Muita gente fica na divisa do Pará, onde há muita migração, gente que vai para Vila Rica na esperança de encontrar trabalho. Vai pessoal de Goiás; fica perto do Tocantins, área de muita migração. Então, o peão fica rodando e dá muito problema, fica nas pensões e são problemas de causa externa difíceis, porque não depende só da saúde, isso é um problema sério.

Na II Conferência foram levantadas várias propostas no sentido de melhorar esse quadro, visando a diminuir esse homicídio em Vila Rica. Mesmo antes de a Dr^a Ângela assumir a gestão em 93, ela já realizava um trabalho em Vila Rica, mesmo sem ser secretária de saúde, sem estar ligada à Secretaria Municipal de Saúde – SMS. Junto com o MOPS e com a Paróquia Evangélica de Confissões Luterana, ela desenvolveu um projeto de controle da malária na agrovila Cantagalo, uma zona de maior endemia de malária. Foi em 92 que ela elaborou o programa e ficou como coordenadora técnica dele. A área da agrovila Cantagalo tem 19.250 hectares com uma população de 510 pessoas, em 92, 102 famílias. Formam cinco comunidades na agrovila Cantagalo; o projeto foi desenvolvido em três comunidades e parte de mais uma, a comunidade Consoladora, com uma população de 239 habitantes. Dessas, 172 tiveram malária, com taxa de ataque de 71,1%. Destes, 48 fizeram tratamento somente na Fundação e 124 na Fundação e no hospital. Havia sete complicações de coma malárico, 22 de hepatite e 66 tiveram caso de malária no ano de 92 (81,5%). Das 66 famílias acometidas pela malária, pelo menos uma pessoa ficou hospitalizada.

Era um problema seríssimo a malária em nosso município. Em 1993, houve 88 casos de internações. Em 1994, eles foram reduzidos para 52 e, em 1995, tivemos 14 casos de internações. Em 91, foi quando as comunidades se preocuparam e viram que 69% das internações dos casos de malária, em Vila Rica, eram da agrovila de Cantagalo. Então, em 92, elaboraram esse projeto. A execução desse

projeto fez cair, em 95, de 47 para 32 casos, sendo 19% apenas dessa agrovila Cantagalo.

Como se conseguiu isso? Colocando postos de coleta e postos de notificação na área endêmica, nas próprias comunidades. Quando a pessoa começava a sentir os primeiros sintomas, os postos estavam mais perto e faziam o diagnóstico mais rápido, evitando contaminação de outras pessoas, diminuindo, assim, o índice de malária. As borrições, também, foram mais frequentes. Em 93, quando ela começou, houve parceria com a Fundação Nacional de Saúde – FNS, que também colocou postos de notificação. Nós treinamos o pessoal, mandamos para Cuiabá a fim de fazer treinamento para ver se havia esse diagnóstico mais rápido, e assim diminuir essa incidência de malária. Essa parceria com o MOPS e com a FNS foi importante para se conseguir diminuir esse índice.

O papel da FNS em Vila Rica é muito importante; trabalhamos, sempre, em parceria com ela. Em maio/96, tivemos apenas dois casos de malária, a população de Cantagalo até acha estranho. Pegamos esse pessoal dos postos para trabalhar nas visitas domiciliares, para ajudar os agentes de saúde do PACS, assim, realmente, o número de casos caiu bastante na agrovila, devido a esse projeto junto com a Igreja Luterana, MOPS, a FNS e SMS.

Além dessas parcerias com a FNS, trabalhamos também com a EMPAER, INDEA, todos que estão dispostos a trabalhar, a ajudar. Não deixamos ninguém de fora: igrejas, grupos de mulheres, igreja católica. Temos que unir com todos eles para conseguir essa saúde que queremos, o SUS pelo qual estamos lutando para ter. Não podemos desacreditar do SUS, porque se isso acontecer, nós estamos desacreditando em nós mesmos. E somos nós que vamos construir o SUS.

Vou mostrar, em slides, os trabalhos que estamos fazendo. Esse aí é nosso grupo de gestantes. Quando eu entrei em 93, dentro do Programa da Mulher, criamos o Programa da Gestante, que foi coordenado por mim desde o início. No começo não foi fácil, porque a maioria da população achava que o pré-natal só podia ser realizado por médico. Foi difícil implantar a consulta de enfermagem em Vila Rica, mas hoje estamos com um grupo grande. Com o trabalho dos agentes de saúde do PACS, estamos conseguindo que 90% das gestantes do município façam o pré-natal. Antes, elas iam procurar o Centro de Saúde já no 7º mês de gravidez. Atualmente, no início do 6º mês já estão indo procurar o referido centro, graças ao trabalho dos agentes do PACS.

Este slide mostra o acompanhamento feito no Centro de Saúde, toda sexta-feira; aumentou o número de gestantes e ficou para quarta ou sexta-feira, que eu vou ao Centro de Saúde de manhã para atender essas gestantes. Paralelo ao programa de gestante no Centro de Saúde, nós temos um curso para gestantes mais carentes. Lá, elas participam de palestras, de reuniões semanais e, toda semana, vai um palestrante, um enfermeiro, um odontólogo, um médico, o pessoal da EMPAER, para falar sobre alimentação alternativa e elas trabalham o enxoval delas. Fornecemos o material. Esse programa é coordenado pela parte de assistência social.

O município de Vila Rica está conseguindo um índice muito alto de aleitamento materno. Em fevereiro foi realizado um curso de aleitamento materno. Trouxemos pessoal do Centro de Lactação de Santos, a Dr^a Keiko Terue e Paulo Baldin, com a participação do Dr. Roberto Vinagre daqui de Cuiabá, que esteve lá ministrando esse curso de aleitamento materno. Colocamos todos os agentes de saúde para fazer, o pessoal da área de educação também e, como a Adoneide colocou, do vigia à faxineira, todo mundo fez o curso. Às vezes, a menina ganha bebê e acha que tem problema, não está conseguindo amamentar. Ela vai ao Centro de Saúde e a faxineira já dá orientação. Se a menina diz que tem o leite fraco, ela fala que não é fraco, e como se carrega corretamente o bebê. Há toda orientação, de todo o pessoal do Centro de Saúde, desde o vigia até a faxineira.

Nesse outro slide temos um curso de artesanato para adolescentes, no bairro Vila Nova, um bairro mais carente. Levamos, também, uma vez por semana, as meninas para aprenderem a fazer crochê, tricô, na tentativa de ocupar mais o tempo dessas adolescentes e elas também assistem a palestras sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST e Planejamento Familiar – PF. Estamos com alto índice de gestantes menores em Vila Rica. Ano passado, estávamos com índice de 26% de gestantes menores de 17 anos. É um problema que está preocupando bastante toda equipe de saúde do município, que tenta trabalhar no sentido de evitar isso. Há também a parte da saúde oral, não vou entrar muito em detalhe nessa parte de saúde bucal, porque amanhã teremos a presença da Dr^a Anita, coordenadora do programa, que vai falar um pouco sobre ele.

Antes de as crianças irem para a consulta, elas assistem a um vídeo de odontologia sobre saúde preventiva, para depois passar para o consultório. A gente priorizou as crianças de 7 a 14 anos, porque a demanda é muito grande nessa parte de odontologia e ninguém consegue

atender todo mundo. Todas essas crianças freqüentam escola da zona rural. No dia da consulta há um carro para trazer essas crianças. Ficam um dia na cidade para fazer o atendimento. Vamos pegando escola por escola, dando preferência para a escola que está em dia com o bochecho de flúor. Elas têm que apresentar um relatório de que estão em dia com o bochecho de flúor, que é feito semanalmente nas escolas. Essas escolas são agendadas para serem atendidas.

Nós temos um grupo de 190 idosos, que se reúne toda semana, quinta-feira, para participar de palestras, para verificar pressão arterial e também para uma hora de lazer. Eles vão jogar cartas, dançar, brincar, porque o idoso está muito esquecido. Ele fica só em casa. É um trabalho de saúde mental. Criamos o grupo que a cada dia cresce. Estamos levando-os às escolas, nos núcleos escolares, mostrando as experiências deles para as crianças. As crianças ficam muito interessadas, perguntando como era a escola na época deles. Eles falam da palmatória, contam a experiência deles, que é muito boa e a criança vai aprendendo a conviver mais com o idoso.

Esse é o grupo das “profissionais do sexo”, um trabalho para tentar diminuir as DST. Uma vez por mês elas vão ao Centro de Saúde, fazer o exame de “Gram”. De três em três meses fazem o VDRL e no início, em 93, todas elas tinham um tipo de DST, muitas tinham dois. Com esse trabalho, diminuiu bastante o número de doenças. Fica um pouco difícil, porque elas não fixam residência própria em Vila Rica, muitas saem. Em relação ao grupo que sempre continua fixo ali, está sendo bastante reduzido. Atualmente é raro ter uma DST nessas mulheres. Elas estão bastante conscientes, estão cobrando esse trabalho nosso.

Esse é o nosso programa de Crescimento e Desenvolvimento, implantado desde 93, onde a criança é pesada e medida. Todo mês a mãe recebe orientação de dieta, alimentação alternativa, para tentar melhorar. Orienta também sobre esquema de vacinas. Se essa criança não consegue ganhar peso, desenvolver, ela é encaminhada para um pediatra e a gente faz acompanhamento através dos agentes de saúde do PACS, que passam a visitar essa criança mais freqüentemente. Como vocês podem ver pelos slides, essa é a equipe do PACS, fazendo uma supervisão. Nós temos quatro agentes, só na zona urbana. Esse é o nosso agente de saúde da zona rural que trabalha a cavalo. Não recebemos ainda o kit. Então temos que ajudar; não podemos dizer, simplesmente, que é agente de saúde, você vai trabalhar. Temos que dar condições para ele trabalhar; tem que facilitar o passe, a passagem de ônibus

para ir para reciclagem, fornecer alimentação, ajuda de tratamento médico; porque sem apoio eles não fazem nada. A quem possuía bicicleta foi dada ajuda para reformá-la. Foi comprado cavalo para áreas de difícil acesso; compramos três cavalos para três agentes de saúde da zona rural.

Bem, esse foi um pequeno panorama do que estamos fazendo em Vila Rica. Espero que nossa experiência possa ser útil para outros municípios do Estado.

Obrigada.

Experiência do Distrito Sanitário Sul, do Município de Cuiabá - MT

Ricardo Chagas
Diretor do Distrito Sanitário Sul de Cuiabá

Bom dia a todos os congressistas dessa III Conferência Estadual de Saúde e aos companheiros de mesa.

Assumimos aqui uma responsabilidade maior depois das brilhantes exposições que se ouviram das experiências concretas de cada um dos municípios que já apresentaram seu trabalho. Tínhamos feito algumas transparências, e em função do adiantado da hora, faremos outra discussão para vocês sobre a forma que se incorporou o modelo de aten-

ção do município de Cuiabá. Tentaremos configurar e caracterizar um pouco mais a questão do Distrito Sanitário Sul, onde vocês são convidados nossos, porque essa região aqui pertence à área de abrangência do Distrito Sul.

Gostaríamos de retomar um pouquinho o processo histórico de Cuiabá, porque ele é um pouco interessante até no Estado de Mato Grosso, quando se fala um pouco de Distrito. Muitas vezes, as pessoas falam em distrito, uma palavra nova, uma coisa nova, mas, em Mato Grosso, ela não é tão nova assim. Temos uma experiência muito antiga com o nome de Distrito Sanitário. Mato Grosso, em 1937, sofreu um processo de intervenção e, nessa época, criou-se um dos primeiros códigos sanitários do País. Desse código sanitário, foram criados cinco Distritos Sanitários.

Nessa época, Mato Grosso, logicamente, não era dividido, compunha o Estado de Mato Grosso do Sul juntamente com Mato Grosso, por característica de formação ambiental. Mato Grosso, talvez seja o único Estado do mundo que tem uma característica ambiental muito própria, três ecossistemas altamente distintos, compostos por Cerrado, Floresta Amazônica e Pantanal. Essa lógica da criação dos cinco distritos, em 1937, já tinha até uma concepção de você trabalhar aspectos de saúde, aspectos sanitários, de uma forma geográfica. É muito interessante dentro dessa questão.

Abertura da Conferência



A partir disso, o Estado de Mato Grosso, e propriamente Cuiabá, começa a consolidar uma proposta, a partir das eleições diretas para prefeitos de capitais, em 1986. No município de Cuiabá, agregam-se vários setores, vários técnicos e montam uma proposta nova, em função do movimento sanitário, que se articulava no País, numa forma mais forte com a convocação da VIII Conferência e se estrutura um modelo de atenção no município de Cuiabá. Esse modelo em 1986 é configurado dentro dessa lógica da distritalização do processo das diretrizes que se colocavam para debate na VII Conferência.

Criou-se, com a eleição para prefeito da capital, através de decreto, cinco distritos sanitários no município de Cuiabá. Esses distritos funcionavam, nessa época, dentro da política, a nível nacional, do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. Mas, no município de Cuiabá, a caracterização da participação popular, participação social, dá-se dentro das comissões interinstitucionais municipais de saúde, e adquire uma nova configuração. Por ela ser institucional, ela se abre para a participação popular.

Essa participação conta com representações de Conselhos Distritais desses cinco distritos, anteriormente formados. Com o projeto, a partir daí, o município de Cuiabá não tinha a configuração de um sistema municipal formalizado, porque aqui você tinha a maioria, quase 80% das unidades de saúde pertencentes ao Estado. Existiam poucas unidades sanitárias: seis que pertenciam ao município e 16 unidades pertencentes ao Estado. Formula-se, a partir daí, um plano de extensão de cobertura com a configuração de você estabelecer dentro da assistência, responder e aumentar a capacidade resolutive das demandas dos problemas assistenciais em cada um desses cinco Distritos Sanitários. Formulou-se uma proposta de configuração através de Policlínicas. São criadas, nessa época, três policlínicas, que têm capacidade de atenção ambulatorial e pronto-atendimento, funcionando 24 horas com capacidade de dar resposta aos problemas secundários da população desses cinco distritos.

O município também tem nessa época um pronto-socorro e um hospital municipal, e essas policlínicas vêm diminuir um pouco essa demanda estabelecida pelo hospital municipal. Até 1989, esse modelo teve uma configuração e esse trabalho, mas ele teve um grave erro: não estabeleceu uma parceria mais efetiva com a população, no sentido de dar continuidade, dar resposta, e que essa população pudesse defender isso nas gestões dos próximos governos. Então, houve uma mudança da configuração política dentro do município de Cuiabá. Assume o governo o

PFL e adota um modelo, totalmente racionalizador da política do município, ou seja, concentra todos os tipos de atividades de tempo e de atenção dentro da lógica clínica. Tira os profissionais da rede básica e coloca esses profissionais dentro do hospital e Pronto-Socorro Municipal. Inclusive, as próprias chefias dos Distritos Sanitários são lotadas e subordinadas, diretamente, organicamente, à diretoria clínica do hospital.

Esse modelo passa, a partir daí, a ter um desgaste muito grande. O sucateamento da rede básica passa a ser muito grande, não tendo apoio nesse momento da população e dos controles dos Conselhos, para reverter essa lógica desse modelo. Quando se discute, uma nova proposta para 1992, para o mandato governamental 93/96, passa-se a ter algumas coisas muito interessantes. Quando assumimos, por exemplo, a parte de faturamento da SMS de Cuiabá e da Prefeitura, aparecia lá o setor hospitalar com faturamento alto e o secretário da época dizia: “veio esse dinheiro, a gente não sabe de onde está vindo”. Vimos que esse recurso era proveniente das coberturas ambulatoriais, dos procedimentos e do faturamento ambulatorial. Era baixíssimo esse faturamento. Uma das propostas que se articula, a partir daí, é a retomada da reorganização do sistema de Cuiabá, a consolidação dos Distritos Sanitários e a reformulação do controle social mais efetivo dentro do município.

O município, até então, nunca tinha feito nenhuma conferência municipal. Uma das primeiras propostas estabelecidas pelo governo é a convocação da I Conferência Municipal de Saúde. Essa Conferência é convocada para outubro de 1993, com o propósito de redirecionar a gestão democrática do SUS/Cuiabá e de dar um novo modelo de atenção, uma configuração e reordenamento dos Distritos Sanitários. E, principalmente, estabelecer uma proposta assistencial, cujo controle social passaria a ser vertente ao lógico (sic) e à direção do modelo de Cuiabá.

Aparece uma coisa que é interessante, é inovador, no plano nacional, que é a instalação de uma Ouvidoria Municipal de Saúde dentro do CMS. Essa Ouvidoria é criada a partir da I Conferência, abrindo a possibilidade de se instalar eleição direta desse ouvidor, que teria toda a função de articular e encaminhar reivindicações e o processo de fiscalização de denúncias, de irregularidades cometidas no SUS/Cuiabá. Isso é muito interessante, porque é inédito no país.

Uma outra proposta que foi muito importante, tirada dessa conferência, foi o reordenamento do controle social

dentro do SUS. Em função de que, com o avanço que se teve em 1986 até 1989, isso não foi continuado nos governos seguintes, havia a necessidade de se investir, de se trabalhar muito fortemente a questão do controle social e da participação da comunidade. A partir daí, aparece proposta, na Conferência, da gestão democrática dentro do SUS. Essa gestão democrática coloca que todas as unidades gerenciais deveriam ter eleito os gerentes por voto direto, com a participação da comunidade, inclusive sendo possibilitada a ela ser candidata a ser gerente dessas unidades sanitárias. E, também, que todas as unidades sanitárias e policlínicas do município passassem a ter o conselho gestor local e os conselhos distritais. Isso foi feito.

Foi muito interessante porque houve vários processos de eleição desses gerentes e um acirramento muito grande. Em nosso distrito, tivemos, como exemplo, numa unidade sanitária do Tijucal, um processo muito interessante e rico do ponto de vista do acirramento das propostas do lado corporativista e do outro das propostas relativas à participação e aos interesses da comunidade. Uma candidata tinha uma proposta estreita com os interesses da comunidade e que feria alguns interesses corporativos. Ela ganhou por um voto. Os médicos não foram votar e todos os membros da comunidade foram e votaram e ela tem um trabalho hoje muito interessante e muito criativo dentro do bairro, do Conselho Gestor Local.

O município de Cuiabá é cortado por dois rios, o rio Cuiabá e o rio Coxipó. A poucos metros daqui é o rio Cuiabá, o encontro dos dois rios. Então, essa área à esquerda é área do Distrito Sanitário Sul, que tem uma população em torno de 122 mil habitantes e possui em torno de 42 bairros. O trabalho, a experiência que vamos relatar, é uma experiência que nos trouxe muitas satisfações porque algumas modificações muito interessantes ocorreram e estimularam, inclusive, a administração municipal à continuidade. Aqui, no município, somente a saúde tinha a sua forma de gestão descentralizada.

Com o trabalho encaminhado, isso puxou alguns setores da Prefeitura; inclusive, essa proposta ganha corpo dentro da administração municipal e se discute, a partir daí, a proposta da regionalização e descentralização da Prefeitura municipal. Ela inicia justamente aqui no Distrito Sul. Até mesmo como proposta-piloto, é montada aqui a delegacia regional, composta por três unidades, que se denominam unidades de desenvolvimento social, em que se agrega, através de uma coordenação, uma proposta única de ação dentro da região, a unidade de desenvolvimento social. Ela é formada pelas Secretarias de Educação

e de Saúde, através dos Distritos Sanitários, Secretaria de Cultura, Esporte e Lazer e Bem-Estar Social. Elas se unem com uma lógica de atuação dentro dessa regional. E a partir daí, é feito planejamento integrado e a atuação é conjunta: passa a ser um associado de todas essas Secretarias, na busca de solução dos problemas apresentados por essas comunidades da Regional Sul.

O Distrito Sanitário Sul, apesar de apresentar uma população de 122 mil habitantes, possui uma característica muito complicada. A renda de 82% da população existente dentro do Distrito não ultrapassa três salários mínimos (da família); 95% da população não tem abastecimento de esgoto e 96% das ruas da Regional Sul não são asfaltadas. Nós temos um problema sério com relação à lógica estrutural na rede sanitária dessa população. A partir desse trabalho em conjunto, desse trabalho da unidade de desenvolvimento social, esse trabalho integrado de todas as Secretarias, do processo de descentralização da Prefeitura de Cuiabá, se discutiu toda essa problemática existente nessa população. Passou a se formalizar um planejamento participativo e o planejamento integrado dessas Secretarias a respeito desses problemas. Coloca-se como uma das principais prioridades da implantação o gerenciamento único dentro do município. O município tem, aqui, cinco tipos de fiscalização; o Plano Diretor; a Lei de Gerenciamento Único, já aprovada em lei desde 1992, mas havia uma incompatibilidade e uma atuação totalmente desorganizada dessa atuação do gerenciamento dentro do município. A partir dessa atuação de descentralização da Regional Sul, articula-se, dentro do gerenciamento único, todas as fiscalizações sanitárias, da agricultura, do meio ambiente, de finanças, de tributos e de postura do município, passam a ter uma lógica única, um comando dentro do Distrito Sanitário Sul.

Isso foi muito interessante, porque a organização acumulada de descentralização, dentro da Saúde, passa a dar um norte e referências desse trabalho e da lógica de atuação desse processo, aqui, dentro da Regional; vê-se que, a partir desses pontos elencados, nós não temos saneamento básico; a população não tem água encanada, não tem coleta de lixo, não tem rua asfaltada e apresentava essa característica epidemiológica, ou seja, 45% dos problemas de saúde atendidos na rede ambulatorial vinham das doenças infecciosas parasitárias e não poderia ser diferente. E, dessas, 60% eram verminoses. Isso foi colocado para essa equipe de gerenciamento e uma proposta integrada foi formalizada. A primeira proposta colocada é a atuação dos agentes comunitários, de modificar a lógica

de atuação; de deixar de trabalhar com a demanda espontânea, com a população que vem ao Centro de Saúde, e passar a ir lá nessa população e trabalhar com os problemas ali apresentados. Nós somos divididos em sete bolsões, sete grandes áreas de abrangência e, dessas sete, duas áreas se apresentam como mais prioritárias para a implantação. Quem conhece o município de Cuiabá, é a região do Pascoal Ramos, onde temos cerca de 62 mil habitantes, onde fica o Pedra 90 e a região do Osmar Cabral, uma área altamente carente, necessária para implantação desse serviço.

Foi feita a proposta e foi implantada. Estamos, já, a um ano da implantação da proposta do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e isso trouxe resultados altamente interessantes, com relação ao trabalho dos agentes comunitários. O trabalho do agente comunitário coloca-nos alguns pontos importantes e isso é o grande enfoque da mudança da lógica de atuação dentro do SUS. Em primeiro lugar, você vai trabalhar lá, você sai do seu Centro de Saúde, sai do seu muro e vai lá ver como vivem essas pessoas, como é a vida, o cotidiano delas. A partir daí, você se inteira, diretamente, com esses problemas. O agente comunitário é uma proposta altamente rica e que casa muito certo com esse modelo, porque esse agente comunitário pertence a uma das famílias com quem ele vai trabalhar. Essa relação de cumplicidade e responsabilidade adquire uma amplitude muito maior, porque ele também sente os problemas ambientais e sanitários da própria população com que ele trabalha.

Então, isso foi muito interessante, com relação, por exemplo, aos nascidos vivos. Desde 1994, a Fundação de Saúde de Cuiabá (FUSC), os Distritos Sanitários, têm implantado o Sistema de Informação sobre os nascidos vivos no município de Cuiabá. Uma cobertura de, praticamente, 100% dentro dos nascimentos que acontecem no município. Em 1994, ele apresentou um índice de gravidez em adolescentes altamente assustador. Na faixa etária das gestantes de 10 a 15 anos, nós tínhamos em torno de 2,8% das gestantes dentro dessa faixa etária. Com esse trabalho, nós conseguimos reduzir drasticamente esse índice. Isso significa, em números que, em 1994, tivemos 78 mães que estão na faixa etária de 10 a 15 anos, somente no Distrito Sanitário Sul. Em 1995, fechamos o ano com 0,8%, em torno de 26 gestantes. Foi muito interessante.

Vou relatar um caso que estávamos discutindo, nessa semana, com agentes comunitários. A imprensa mato-grossense noticiou, foi um dos primeiros casos de quadrigêmeos. É uma moradora do Pedra 90. Tem 19 anos.

Veio de uma área rural e não havia feito consulta, nunca tinha procurado um médico. Com esse trabalho do agente comunitário, essa mãe foi localizada há quatro meses, foi encaminhada aos serviços de saúde, e, nessa época, pensava-se em trigêmeos. Foi encaminhada para o pré-natal, idade de adolescência, 19 anos, considerada de risco, foi encaminhada para o setor de referência. Aí, descobriu-se que ela teria quadrigêmeos e foi feito o parto dela. Ela estava recebendo toda atenção, semanalmente, pelo agente comunitário. Esse caso é bem específico, por que temos que mudar a lógica da atuação e assumirmos maior responsabilidade sobre a nossa clientela. A mãe da referida paciente é separada do esposo; a irmã, com 14 anos, é gestante. A família possui uma renda em torno de 120 reais por mês. É um problema seriíssimo.

Uma outra questão foi o caso identificado, recentemente, também com atuação do agente comunitário, de uma criança que nasceu, há dois meses, sem a parte do nariz e sem a parte labial superior; a criança foi descoberta por um agente e encaminhada ao cirurgião nosso de referência, cirurgião-plástico do Hospital e Pronto-Socorro Municipal. Foi preciso encaminhá-la para o Hospital de Face, em São Paulo. Providenciamos o Tratamento Fora do Domicílio para a criança. Apareceu, então, um problema. A mãe, vinda da zona rural, nunca tinha ido para São Paulo, estava com medo: a agente comunitária foi junto, passou 15 dias com essa mãe no Hospital de Face em São Paulo, até equacionar o problema.

A lógica que os companheiros já relataram aqui é a lógica de co-responsabilidade, de cumplicidade que devemos ter com nossos usuários de equacionar os problemas destes, relativos a todas as suas demandas. Seria muito simples dizer: 'só resolve em São Paulo' e você lavar as mãos. Mas, o cidadão continua ali dentro de seu serviço, é de sua responsabilidade. O poder público e o SUS têm como equacionar.

Outro aspecto, que considero importante relatar, é a lógica de como esses modelos, de distritalização e de atenção de Cuiabá, se estabeleceram. Era muito forte, antes de 1992 e 1993, o modelo clínico no município. A estrutura sempre foi construída dentro de quatro anos, dentro da atenção clínica, ou seja, que o médico, o medicamento e o Pronto Socorro Municipal equacionariam os problemas de saúde de Cuiabá. Esse modelo foi muito forte em função de que foi estabelecido dentro da lógica corporativista e, principalmente, porque ali se estabelecia uma política salarial, em que se pagava um pouco melhor através do plantão, com recusa dos próprios médicos irem para a rede

básica. Isso foi um dos grandes problemas que enfrentamos durante os dois anos, dentro dessa política do município.

Quando assumimos, em 1993, realizamos um seminário intitulado *Distrito Sanitário como Mudança das Práticas Sociais*. Foi convidado o Dr. Eugênio Villaça que expôs essas diretrizes, essa lógica desse modelo e convidada também a Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte, que já estava aplicando essa proposta há algum tempo. A partir daí se estabeleceu uma parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e se estabeleceram algumas estratégias operacionais aqui dentro do município de Cuiabá. Foram criados três grupos de trabalho: grupo de condução política de descentralização e distritalização; o grupo de atenção à demanda e o grupo de vigilância à saúde. Isso foi muito interessante, porque utilizamos a mesma estratégia: realizar oficinas de trabalho de territorialização; partimos para definir todas as áreas de abrangência, suas responsabilidades, as áreas de influência, áreas homogêneas, os problemas de riscos permanentes, enfim, utilizando também metodologia da estimativa rápida para configurar e dar um diagnóstico rápido sobre todas essas áreas.

Aqui no município, hoje, temos 41 unidades sanitárias. Configuramos essas abrangências através da metodologia da estimativa rápida e das oficinas de territorialização, e trabalhando dentro da lógica de vigilância à saúde. Os Distritos Sanitários, a partir daí, incorporaram, dentro de sua estrutura orgânica, a equipe da vigilância à saúde. Nós tínhamos aqui um problema sério que era a estratificação técnica, você tinha lá o setor de odontologia e uma chefia; vigilância sanitária e uma chefia; vigilância epidemiológica e uma chefia. Enfim, cada atividade que você colocava, você estratificava e compartimentalizava essa forma de trabalho, através de uma chefia e uma corporação orgânica. O item do processo foi muito interessante e até mesmo conflitante porque você mexia com alguns micropoderes institucionais, alguns micropoderes já instalados há muito tempo, dentro da instituição.

Solicitaram, também, para recolocar alguns problemas que nós tivemos com relação a isso; colocar esta proposta no dia-a-dia, definição de abrangência, definição da população, toda a abrangência de limite de bairro. Cuiabá tinha um problema sério. Cuiabá ainda tem um problema que é crônico e que agora a gente está tentando resolver. Nós temos 246 bairros no município, mas, oficialmente e registrados apenas 12 bairros. Em todos esses bairros há presidências de Associações de Moradores e lideranças,

mas, quando se coloca isto, oficialmente, dentro do município, eles não existem. Em função disso, era necessário que antes de você tomar qualquer atitude, fazer qualquer proposta com relação à definição de abrangência para implantação até mesmo do agente comunitário, se definisse esta questão. Se você não tem o território, não tem como definir o setor de atuação. Estas áreas não são definidas do ponto de vista da lei. Então, foi necessário voltarmos a um outro processo definido e determinado pelo Distrito Sul. Foi extinto, em 94, o procedimento anterior, o que permitiu outra forma de delimitação de todos os bairros. Nessa época existiam 56 bairros. Ficamos, a partir da definição da lei com 42 bairros cadastrados.

Isso foi muito complicado. Esse trabalho é até interessante porque havia um loteamento, um bairro, e dentro desse loteamento abriram-se três ou quatro outros, e cada um com um poder definido, com presidente, mas sem uma definição de abrangência desses poderes internos. Isso foi muito difícil, conflitante, mas foi, ao mesmo tempo, muito rico porque trabalhávamos com todas as lideranças comunitárias, com as forças políticas e sociais de cada região, na definição de seus espaços, e de seus territórios. Às pessoas que se interessarem por mais informações, estaremos lá no saguão das experiências municipais com esses trabalhos de redimensionamento dos bairros.

Para terminar, fazemos alusão de outra experiência que aconteceu dentro do Distrito Sul: foram as parcerias efetivadas. Quer dizer, este projeto e esta lógica do Programa de Distritalização seriam praticamente impossíveis se não tivéssemos algumas parcerias bem definidas. A primeira delas é a parceria com a comunidade, com que tivemos uma facilidade grande porque todos esses 42 bairros citados pertencem ao Distrito Sanitário Sul. Têm seus presidentes, suas lideranças comunitárias definidas e nós vimos trabalhando há mais de 15 anos, a União Coxipoense de Associações de Moradores, que congrega todas essas 42 associações. Assim, ficou mais fácil de ser encaminhado dentro da comunidade. Isso foi muito importante, até mesmo dentro da definição geográfica, da definição do espaço, das definições das prioridades institucionais. A definição do bairro em que vai se implantar o agente comunitário, uma unidade nova, qual unidade que é prioritária, enfim, esse trabalho com a comunidade foi muito rico nesse sentido.

Essa parceria com a comunidade e com as lideranças comunitárias foi um processo muito importante, fundamental para que acontecesse esse projeto de descentralização

e distritalização. Uma outra parceria importante foi com a unidade produtora e formadora de recursos humanos. Quer dizer, não adiantava ter essa lógica, ter essa mudança assistencial, ter essa forma de atendimento do processo de saúde, estrutura de trabalho, se o órgão formador ainda se apresenta dentro de uma lógica da formação do modelo clínico. Era necessário que se estabelecesse também uma lógica de mudança da formação desses recursos humanos e incorporação deles frente a esse projeto, frente a essa proposta, essa questão nova colocada.

Assim, estabeleceu-se, dentro de uma região nossa, daqui do pólo do Osmar Cabral, uma parceria com a Faculdade de Enfermagem e Nutrição da UFMT, parceria essa a que se denominou “Novas Práticas de Formação de Enfermeiros e Nutricionistas”. E esta formação é baseada dentro da lógica do tripé: das relações de serviço, das necessidades da formação política e técnica, da atuação do serviço articulada com as necessidades da comunidade. E está sendo muito interessante esse projeto. Já estamos há um ano e meio nele; ele está propondo novas lógicas de atuação dentro do serviço, dentro da comunidade e, principalmente, dentro do ensino.

Meu tempo para o relato está esgotado. Coloco-me à disposição de todos. Preparamos uma amostragem desse trabalho do Distrito Sul, em vídeos, que gostaríamos de projetar para que assistissem. Temos um sistema de informatização com que estamos trabalhando, que é recente. É um sistema de informatização e saúde que se chama “sintomas” e é elaborado pela Organização Pan-americana. É um sistema de informação para tomada de decisão nas atuações locais de saúde. Foi desenvolvido pela Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS em cooperação italiana, e já está implantado na Bahia e em Belo Horizonte.

Muito obrigado.

Comentários do Debatedor

Eugênio Villaça Mendes
Consultor da Organização Pan-Americana de Saúde

Vou tentar ser breve porque eu teria um tempo para discutir todas estas colocações na conferência que terei daqui a pouco. Certamente, por estar trabalhando no Ceará tantos anos, é provável que eu faça mais comentários sobre o Ceará do que Cuiabá e Vila Rica.

A experiência relatada pela Secretaria Municipal do Ceará coloca-nos uma questão muito fundamental, dada a forma como está se desenvolvendo o processo do SUS no Brasil: ela bipolarizando entre Ministério e Município, vem se esquecendo uma instância federativa fundamental que são: as Secretarias Estaduais de Saúde. Nós radicalizamos um processo de municipalização e nos esquecemos das Secretarias Estaduais de Saúde.

O que a experiência do Ceará nos traz é que é possível desenvolver o SUS, através de municípios independentes de Secretarias, mas que isso nunca será um projeto orgânico. Quem pode conduzir um processo em escala? Porque a experiência do Ceará relatada aqui, quero colocar, não é uma experiência só de Itapiúna, é uma experiência de dezenas de municípios que estão trabalhando nessa linha. Isso só é possível porque tem uma Secretaria forte que conduz o processo do SUS em seu Estado.

Então, eu deixo esse primeiro ponto de reflexão. Se nós não fortalecermos as Secretarias Estaduais de Saúde, como agentes condutores das políticas estaduais de saúde, o processo do SUS caminhará muito lentamente. E como é que o Ceará fez isto? Fez partindo de um ponto central, definindo qual é a missão de uma Secretaria Estadual de Saúde. Acho que esse é o ponto fundamental que esta Secretaria tem que fazer aqui, se já não fez.

E quem define a missão não são os técnicos. Quem define a missão é uma categoria que nós temos utilizado muito pouco, que é o cliente. Mas quem é o cliente nosso, de uma Secretaria Estadual? Quem é o cliente do SUS? Ele



Eugênio Villaça Mendes

é quem deve definir qual é a missão de uma Secretaria Estadual e qual é a missão de uma Secretaria Municipal.

O Ceará, então, fez esta grande discussão e definiu claramente sua missão e colocou claramente qual o seu papel. Ao definir sua missão, indicou para os municípios qual era o papel dos municípios, qual é a missão dos municípios, porque senão nós teremos um conflito de competências.

Vimos da secretária de Vila Rica nos fazer uma moção para reorganizar uma Fundação Nacional de Saúde, para executar funções típicas dos municípios. Eu não acho que a reorganização da Fundação Nacional de Saúde passa por aí. A reorganização da Fundação Nacional de Saúde passa por definir quais são as funções típicas de um Estado nacional que ela deve executar, deixando para o Estado executar outras funções e os municípios também outras funções.

A missão que o Ceará definiu está baseada na condução da política e na escolha de um projeto estruturante, que é o Projeto de Saúde da Família. Organizaram uma série de ações estratégicas, como vigilância à saúde da família, assistência farmacêutica – que está belissimamente estruturada no Ceará hoje, um sistema de controle de qualidade de atenção, papel de cooperação técnica com os municípios e uma escola de saúde pública como Centro de Educação Permanente do SUS estadual.

Então, a Secretaria conduziu esse processo e pôde conduzir por quê? Porque ela tem uma relação ideológica, permanente, com os municípios, de muitos anos. Antes da Comissão Intergestores Bipartite, no Ceará, tudo se decidia em discussões entre a Secretaria Estadual e os municípios.

Os resultados foram mostrados. A única divergência que tenho ainda com o Ceará é a dificuldade de adotarem as microrregiões como espaço de organização. É uma relação ainda muito “sectária”, com 184 municípios sem organização. Mas os resultados do Ceará são inquestionáveis e lá se pode ver um trabalho feito para a Organização Pan Americana de Saúde, um resultado da municipalização. Nós fizemos um estudo com amostras de municípios municipalizados – hoje estão todos municipalizados –, há dois anos, e a produtividade dos municípios era muito maior. Além disso, a mortalidade infantil dos municipalizados era em torno de 20% menor do que os dos não municipalizados.

A experiência de Itapiúna começa com uma clara definição de missão: aumentar a qualidade de vida da população; e com uma clara definição de que isto vai se fazer

através de uma ação intersetorial, escolhendo três áreas fundamentais de atuação: a geração de renda, a educação e a saúde. Tanto que aqui nós entramos, e depois eu vou falar na conferência, na proposta da articulação no campo da saúde do município saudável. O que não digo é que em Itapiúna se faz, se desenvolve praticamente essa proposta do município saudável. Os resultados de Itapiúna são muito promissores.

Eu queria falar o que não foi dito. É que tudo isso, com a saúde da família, com atenção hospitalar nas quatro clínicas, custa 60 dólares *per capita*. Eu acho que isso é um ponto muito sério para refletirmos. Então, o que faltaria seriam altos custos e riscos catastróficos? Perfeitamente. Nós podemos até fazer um resseguro disso à base de 10, 12 dólares *per capita*. Portanto, Itapiúna mostra-nos que não falta dinheiro, falta sim uma forma com o dinheiro público que nós temos. Se nós mudássemos o modelo de assistência e a aplicação dos recursos, que estão sendo muito mal gastos, especialmente pelo Ministério da Saúde, nós poderíamos estar fazendo um belíssimo sistema de saúde.

O trabalho de Vila Rica induz algumas reflexões. É um trabalho, seguramente, mais inicial, mas que expressa essa tentativa de mudança do modelo, que eu percebo na fala da Eleusa, quando diz: “nós vamos caminhar para reduzir casos de malária”. Eu acho que essa é a mudança. Sair dos 38. Vejamos, vamos comparar. Ela tem em Vila Rica 38% dos partos em cesáreas. Essa é mais do que a média nacional, que é de 32,8%. Vamos comparar isto com Itapiúna, que tem 8,2%. Eu acho que esse é o caminho.

Nos relatos das experiências, todos falaram na questão da parceria. A palavra parceria foi uma das mais faladas por todos os expositores. Parceria significa que o Estado deixa de ser auto-suficiente e onipresente, deixa de ser Estado paternalista, que tem de resolver tudo para o povo.

Isso significa entender que a ação estatal é diferente da ação pública. É preciso que a gente separe o que é estatal do que é público. O SUS é um sistema público e que deve ser desenvolvido em parceria entre o Estado, organizações não-governamentais, comunidade, etc. Eu acho que esse é o ponto e que já vem dando resultados, não é? Acho que o sucesso na luta contra a malária e o sucesso no aleitamento materno, no cuidado com os idosos, são exemplos de um modelo que se deve seguir. E aqui eu acho que resgata a experiência do Ceará, tanto para Vila Rica quanto para Cuiabá. Qual foi o salto do Ceará? Foi começar com um agente comunitário de saúde como

programa mesmo, separado, dirigido, de uma Secretaria de Saúde, com supervisão própria, vertical, com um sistema de informação próprio, isolado do município, isolado do centro de saúde, para integrar tudo isso ao Programa de Saúde da Família. Eu acho que esse é o passo, é o seu salto. O agente comunitário de saúde deixa de ser um programa para ser um recurso fantástico de base de um Programa de Saúde da Família.

E, finalmente, a experiência do Distrito Sanitário Sul de Cuiabá é que vai marcar, primeiro, uma diferença. Eu vou estar falando na minha conferência de uma perspectiva nova de Distrito Sanitário, na linha da microrregião.

Mas, devemos ter claro que os distritos sanitários de áreas metropolitanas têm uma singularidade, e esta vem se formando em distritos submunicipais, em áreas metropolitanas. Outro ponto muito interessante, e aparece em outras experiências, é a questão da gestão democrática, através de eleições, ainda que possa haver outros modelos, como uma participação da população no Comitê de Gestão, não necessariamente na eleição do gestor.

Um outro ponto, também importante, é que, através da saúde, da distritalização da saúde, se chega a uma regionalização da ação da Secretaria, da Prefeitura. Não sei se tiveram contato com Campinas, mas me dá a impressão de ser um modelo de Campinas. Na experiência lá, a Secretaria de Saúde, a Secretaria de Educação se agregam a isso num Conselho de Desenvolvimento Social. Campinas é uma área de estrutura, uma área de desenvolvimento social e uma área de administração, possibilitando, dessa forma, uma ação intersetorial integrada. E a saúde pode buscar esse processo, de uma atuação intersetorial, atuando sobre o problema daquela região e convocando todas as Secretarias e todos os órgãos estaduais que têm a ver com aquele problema.

Vou mostrar como nós fizemos isso em Campinas, por isso estou falando do modelo de Campinas. Eu acho que os casos citados, da Rosana, são casos que mostram o corte, que mostram a diferença entre um sistema convencional, que não presta, e vou demonstrar depois, com dados. Pode até prestar, politicamente, porque as pessoas gostam de ser atendidas de qualquer forma, mas, do ponto de vista da resolutividade sanitária, não tem nenhum efeito. Esse sistema convencional que eu chamo de “balcão da doença” fica aberto recebendo, passivamente, as pessoas.

Desse outro sistema que chega até cada um, em que as pessoas deixam de ser o caso 33 para ser a Rosana,

conhecida, sabe-se a idade, que tem problema, que a outra irmã tem 14 anos e que, também, está grávida, que a mãe está desempregada, que mora na rua tal, que os avós são tais e tais, criando o que se chama de relação de vínculo, uma relação humana que em si mesmo é relação terapêutica. Esse é um corte fundamental.

Quando se fala em saúde da família, está-se falando desse corte de um modelo, de um balcão que atende uma pessoa, que se autopercebe doente, e dá a ela um remédio – depois eu vou mostrar que não adianta nada esse remédio que se dá; e de uma outra que se cria um vínculo afetivo, um vínculo humano, e isto é que é saúde da família. E isso não pode ser feito, exclusivamente, com o agente comunitário de saúde. É preciso completar esse modelo. E aí fecho com a sugestão que Cuiabá dê este salto, aproveitando a base desse recurso fantástico, que é o sistema de informação, construído pelo agente comunitário de saúde.

E, finalmente, uma informação sobre os “sintomas”, que foram mencionados. Sintomas é um *software*, que nós acabamos de desenvolver, de desenvolvimento geográfico de informação. Dentro de um mês estará disponível para todo mundo de graça. É só escrever para o Programa de Saúde Familiar – PSF que este mandará os disquetes com modelo aplicativo que por certo precisará de um software de base, que é um mapa, mas quem o quiser estará disponível. É de uso público.

Acho que seriam esses os comentários. Eu vou tentar, na minha conferência, organizar um pouco essas falas, no sentido de dar a elas uma lógica teórica, que possa ajudar mais para uma reflexão nesta Conferência.

Obrigado.

Modelo de Atenção à Saúde

Eugênio Villaça Mendes

Consultor da Organização Pan-Americana de Saúde

Começo esta conferência falando de uma visita que fiz, recentemente, a um Estado, quando, depois do almoço, no hotel, liguei a televisão e o repórter filmava o corredor do hospital de urgência da Capital desse Estado. Marcas, pacientes no chão. E dizia que, naquele Estado, havia um caos na saúde pública. Depois, mudei de canal e no outro, a mesma situação: um outro hospital e aí se falava no caos da saúde pública e de que o SUS não é uma solução, que era necessário uma alternativa.

Acho que é isso que a mídia brasileira vende todos os dias nas nossas casas. Procurei saber o que ocorria naquele Estado, já que não creio que deve analisar um sistema de saúde apenas pelas macas nos corredores, e, procurei dados do ano anterior à implantação do SUS, e os mais recentes diziam o seguinte: a mortalidade infantil caiu de 78% para 57%; a desnutrição, em crianças de zero a 2 anos, caiu de 13% para 9%; a cobertura pré-natal subiu de 62% para 82%; o parto hospitalar, de 78% para 85%; o aleitamento materno exclusivo – que hoje acredito que seja muito mais – subiu de 2% para 16%; o acompanhamento de crianças, de 28% para 65%; as coberturas vacinais; então me perguntei: “Diante dessa situação, é possível falar que, neste Estado, existe um caos na saúde pública? Por que existem macas no corredor?”

Este é o Estado do Ceará e essa é uma pesquisa rigorosa feita pela UNICEF, pela Secretaria, por ONGs, pelos pesquisadores internacionais de peso, e uma mostra domiciliar feita pela Sociedade Cearense de Pediatria.

Quer dizer, eu coloco isso como reflexão inicial, para que, sem negar que existe uma crise da atenção médica, especialmente nos grandes centros urbanos, avaliemos a situação. Essa crise não é apenas brasileira. A crise da saúde é uma crise universal, que se manifesta em quatro dimensões principais: ineficiência, ineficácia, iniquidade e insatisfação da população.

Por que os sistemas são ineficientes? Porque cada vez gasta-se mais em saúde, em serviços de saúde. Os gastos dos países ricos demonstram isto. Eles crescem sete vezes acima da inflação. Portanto, gasta-se cada vez mais e aí entramos na dimensão da ineficácia, ou seja, gasta-se sem que isso melhore os níveis de vida da população.

Se tomarmos a mortalidade infantil, expectativa de vida em vários países, não há relação entre estes indicadores e os níveis de gastos. E não é só isto. Também o sistema não dá conta de diminuir a iniquidade. Aqui está um exemplo, o de Curitiba (PR), onde a mortalidade média infantil é de 21,7%. Na região da matriz é de 17,7%, mas em uma parte da região da matriz, que é a Vila Pinto, chega a 51,9%. Se nós formos aos Estados Unidos, a mortalidade infantil de negros é duas vezes maior que a mortalidade infantil da população branca. E, finalmente, na correlação entre os gastos e a opinião e a satisfação da população. Os Estados Unidos são o país que mais gasta recursos e é o nosso modelo organizacional. Infelizmente, porém, apenas 10% dos americanos apoiam o sistema que têm; 12% dos italianos; 29% dos japoneses; e só o Canadá ultrapassa a bar-

reira dos 50% de satisfação. É assim que se manifesta a crise da saúde nestas quatro dimensões.

As explicações para isso são três: há uma corrente muito em voga no Brasil, neste momento, que acha que a crise na saúde – e eu chamo essa corrente de *incrementalista* – decorre dos poucos recursos que se aplica no setor. É quase o senso comum hoje, no Brasil, que se a Contribuição Provisória de Movimentação Financeira (CPMF) – que por sinal vai ser votada hoje – for aprovada, os problemas do sistema nacional de saúde se resolverão. Essa é a visão incrementalista, que não encontra respaldo no mundo empírico. Não adianta botar mais dinheiro nesse sistema que está aí. Observemos estes dados: o Brasil, em 1990, gastava 132 dólares *per capita*/ano; a Hungria, 185; Portugal, 383; Itália, 1.400; Alemanha, 1.500; Estados Unidos, 2.700; e todos em crise. Isso demonstra que não se trata de colocar dinheiro apenas. Isso não vai resolver o problema da crise mundial.

Os Estados Unidos gastam hoje 3.000 dólares *per capita*/ano e têm um dos piores sistemas de saúde do mundo: 3,7 milhões de americanos não têm acesso a nenhum serviço de saúde.

Uma segunda corrente é a que eu chamo de racionalista. Ela vem muito dos economistas e é articulada com os movimentos de ajustes das reformas econômicas, dos processos de estabilização econômica, em vigor, e decorre da chamada crise fiscal. Os Estados gastam, hoje, mais do que arrecadam. A crise fiscal a gente está vendo muito claramente aqui, hoje, no Estado de Mato Grosso, no Brasil em geral, mas, muito mais agudamente, em Mato Grosso.

Para os economistas paranaenses, a crise do sistema é uma crise de ineficiência. Para eles, o sistema gasta muito mal, o sistema é muito irracional e que, portanto, a resposta consiste em instituir uma série de medidas racionalizadoras, de ordem econômica, tanto do lado da oferta quanto da demanda. Tenho aqui listadas as medidas sugeridas, mas eu não vou gastar o tempo dos senhores e das senhoras nisso. Só para citar há propostas como “vamos recuperar os custos”, “vamos fazer a população pagar uma parte”, “vamos criar uma cesta básica de serviço”, “mudar as formas de pagamento”, “fazer limites nas folhas de salários”, etc., etc., ou seja, uma série de medidas econômicas.

Os economistas estão totalmente errados? Não estão. Os sistemas de saúde e o SUS são um exemplo disso. É um sistema que contém muitíssimas ineficiências que, por sinal, não estão sendo discutidas com a sociedade brasilei-

ra. Para se ter uma idéia, o Ministério da Saúde tem 170 mil funcionários ativos e tem uma folha salarial anual da ordem de 4 bilhões e meio de dólares. Isso é dinheiro em qualquer país do primeiro mundo. Isso corresponde ao dobro do gasto agregado de Estados e municípios no Brasil. Gasto bem esta folha?

Então, os racionalistas têm uma certa razão e nós devemos buscar, no receituário dos economistas, uma série de medidas que precisam ser introduzidas no sentido de melhorar a eficiência do SUS.

Itapiúna nos mostrou aqui que com 60 dólares dá para fazer tudo aquilo. E o fato é que hoje sem CPMF nós temos 110 dólares de gasto público *per capita* no Brasil. Com CPMF, isso vai para 140 dólares per capita. E a desculpa daqui a três meses vai ser que se precisa de mais 6 bilhões de dólares. Continuará a mesma ladainha. O ministro está dizendo que não é bem assim, que o dinheiro não dá, tem muito atraso, etc.

Por que os racionalistas não explicam tudo? Por que eles não entram na intimidade da crise? Porque a crise é uma crise de estrutura. A crise é uma crise que é chamada de crise de paradigma; é uma crise de modelo médico. Esse modelo médico que está aí é como foi falado por todos os conferencistas, todos os apresentadores, “é um saco sem fundo”. Quanto mais dinheiro puser, mais gasto, mais tritura de dinheiro. Não há recursos que dê para atender um sistema centrado na doença. Por que razão? Porque esse sistema tem um conjunto de fatores expansivos. Quais são os fatores que expandem o sistema da doença? Primeiro, a transição demográfica, a população vai ficando cada vez mais velha e aqui está um dado brasileiro: nós tínhamos 4% de mais de 60 anos nos anos 50 e hoje estamos com 7,5% da população, e a nossa transição vai se completar em 25 anos, quando os países ricos fizeram isso em 100. Então é até possível que lá pelo ano 2010 nós tenhamos 15% a 20% da população com mais de 60 anos. É por isso que é importante começar com um programa de idosos, como Vila Rica está fazendo.

Que aplicação tem isso? Ora, é a questão do custo, o custo médio da atenção na faixa de zero a 17 anos é de 25 dólares. Isso pula no grupo de 66 a 70 anos para 475 dólares, portanto, à medida que a população envelhece há uma pressão sobre o custo do sistema.

O segundo fator expansivo é a chamada *acumulação epidemiológica*. Os nossos países pobres não puderam fazer o que os ricos fizeram: a transição epidemiológica clássica, sair da doença pestilencial, das doenças infecciosas

parasitárias, das doenças crônicas, etc. Os países ricos fizeram isso em 100 anos. Nós temos uma conjunção de doenças crônicas, de doenças infecciosas parasitárias e carências, tal como foi mostrado por Vila Rica. A isso, somam-se as doenças crônicas da cidade de Vila Rica. Homicídio já é um grande problema, causa externa; doença sexualmente transmissível é outro grande problema; e, se não bastasse isso, somam-se as chamadas novas patologias, que também é o caso de Vila Rica. Quer dizer, essas novas patologias, que nem se sabe muito o que fazer com elas, são a violência, o estresse, as condições do meio ambiente. Se isso não bastasse, ressurgem as doenças que haviam desaparecido, como a cólera e a dengue, e que voltam com uma força total compondo um quadro de altíssima complexidade. E nós temos que enfrentar tudo isso ao mesmo tempo.

O terceiro fator expansivo é a medicalização da sociedade. Qualquer padecimento é imediatamente catalogado como doença e tenta se criar nas pessoas, através de modelo médico, a idéia de que a medicina pode curar tudo, quando, na realidade, nós sabemos que, hoje, muito mais do que curar, a medicina faz cuidar, especialmente, das doenças crônicas degenerativas. Outro fator expansivo é a urbanização, o fenômeno da urbanização no Brasil. Nós tínhamos, em 1950, 35% da população urbana; em 1991, isso passou para 75% e, no ano 2000, deve ultrapassar os 80%. Esta urbanização traz consigo a periferização. Traz consigo além do processo de medicalização e do reforço do profissionalismo, a deterioração da situação do meio ambiente.

Quinto fator expansivo é a incorporação tecnológica. A tecnologia de saúde tem características muito peculiares. Primeiro, ela se incorpora muito rapidamente. Descobre-se, hoje, nos Estados Unidos e, amanhã, ela está aqui. Segundo, incorpora-se sem a avaliação da sua eficácia. A maioria da tecnologia disponível entra no mercado sem saber se aquilo funciona. Terceiro, ela não é uma tecnologia substitutiva: o tomógrafo não substitui os raios-x; o tomógrafo soma-se aos raios-x. E ela também não é uma tecnologia que economize mão-de-obra. Ao contrário de um robô que entra numa indústria automobilística ou do computador, que entra na indústria bancária e expulsa o bancário, expulsa a mão-de-obra, o tomógrafo entra com mais especialistas.

Mas chega o momento de se perguntar o que é um município saudável? Nós tivemos uma aula de Itapiúna sobre o que é município saudável. Quando esse prefeito entrou, lá havia um hospital com fila, maca no corredor, o

dinheiro não dava. Ele chegou com uma visão, definiu uma missão para o município e começou a articular ações integradas no campo da geração de emprego, de renda, de educação e saúde. Está certo que ele vai incluir isso, proximamente, no orçamento, e se não incluiu ainda foi por falta de dinheiro. Então, o município saudável é aquele em que todos os atores sociais, governos, ONG's, famílias e indivíduos orientam suas ações, no sentido de transformar a cidade num espaço de produção social de saúde, construindo uma rede de solidariedade, no sentido de melhoria da qualidade de vida da população. Isso ficou presente em todas as falas. É a questão da parceria, de um Estado que não é onipresente, que busca parceria com todo mundo e que torna pública essa parceria, as ações do Estado.

Quais são as características de um município saudável? Ele busca melhoria da qualidade de vida, através do desenvolvimento integrado, de políticas de saúde pública saudáveis. A pergunta-chave aqui é: *a política de transportes de Cuiabá é saudável? A política de habitação é saudável? A política de empregos é saudável?* Essa é a questão fundamental que um município deve responder. Porque eu não posso, como em São Paulo, colocar um trabalhador, que no sistema de transporte consome duas ou três horas para ir e duas ou três para voltar, ficando quatro a seis horas num transporte vagabundo, se estressando e resolver esse problema depois, num posto de saúde com diazepam. Essa é a lógica do modelo médico. Quando, na realidade, se tivéssemos política saudável no transporte, não precisaríamos estar receitando diazepam.

Enfim, também perguntar se a política de serviços de saúde é saudável. Pode não ser. Muitas vezes ela é profundamente atrogênica. Cria dependência. Antes do município saudável de Quixadá, 40% da demanda dos postos de saúde tradicionais são poliqueixosos, que não têm nada a ver com o problema médico. 15% são idosos que vão para o Centro buscar convivência... Adoram uma fila. É o único local onde se comunicam. Isso implica num trabalho intersetorial, não se faz saúde só com serviços de saúde. Assim como guerra é um negócio muito sério para ser dirigido por generais, saúde é uma coisa muito séria para ser dirigida por médicos.

Portanto, é preciso que, na saúde, nós tenhamos a intervenção equilibrada de todos os setores. É preciso articular Saúde com Educação, Trabalho, Abastecimento, Água, Companhia de Lixo e atuar. Esse desenho de uma Secretaria Regional em Cuiabá facilitaria, tremendamente, um trabalho desse tipo.

Outro ponto é que o município saudável é aquele que busca a equidade. Equidade não é dar tudo a todos, não é igualdade. Equidade é tratar desigualmente os desiguais. Tem que pegar o município de Cuiabá e ver onde estão as áreas de exclusão social e é sobre esses excluídos sociais que deve ser privilegiado o recurso público. Ou seja, discriminar produtivamente os excluídos sociais. Tudo isso convergindo com o processo de construção de cidadania. Muito rapidamente, um trabalho em que participo em Campinas, onde o problema era criança e adolescente em situação de rua. Enfrentando da forma mais convencional, buscamos os adolescentes nos semáforos do centro da cidade e de repente o prefeito perguntou: *De onde vêm essas crianças?* O que o prefeito falava, na intuição dele, era: *onde são produzidas socialmente essas crianças?* Fizemos pesquisa e descobrimos que 30% das crianças vinham de uma área mais pobre de Campinas, o Complexo São Marcos. Vamos melhorar o São Marcos, vamos transformá-lo de uma área de produção de doenças numa área de produção de saúde. Não é possível enfrentar um problema de saúde – porque eles são complexos – através de um único setor. Muito menos serviços de saúde.

No modelo médico, como é que a gente atuaria? Com um único programa: Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente, feito no gabinete do Ministério da Saúde, em Brasília, copiado pelas SES e distribuído como programa vertical para o País. Quando essas crianças já são desviantes, atuar com intervenção médica, remédios, etc... Vejam como muda a perspectiva. Analisou-se o problema e viu que se tinha que ter um conjunto de intervenções equilibradas. Havia um problema sério de violência familiar. Enfrentou-se através de um projeto: “Raízes”. Havia problema de emprego... Projeto “Alicerce”. Não havia profissionalização... Projeto “Base”. Não tinha acesso de creche e pré-escola... universalizou-se o acesso à creche e à pré-escola. Os professores odiavam aquelas crianças e elas odiavam os professores. Então, um projeto de preparar esses professores para aquelas crianças reais. Não havia atividade de lazer, esporte ou cultura. Cada criança daquela passou a receber R\$ 35,00 com a condição de que ficasse na escola: o projeto Renda Mínima. Para os desviantes, um projeto de Saúde Mental, que seria a única intervenção no modelo médico. Com isso – marco bem a diferença – através desse conjunto integrado de programas, o problema parou, quase totalmente, a produção social de meninos de rua do Complexo São Marcos.

Se nós temos que ter essa perspectiva, que nos foi mostrada por Itapiúna, como é que ficam os serviços de

saúde numa linha maior de municípios saudáveis? Nós temos que reestruturar os serviços de saúde de uma forma radical e aí é que é a proposta de Distrito Sanitário; que vai articular duas estratégias: a organização da atenção primária, através da Saúde da Família com a organização da atenção secundária e terciária, através do Consórcio de Saúde. Portanto, o Distrito Sanitário, nessa minha proposta, articula esses espaços de forma diferente. Porque as lógicas de organizar a atenção primária e as secundárias e terciárias são distintas. A atenção primária é sempre descentralizada; o seu objeto é coletivo, mais do que individual. O seu instrumento é epidemiologia. Poderia agregar, do ponto de vista espacial, sempre territorializada. Não dá para organizar a atenção primária sem territorialização. Já a atenção secundária e a terciária são diferentes. Pelo princípio da economia de escala e disponibilidade de recursos com reflexo na qualidade, nós temos que centralizá-las. Não podemos ter um laboratório de apoio e diagnóstico de qualidade num município de 3 mil habitantes, 5 mil habitantes. Nós não podemos ter um hospital em cada município brasileiro. Nós não podemos ter um sistema de sangue e hemoderivados em cada município brasileiro.

Portanto, isso tudo tem que ser, na dialética da centralização e da descentralização, centralizado. O objeto aqui é individual. Quem entra no hospital, entra como indivíduo para ser tratado. O instrumento fundamental é a clínica, não necessariamente a obtenção secundária e terciária tem que ser territorializada. Portanto, é isso que faz com que o espaço de organização privilegiado, o Distrito Sanitário, seja a microrregião especial, aquela área de pertence econômico, cultural, que não vamos inventar, já está dada. Em Mato Grosso não vai ser diferente. É uma série de municípios que se articulam numa associação microrregional, com aquela diferença que eu marquei na minha intervenção anterior, de que na região metropolitana nós temos que marcar o Distrito de uma forma diferente.

O mais comum é isso aqui: esse é o Estado do Ceará, e lá existe uma série de vales. No Vale do Paranaíba há uma microrregião. Nesse espaço da microrregião é que vamos organizar a atenção primária em cada município, por menor que seja. A atenção secundária e terciária vai ser organizada num conjunto de municípios. Não podemos organizá-la num único município. Portanto, nós temos que ver a municipalização, revisar um pouco essa idéia, que deve continuar, deve ser o foco principal. Nós temos que ver do ponto de vista de organização da atenção secundária e terciária, pois não dá para fazer isso em município por município. Precisamos agregar municípios numa

microrregião. Aqui entra, então, a questão da organização da atenção primária. Há várias formas de organizar a atenção primária em saúde. Porque eu quero demonstrar que a saúde da família é o melhor modelo frente aos outros... Alguns países se organizam de uma forma diferenciada; nos EUA, Colômbia e Brasil entra, por onde quiser, a maioria dos especialistas; outros compondo as especialidades básicas e outros através de médico generalista. Será acaso que aqui estão os bons sistemas de saúde do mundo? Não é casual. Quais as razões para organizar a atenção primária de saúde nessa base, como saúde de família?

Vou falar de razões de ordem médica. As amidelectomias são melhores quando referidas pelos generalistas. Quando tem auto-referência, há mais internações e cirurgias. A atenção primária está relacionada a melhores níveis de saúde, menores gastos, menos procedimentos desnecessários e atrogênicos: reduz-se o uso de medicamentos, aumenta a satisfação da população. São dados internacionais indiscutíveis. Qual a diferença entre o sistema convencional, que eu chamo o “Balcão de Doença”, ou seja, organizar o Centro de Saúde, o Posto de Saúde; é interessante que o modelo médico teve a capacidade de transformar o nosso Centro de Saúde em Centro de Doença. Um nome tão bonito dos nossos higienistas, de Paula Souza, da USP, foi transformado, ao longo do tempo, em Centro de Doença. Não são centros de saúde.

Qual a diferença entre Centro de Doença e Saúde da Família? Já foi mostrado aqui. Um tem o foco na doença, outro na saúde. Um no indivíduo, o outro na família e seu habitat. Um é puro livre demanda, o outro tem um território restrito, tem uma equipe responsável por tantas famílias. Uma atenção é ocasional, na outra é contínua. Uma é passiva, a outra é ativa. Uma está centrada no curativo, a outra no promocional e preventivo. Uma é de baixa resolutividade, outra é de alta resolutividade. Uma, de custos indiretamente muito altos e outra, puramente unisetorial.

Qual é a eficácia desse modelo convencional? Tome-mos aí esses planos de saúde que as pessoas pagam caro para ter acesso a um médico, quando se autopercebem doentes. Pegar aqui o ambulatório do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, não há que se discutir a qualidade disso aí. O problema é que ali 56% dos pacientes não retornaram para o controle. Dos 44% que retornaram, apenas 18% mantém a pressão controlada. De que vale isso? Você tem uma alta concentração tecnológica, ótimos professores, médicos... Qual a eficácia desse modelo? Para controlar 18%? Provavelmente é gente que faz o autocontrole.

Hoje se mostrou muita coisa bonita do Ceará. Eu quero mostrar umas coisas feias do Ceará. Essa é uma pesquisa que foi feita em Fortaleza sobre o uso racional de medicamentos. Vejam o que é esse centro de doença, onde a consulta mais freqüente é de 5 a 8 minutos. Boa parte das consultas é de 3 a 5 e umas até de 3 minutos. Se não bastasse isso, qual é o tempo de distribuição, de dispensação de medicamentos? Cada consulta modal resulta em medicamentos e lá, 35% dos medicamentos eram antibióticos. O tempo modal de dispensação é de 15 a 20 segundos. Qual é a utilidade dessa consulta e dessa medicação? Isso é muito diferente de uma proposta de Saúde de Família. Esse é um estudo rigoroso, é uma tese de doutorado, uma dissertação de mestrado, que foi feita comparando a unidade de Saúde da Família com uma unidade convencional, com posto de saúde convencional. No caso, controle, em duas comunidades de mesmo nível sócio-econômico.

Tudo isso que melhorou na Saúde da Família; melhorou a cobertura vacinal, o acompanhamento pré-natal; o pré-natal inadequado diminuiu. Nada disso mudou nesse mesmo período, de 86 a 92, no centro de saúde convencional. Por isso, quem é contra a Saúde da Família, por razões ideológicas, eu gostaria que me dessem argumentos desse tipo que estou dando. Que contrapusessem aos argumentos sobre a Saúde da Família, avaliação de processos, do impacto que esses centros de saúde convencional têm do impacto que esse balcão de doença tem. Eu não quero discussão ideológica, não quero discussão política. Eu quero ver o impacto desse centro de doença sobre a saúde da população. Aqui, estou demonstrando que tem impacto. Itapiúna nos trouxe uma declaração clara do impacto, em pouco tempo.

Eu falei o que é Saúde de Família, quero falar o que não é. Não é um Programa, apesar de que o Ministério de Saúde lançou isso como Programa. Por que não é um Programa? Não é um Programa por isso aqui: quando a gente cria Programa de Saúde de Família, a gente coloca isso na mesma igualdade de outros Programas que já existem. É mais um Programa. Vamos fazer Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), não é assim? Mas, junto com o PACS, para mulher tem o seu programa específico; para criança também; para o idoso o Programa do Idoso; para o tuberculoso o Programa da Tuberculose; para o hanseniano, o Programa da Hanseníase. Nos municípios muito carentes, colocamos o agente comunitário de saúde, ou nas áreas periféricas das grandes cidades carentes também. Nos municípios carentes e periferia de cidades, você põe como Programa o PSF, ou seja, Programa de Pobre, que vive junto com essa mixórdia de outros Programas.

O que Itapiúna nos diz? Em Itapiúna não entra mais programa vertical. Porque o PSF funciona como computador, como liquidificador, onde vários programas que acontecem num território, a partir de um problema determinado, são transformados na ação integral do Programa de Saúde de Família (PSF). Aquela equipe faz tudo, hanseníase, tuberculose, controle de hipertensão... Não tem porque ficar separando essas coisas. Evidentemente que faz tudo em nível de atenção primária. Devemos ser especialistas em hanseníase, em tuberculose, mas já para a referência em atenção secundária e terciária concentrada. Portanto, não tem sentido chamar Programa, apesar de que gosto do nome: Programa de Saúde Familiar. Toda idéia nova deve ter uma marca política. A marca política PSF foi aceita. Se foi aceita, vamos denominando-a assim.

Sabemos que não é um Programa e, sim, uma estratégia; não é medicina simplificada, não é fazer medicina de pobre para pobre. O príncipe Charles, quando caiu do cavalo e fraturou o braço, foi ao seu médico de família antes de ir ao hospital. Na Inglaterra, não é para pobre o PSF. Ainda que, o pobre deva ser o nosso cliente privilegiado, mas é porque o pobre merece o melhor. Não é medicina familiar, mas é também saúde familiar. É preciso que tenham médicos que saibam fazer bem, médicos generalistas de boa qualidade. É muito além de medicina familiar. É saúde familiar. Não é atenção à mulher e à criança, porque a gente fala em família no Brasil, muitas vezes se pensa que é só mulher e criança; que não existe figura masculina.

Portanto, essa é a idéia da Saúde da Família. No Distrito, portanto, o primeiro trabalho que tem que ser feito é pegar um Estado e dividi-lo em microrregiões, não, necessariamente, aquelas regionais burocráticas das Secretarias de Saúde antigas. Estou falando de uma região assistencial, microrregião. Organizar, cada município, a sua atenção primária e articular atenção secundária e terciária, através do consórcio de saúde. Uma ação solidária da União, Estado e Municípios no âmbito do Distrito Sanitário, sustentado por uma Comissão Intergestora Bipartite, no sentido de organizar a prestação de serviços secundários e terciários de saúde. Há várias formas de organizar esse consórcio. Consórcio pode ser unifuncional ou polifuncional. Há municípios que organizam consórcios só para Saúde Mental. Eu acho isso uma bobagem. Consórcio tem que ser polifuncional, para tudo... Há consórcios unicêntricos e policêntricos. Unicêntrico é o modelo mais convencional, toda a atenção secundária e terciária está concentrada num município pólo.

Minas Gerais faz uma coisa criativa: junta os municípios e faz um consórcio policêntrico. Nesse município fica a cardiologia; no outro, a oftalmologia; de tal forma que permite um arranjo político mais adequado ao conjunto de municípios. Não há receita. Há consórcios autônomos. Eles surgem na falta de SES que executem a sua função. As SES, no Brasil, de um modo geral, são muito frágeis nesse momento. E os municípios, ao assumirem a atenção primária, se deparam com o problema: como fazer a referência? Eles mesmos se organizam, sem a presença da Secretaria e criam um consórcio. Mas, não devia ser assim, e sim um consórcio planejado. É uma SES que, pensando e conduzindo politicamente, microrregionaliza seus espaços no Estado e negocia com os municípios, com as microrregiões, participando num processo de negociação, através de Comissões Intergestoras Bipartites microrregionais, garantindo, assim, esse processo. Não vamos chegar a lugar nenhum através de uma autarquização de municípios; não é possível organizar um Sistema de Saúde racional com 5 mil autarquias no país.

Finalmente, esses consórcios podem ser institucionalizados ou programáticos. Consórcio Institucionalizado é o que tem sido feito de um modo geral. Cria-se um consórcio, que é uma entidade civil, diferente, com capacidade de contratar... Eu acho que essa é uma das formas, mas não precisa ser isso. Pode ser um consórcio meramente programático. Um espaço de negociação. Naquela microrregião, senta-se junto uma Comissão Bipartite de Intergestores microrregionais e discute-se como vai ser a atenção primária, secundária e terciária e se faz um plano microrregional de saúde, de custeio e de investimento. Isso seria um consórcio programático.

Portanto, são essas as idéias fundamentais que trago à reflexão de vocês, que são: a saúde e os diferentes serviços de saúde, o campo de estruturação de saúde, uma nova forma de governar através do município saudável. Isto implica numa outra forma de organizar os serviços de saúde, que é o Distrito Sanitário: organizado para a especificidade da região metropolitana, através de microrregiões assistenciais, onde a atenção primária é prestada município por município, por Saúde da Família; onde a atenção secundária e terciária é um consórcio de saúde microrregional. A meu ver faria inversão do modelo de atenção, expressaria numa frase, tudo isso que disse, pediria licença ao professor Aluísio Pimenta, um conterrâneo meu, que buscou no Jeca Tatu, de Monteiro Lobato, a frase: "Receita para amarelão: necatorina, botina e latrina". Só a necatorina não resolve, se for a essência do modelo médi-

co só dar necatorina; é preciso junto com ela dar a botina e a latrina.

Muito obrigado.

Intervenção de Luiz Fernando:

Sobre a questão de consórcios intermunicipais que você falou no final, com a intenção de se criarem Comissões Bipartites Regionalizadas, eis uma das minhas preocupações: no Conselho Estadual de Saúde (CES), o relacionamento com a Comissão Bipartite Estadual é conturbado; eu sei que, no plano nacional, também é um pouco difícil. Agora, estão se criando as Comissões Bipartites Regionais no Estado. Dentro dessa proposta de perspectiva do consórcio, eu noto que a participação dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e do CES, é prejudicada, pois fica uma questão entre a Secretaria e gestores nos níveis. Essa relação é muito complicada, porque a participação dos usuários, que é a clientela que está se buscando atender, é conflituosa. Eu fico preocupado com esse tipo de articulação e gostaria que você falasse um pouco sobre isso.

Intervenção de Sivaldo Dias Campos:

Boa tarde. Eu sou Sivaldo, presidente de bairro em Cuiabá e sou da Pastoral da Saúde. Vou fazer uma pergunta para o Eugênio. Eu acompanhei, atentamente, a exposição dele e não vejo como implementar ou construir esse modelo, que não é tão novo. Nós já vimos por aí essa proposta, dentro do sistema capitalista vigente, hoje, no Brasil. Eu queria que você fizesse um comentário, pois acho difícil você falar que os municípios vão trabalhar o desemprego, a questão da habitação, sendo que ele não possui as condições para isso, pelo menos estruturalmente, já que o principal problema do país é o desemprego e um governo que a cada dia mais cria desemprego.

Intervenção de Enelinda:

Eu sou professora Enelinda, atualmente aposentada do Instituto de Saúde Coletiva da UFMT. Eu compartilho com o professor Eugênio Villaça de toda sua conceituação sobre o município saudável. Compartilho totalmente, mas eu tenho uma dúvida e gostaria que ele falasse sobre essa questão do dinheiro, do recurso para a Saúde. Tenho assistido a debates sobre isso, que não adianta ter mais dinheiro, que a questão é racionalizar... Acho que nós temos que aprender a aplicar bem o dinheiro, a racionalizá-lo, mas

como podemos, falando agora do serviço, tendo a sua maneira de conceitualizar serviço de saúde. Como podemos competir, dar um serviço de qualidade, quando sabemos... Um exemplo: a consulta médica, que o SUS paga – dois reais – é um preço muito baixo para uma consulta médica. Como é que nós podemos ter qualidade nesse atendimento? Não só a questão médica, mas como um todo, toda equipe de saúde. Eu gostaria que você detalhasse mais, não estou convencida de que nós não precisamos de mais dinheiro para resolver o problema da qualidade dos serviços de saúde.

Debatedor Eugênio Villaça:

A primeira questão reflete o estágio de desenvolvimento que temos na criação desses mecanismos decisórios que eu chamaria de democratizadores. Cada cidadão sueco, hoje, participa em média, de 3 a 4 associações comunitárias; não é a mesma coisa em nosso país. Não se cria democracia por decreto ou por lei. Democracia é um processo lento, cria-se na prática social. Portanto, esses conflitos, essas dificuldades, são inerentes ao processo democrático mesmo. É muito difícil o diálogo, relação dialógica, entre um Estado autoritário que decide tudo; depois, cria-se um Conselho. O usuário quer dar palpite. É difícil. Ao mesmo tempo, o Estado articula as Comissões Intergestoras. Para isso há um remédio só: acreditar na democracia, que apesar de tudo, ainda é o melhor sistema, praticar essa democracia com paciência.

O exemplo do Ceará é muito bom nesse sentido. O Ceará pratica esse diálogo entre níveis interfederativos. Então, a relação, que era muito difícil no início, hoje, é muito fluída, onde a desconfiança é substituída pela confiança, sem que implique nas sadias diferenças político-ideológicas que devem existir. Mas, eu creio que é só praticando mesmo. A microrregião não altera isso, até porque em alguns lugares há os conselhos microrregionais. Uma das saídas é a criação dos conselhos microrregionais, com a participação dos conselhos municipais que se articulam naquela microrregião. Portanto, é muito mais uma questão de nós persistirmos nessa construção democrática, que é lenta. Não vejo outra saída, senão acreditar no processo democrático e na possibilidade de que, com isso, a gente cresça.

A segunda pergunta me mobiliza. Se eu for esperar que o capitalismo seja mudado, especialmente agora, com o que para mim é o fim da macrorrevolução. Há muito pouco espaço, no mundo real, para as macrorrevoluções concretas. É lógico que ela pode existir a nível ideológico, do desejo. Mas, como objetivo concreto, é muito pouco

provável. Nós vamos ter que conviver com o capitalismo; é possível que eu fique mobilizado. A proposta do município saudável dá muito certo em alguns países capitalistas, como, por exemplo, no Canadá. Sociais democracias, que são capitalistas. Há experiência de município saudável na Espanha, no Canadá... Itapiúna (CE). Eu não posso desconsiderar o que foi dito aqui e feito num município muito pobre do nosso país. Para mim, é um avanço fantástico. É evidente que é fundamental a questão do emprego na economia globalizada, mas isso não deve impedir uma ação local. Essa é uma ação local. Porque eu poderia estar aqui discutindo Estado saudável, o País saudável, a Ordem Internacional saudável. Evidentemente que a Ordem Internacional hoje tem muito de patológico, pelas razões que você cobra, mas eu gosto de discutir coisas em que eu posso atuar. Acho que o município é um espaço muito privilegiado para isso. Portanto, eu não devo me imobilizar por esse dilema colocado, de que isso é impossível nos marcos do capitalismo.

E, finalmente, a questão da qualidade. Se qualidade é o cuidado de grande densidade tecnológica, tomografia para todos. Ou se o que Itapiúna nos mostrou é um trabalho de qualidade, onde os níveis de mortalidade infantil estão baixando, onde a população está satisfeita. Onde, enfim, esse argumento... Há no Brasil uma falácia muito grande, que aparece na imprensa quase todo dia, que diz assim: “No Brasil, nós temos, nós estamos gastando U\$ 170,00 *per capita*, mas deve ser uns 200”. Os gastos privados são muito subestimados. O Canadá gasta U\$ 1.400,00. Comparar Brasil com Canadá? Isso para mim é má fé ou ignorância. Não posso comparar gastos de saúde entre países com graus de desenvolvimento tão distintos. Não posso comparar gastos de saúde de um país rico com os gastos de outro país. Posso comparar o que o Brasil gasta frente aos países do mesmo nível de desenvolvimento.

Quando afirmo que o Brasil gasta muito mal, vou dar um dado, uma pesquisa feita pela Organização Pan-Americana de Saúde, que comparou os gastos do Brasil com sete países latino-americanos de Produto Interno Bruto semelhante: Argentina, México, Venezuela, Colômbia, etc. O que muita gente quer fazer é medicina de Primeiro Mundo com dinheiro de Terceiro Mundo. Isso não tem jeito. A pesquisa demonstra: primeiro, os níveis de gasto em saúde entre esses países variam muito pouco e o Brasil está na média, acima da média; segundo, as mortes desnecessárias pelo mau uso do dinheiro brasileiro, em relação a esses países, chegam a 55%. Se nós tivéssemos gastando os recursos de Saúde como gastam na Argentina, México, Chile, Uruguai, nós eco-

nomizariamos 55% das mortes brasileiras, que são injustificáveis pelo nível de gastos que temos.

Esse argumento, de que a consulta médica é 2,50 reais, vem junto com a piada de engraxate, pode ser inteiramente anulado, porque o que se expressa é um sistema de pagamento. Quando se paga por procedimento é que se valoriza: 2,50 reais para isso, 3,50 reais para aquilo. Essa forma de pagamento em procedimento é a única forma. Sequer eu diria que é uma forma tendencial no mundo hoje. No mundo hoje, a tendência é trabalhar com sistemas de pagamento misto, já que nenhum deles apresenta desvantagens. Eu acabaria com isso dizendo que vamos pagar *per capita*. É uma tendência no mundo hoje fazer pagamentos por captação. Ao invés de pagamento por grupos afins, por diagnósticos, por procedimento, vou pagar 50 ou 60 dólares por cabeça... 100 por ano. Posso lhe garantir, sem a CPMF, temos 110 dólares/ano de gasto público no Brasil, hoje; com a CPMF, isso vai a 140 dólares *per capita*. Eu não quero isso, mas as medicinas de grupo toparam pagar isso por 140 dólares *per capita*; o sistema como um todo. Não quero porque sei que é desprezível, por tudo que falei. Mas, não é pouco dinheiro.

Então, precisa ser muito discutido com a sociedade brasileira como está se gastando. Eu ponho alguns dados aqui. Primeiro, gostaria de saber quanto o Estado de Mato Grosso recebe de transferência federal para o SUS por ano? Quem tem esse dado? Vamos botar 8 milhões. Multiplicado por doze vai dar 96 milhões por ano. Então, Mato Grosso, para atender 117 municípios, recebe do governo federal 96 milhões de reais por ano. O Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, que tem 104.000 m² de área, 4.500 funcionários, opera, hoje, menos de 300 leitos e recebe do governo federal 70 milhões de reais. Estou falando de um hospital federal no Rio de Janeiro. Se nós somarmos 5 hospitais federais no Rio de Janeiro, são 500 milhões de reais que o governo investe nos 5 hospitais que funcionam muito mal no Rio de Janeiro. Os gastos administrativos da Fundação Nacional de Saúde (FNS) chegam a 20 milhões de dólares por ano, três vezes o que gasta em Mato Grosso.

Eu posso aqui desfiar o Grupo Hospitalar Conceição, um conjunto de hospitais em Porto Alegre que cumprem funções do município, custa, ao governo federal, em torno de 400 milhões de reais, cinco vezes o que gasta em Mato Grosso. A folha de salário do Ministério da Saúde custa hoje 4,5 milhões de dólares. Divide os 96 e veja quantos Mato Grosso são isso. Em tiquete-refeições, o Ministério da Saúde gasta quase o que se gasta aqui. Essa discussão está sendo feita pela sociedade brasileira? Os clientes que-

rem isso? Será que se isso fosse colocado claramente para a população brasileira, ela quer continuar gastando 4,5 milhões de dólares com a folha de salários do Ministério da Saúde e que cresce vegetativamente 800 milhões de dólares por ano? Dez vezes o que se gasta em Mato Grosso? Essas questões deveriam estar sendo discutidas com a sociedade brasileira.

Intervenção de José Rondon:

Sou José Rondon, médico da rede pública. Vou colocar rapidamente uma pergunta que ia fazer para o professor Eugênio, mas como comentário. Temos experiência com atenção primária e sabemos do seu valor e da alta resolutividade. Então, nisso estamos de acordo. Sentimos que hoje em dia no Brasil, o que existe é uma excessiva medicalização da sociedade. Foi um ponto que ele colocou. A sociedade acredita piamente que a medicina tem resposta para tudo, é capaz de curar tudo e isso está aí. Eu penso que o embate que se coloca hoje em dia não é capitalismo, nem socialismo. A questão que se coloca é: sociedade tecnocrática ou sociedade que valoriza as práticas mais simples? Eu vejo hoje que a cultura brasileira é tremendamente tecnocrática. Nós somos colonizados, nós temos um veículo de comunicação que nos impingiu uma cultura que privilegia, excessivamente, essa coisa de medicina cara, sofisticada, aparelhos etc. Sabe-se que a atenção primária é muito boa, mas como é que nós vamos derrubar esse aparelho que está aí representado, principalmente, pela Rede Globo? Quem desconfia que o programa Fantástico não é um programa de reportagem? Ali, simplesmente, estão fazendo comerciais de produtos e equipamentos médicos.

A pergunta que eu iria colocar seria o seguinte: nos EUA, o sistema, praticamente, não destina nada para o atendimento à doença. Nos EUA, não existe unidade de saúde para tratamento de doença pública. O que existe é uma verba do Ministério da Saúde, que é aplicada na promoção e na prevenção. Como o professor vê essa estratégia dos EUA? Lá existe uma democracia: se você quer pagar, você paga. Aquele gasto de 3.000 dólares *per capita* que ele coloca não vem do setor público, é o privado que paga o seu consumo. A pergunta é para o Ricardo. Em sua fala você coloca que o perfil de morbidade mostra que na região sul há 45% de doenças infecto-parasitárias. Você colocou uma estratégia para combater isso – o PACS. Com relação às doenças infecto-parasitárias, de que forma esses agentes vão contribuir para que haja mudança de impacto?

Intervenção de Guido:

Meu nome é Guido, sou de Peixoto de Azevedo, funcionário público, trabalho na Prefeitura Municipal. A minha pergunta é para Dr^a Adoneide, de Itapiúna (CE). Ela falou que eles aplicam 34% dos recursos do município na área da saúde. Pelos meus cálculos, isso daria 65 mil reais mensais. Nessa verba, ela inclui as verbas para se distribuir cesta básica à população? Gostaria de saber se lá existe um programa desse tipo.

Intervenção de Marita:

Eu sou Marita, administradora hospitalar, do Hospital de Arenópolis. Eu estou aqui representando a nossa comunidade. De fato, com o preço que o SUS paga, a qualidade dos serviços tem sido e continua sendo precária. Inclusive, é precário para os próprios órgãos públicos. Nós estamos vendo aí os hospitais públicos, um caso de calamidade, como temos exemplos aqui em Cuiabá mesmo. A comunidade, em nossa cidade, tem muitos trabalhos, mas eles não avançam porque não temos enfermeiros, não temos nutricionista, assistente social, médicos... A população de Arenópolis conta com dois médicos, com quatro anos sem tirar férias, trabalhando de manhã, à tarde e à noite. Como fazer? Como fazer para interiorizar o profissional da área da saúde? Se a população não pode pagar, o profissional não vai. Como fazer para resolver esse problema? Inclusive, eu gostaria que daqui saísse alguma coisa em benefício da população do interior. Por que é difícil ter um hospital, marido médico, trabalhando de manhã, à tarde e à noite. É muito difícil. A pessoa chega à porta do hospital, sabemos que ela está doente e o médico prestes a ter pneumonia de tanto trabalhar. E não encontramos alguém que queira ir para o interior trabalhar, ajudar na comunidade. Em Arenópolis, os dois médicos que estão lá não aguentam mais. Eu peço socorro, para enviar médico e enfermeira. Não dá para ficar do jeito que está. Já rodamos o Brasil todo atrás de médico, enfermeiros e não conseguimos, porque não podem pagar.

Intervenção de João de Deus:

Eu sou trabalhador de saúde, do setor de recursos humanos do SUS da esfera federal. Eu queria fazer uma pergunta para o Ricardo. Como é que ele vê a questão do modelo de atenção à saúde, como é que ele combina o modelo de atenção à saúde na questão do que está sendo colocado pelo governo federal com a reforma previdenciária,

que sabemos, claramente, que ela tira, principalmente, conquistas sociais e também a reforma do Estado. E também o pessoal do Ceará. Um belo esclarecimento da cidade de Itapiúna, que é um grande mérito, foi a garantia do financiamento. Porque vemos que lá foram investidos 34%, até mais do que a Lei 8.080 colocou. O professor Eugênio colocava aqui que a questão do financiamento não é muito grave, porque do jeito que o modelo está, não adianta receber condições. Eu queria saber como é a questão, se a SES cumpre também a lei? Pelo menos 10% da lei orgânica? E a saúde é feita através do recurso municipal? Queria ver também se foi resolvida a questão do hospital de Maracanaúba, que tinha problemas. Como é que foi resolvida, tendo em vista que era um hospital de referência, no plano estadual.

Intervenção de Gileno Farias:

Meu nome é Gileno, sou enfermeiro do município de Vila Rica e supervisor do PACS, naquele município. Teve alguns dados que a Secretária da Saúde de Itapiúna apresentou que me chamaram muito a atenção, até porque eu trabalho com esse programa com base nesses dados, e esses objetivos do programa. O primeiro dado foi a questão de que 96% das crianças de 0 a 6 anos são pesadas. Outro dado muito interessante, que é estímulo para quem trabalha com esse programa e que acredita muito nele: é a questão dos partos normais – 91,8%. Isso é uma coisa fantástica, enquanto que apenas 8,2% cesáreas são necessárias. E a mortalidade materna 0%. Gostaria de saber do município sobre a questão da escolaridade dessas mulheres, principalmente as de idade fértil. Sem dúvida, é uma coisa muito interessante você conseguir que 91,8% das mulheres tenham partos normais. Qual o grau de escolaridade dessas mulheres, em especial das em idade fértil? A minha segunda pergunta é em relação à pesagem das crianças. Ela se dá nos postos ou nos centros de saúde ou, necessariamente, apenas com o agente de saúde? É uma coisa muito difícil lá no município a pesagem das crianças, trazê-las do interior para unidade de saúde, por conta das distâncias que temos no município.

Resposta dos membros da Mesa:

Francisca Maria Oliveira de Andrade
Subsecretária de Saúde do Ceará

Antes de responder a pergunta que foi dirigida à SES, queria fazer um comentário para a companheira de

Arenápolis. Fiquei muito comovida com o teu depoimento; era e ainda é muito comum na SES, chegarem prefeitos e diretores de hospitais pedindo que nós colaboremos tentando identificar médico que queira trabalhar no interior. Muitas vezes os perfeitos e diretores de hospitais oferecem até 5.000 reais por mês, para esse profissional ir para o interior, e nós temos dificuldades. O que aconteceu com o PSF é até hoje uma incógnita. Porque o pagamento dos profissionais é por conta do SUS e parte do Tesouro Municipal. Os municípios estão oferecendo de 3 a 3,5 mil reais por mês ao médico; 1,5 mil reais ao enfermeiro e não tem faltado profissional para trabalhar no PSF. A única explicação que eu posso ver é o modelo ter contaminado as pessoas. Na verdade, quando se vai trabalhar no hospital, fica-se dentro do hospital, naquele “stress”, naquele modelo que o Eugênio colocou como “balcão de doença”, às vezes 12, 20, 24 horas, a semana inteira. As pessoas não estão mais aceitando isso.

O que se está fazendo em alguns municípios? O médico ou enfermeiro trabalha na comunidade e, às vezes, até dorme na comunidade de 2ª a 6ª; só que, uma vez na semana, ele vem para o hospital dar plantão à noite. Aí, dá para você trabalhar parte na comunidade, parte no hospital. De repente, mudar o modelo de atenção no município pode ser a solução para o município de vocês. Nós conseguimos médicos do Grupo Hospital Conceição, como Eugênio falava; na Paraíba temos três faculdades de Medicina e não há campo para o pessoal de lá. Então, existem muitos paraibanos indo trabalhar no Ceará. Não vamos poder dar uma fórmula mágica para o problema. As questões do salário, da condição de trabalho, da decisão política... passam por tudo isso.

Agora, as duas perguntas da saúde. Houve uma em relação ao investimento por parte do governo do Estado para questão da saúde, houve uma decisão no Ceará de fazer um grande investimento na área de saneamento básico. Fortaleza, uma cidade muito bonita, tinha somente 10% de seus municípios servidos com esgotamento sanitário. Agora, com um grande investimento, vai passar a mais de 79%. Isso está contabilizado no investimento da saúde. O PACS no Ceará é pago com o Tesouro do Estado. São cerca de 1 milhão e 400 mil por mês que investimos em pagamento de salário e obrigações trabalhistas dos agentes, que têm carteira assinada, através das associações de agentes. Isso dá mais que os 10%. Realmente, nós achamos que deveríamos investir mais. Nossos hospitais precisam de equipamentos mais modernos; precisamos pagar melhor nossos profissionais. Isso é uma reflexão que se faz e por que se reivindica mais recursos.

Com relação ao hospital Maracanaúba, é um hospital federal, que fica na região metropolitana de Fortaleza e que passa por grandes dificuldades. A nossa proposta é discutir um consórcio de municípios na região metropolitana, que possa gerenciar esse hospital, com apoio do Estado. Ainda não houve a decisão, inclusive por parte do Ministério da Saúde com relação a isso.

Adoneide Crispim da Silva Clementino
Secretária de Saúde de Itapiúna – CE

Respondendo à colega, inclusive fiquei emocionada com a colocação da companheira, depois eu gostaria de conversar com ela. Em Itapiúna, realmente nós investimos, por mês, 34% da receita do município em saúde. Esse recurso é uma somatória do recurso repassado do SIA/SUS, AIH's e do recurso via município. O município repassa todo mês ao FMS, de sua receita própria, em torno, no mínimo, de 15 a 20% de sua receita. Somando com o recurso do SIA/SUS, totalizamos esses 34%. Então, é assim que se consegue fazer o FMS funcionar. Nós elaboramos esse documento. Não sei se o pessoal aqui poderia até contribuir com essa questão do financiamento, vigilância à saúde, pois tudo isso foi feito durante a conferência; a população e os usuários participando para poder ter essas respostas. Vou deixar algumas cartilhas que trazem muitas respostas de dúvidas, que vocês poderão ter em relação ao funcionamento do Sistema de Saúde em Itapiúna, nessa construção de novo modelo.

O planejamento familiar – ele perguntou se existe o Comunidade Solidária e por que a mortalidade infantil, em Itapiúna, baixou de forma tão súbita. Primeiro, nós tivemos que ver as prioridades do nosso município. Não podíamos fazer tudo. O pouco recurso com que contávamos é que definia as nossas ações. Que ações o município teria que priorizar? Hoje à tarde a gente vai colocar a questão das ações básicas de saúde, mas eu vou rapidamente dizer que nós priorizamos a questão da saúde da mulher, da criança e do trabalhador. No que diz respeito à saúde da mulher, nós contribuimos muito com a questão do planejamento familiar. O real planejamento familiar não é controle da natalidade; é onde a população é ouvida e os profissionais de saúde da área, os obstetras, ginecologistas, pediatras, enfermeiras fazem uma verdadeira aula de educação em saúde, mostrando todos os métodos contraceptivos e a família é quem decide o método que vai ser sua opção. Nós temos a implantação do DIU, do diafragma, o espermicida, anticoncepcional oral, mas a população é quem decide o que quer fazer. Apenas existe

um trabalho de educação. Essa orientação que é feita pela equipe é um verdadeiro momento de muita conscientização e que a população decide fazer isso.

Foi a partir daí, trabalhando a questão da desnutrição, da geração de emprego e renda, a melhoria da habitação, trabalhando a consciência da qualidade de vida, que nós conseguimos melhorar o nosso índice de mortalidade infantil. Nós tivemos, recentemente, o pessoal do “Comunidade Solidária” em Itapiúna; este ano, eles estiveram conosco durante 15 dias e, a partir daí, Itapiúna foi incluída no programa. Essa questão da cesta básica, nós vamos começar a receber a partir do próximo mês.

Palavras finais de Joaquim Clementino Ferreira
Prefeito do Município de Itapiúna – CE

Eu queria só complementar um pouquinho o que Adoneide falou. Ela falou sobre o financiamento e viu que o município tem, realmente, uma participação. Para nós é máxima, embora seja quantia inferior às necessidades, mas entra de acordo com nossa disponibilidade financeira, de 15 a 20% e a necessidade da saúde. O grau de escolaridade, da população fértil, deve ser em torno de 60 a 70% com nível primário completo. Nós temos duas escolas de 2º grau e oferecemos a escola na zona rural até a 8ª série, através do tele-ensino. Os partos normais, em relação à cesariana, na minha experiência de médico, que dou plano... Na verdade, em Itapiúna não existe médico plantonista, existe médico que convive com a comunidade; que assiste à mulher no seu trabalho de parto. Por isso, falamos da maternidade segura e humanizada, diferente do médico plantonista, que não espera que desenvolva trabalho de parto, tenta induzir ou qualquer outra atitude. E para sair e deixar a mulher com o filho ao lado dela, faz a cesárea. Isso inclusive reflete o nosso nível de renda e a multiplicidade de empregos que a gente tem que ter para auferir uma renda que dê sustentabilidade à vida de nossa família.

Com relação à pesagem das crianças, conforme a Drª Tati falou, nossa Subsecretária de Saúde do Ceará, lá, para cada 10 agentes de Saúde, temos um enfermeiro que coordena. Temos um enfermeiro que coordena o PACS no município; o nosso município é dividido em áreas com população adscrita; então, cada 10 agentes de saúde estão sob a coordenação do PSF, onde tem médico, enfermeiro e orientador de saúde e odontólogo. Essa pesagem é feita sistematicamente. Quando as pessoas não vêm, nós vamos às casas delas. Na verdade, é como se faz na vacinação. Nós conhecemos todo mundo, sabemos onde mora.

Nós visitamos. Ninguém vai ficar inadimplente por falta de busca ativa.

É isso que precisa fazer; e nós temos que entender, também, o modelo profissional que as universidades estão jogando no mercado. Quando ela fala, desesperadamente, e tem a nossa solidariedade, é muito importante que reivindicemos ao Ministério da Educação, às autoridades do país, para formar o profissional que nós queremos. Nós não precisamos de subespecialistas. Nós precisamos é de generalistas. Nós temos obrigação de, realmente, respeitar a clínica, fazer uma história clínica que valorize a informação do paciente, mas vou dar um exemplo clássico desses exames sofisticados que nada valem para a conclusão de diagnósticos em alguns momentos. Nós temos um caso recente de uma paciente do SUS, até porque Itapiúna só tem SUS, de repente ela aparece paraplégica e levamos a um hospital público de Fortaleza e lá não puderam atender. Quando chegamos lá, o município, a primeira coisa que fez foi colocá-la numa ala privada, em apartamento, com pagamento de diária e pagando médico. Aí vieram vários exames, depois uma tomografia, depois uma ressonância magnética. Essa mulher voltou para casa sem o diagnóstico. Só quero mostrar que de repente a gente quer sofisticar e não está colaborando em nada para as doenças graves. Imagine que 95% dos casos de patologias, que são de resolução rápida, e se resolvem sem medicamentos.

Então, temos que nos conscientizar e pedir que as universidades brasileiras formem profissionais de saúde de acordo com a nossa necessidade, com o reclame da população. A vocês, quero agradecer a oportunidade que nos deram. Para mostrar que Itapiúna é um modelo que deve ser imitado; para tanto, deve haver um grande desejo, uma vontade política de realmente fazer política pública em benefício de um povo, que está exausto, exaurindo suas finanças, pagando impostos e não tem política que dignifique a vida. É a mesma história da renda e do emprego, é bom que se faça a diferença entre renda e emprego. Renda nós podemos ter no fundo de nosso quintal.

Nós podemos ter uma ação de profissionalização. Aí vem mais uma vez a ação do governo. O que me importa é uma renda e não um emprego. Aí é que atrapalhou todo o País, essa máquina pesada que é o serviço público, que na verdade só faz atrapalhar e ver o corporativismo de toda ordem. Precisamos é de Reforma Agrária, de tecnologia, de povo consciente lutando por seus direitos e contribuindo para enriquecer o País e acabar com as mazelas que nos assolam.

Palavras finais de Eleuza Procópio
Secretária de Saúde de Vila Rica – MT

Eu agradeço à Comissão Organizadora que deu essa oportunidade de Vila Rica mostrar esse trabalho, que está apenas começando, em comparação ao trabalho de Itapiúna, mas que, também, está querendo esse SUS, tentando melhorar a qualidade de vida do nosso município.

Agradeço a atenção de todos.

Palavras de Ricardo Chagas
Diretor do Distrito Sanitário Sul de Cuiabá

Foram colocadas para mim duas questões: uma do companheiro Rondon sobre a questão da mudança do impacto com relação ao saneamento básico e a atuação do agente comunitário. Não temos a pretensão de que, apenas com a ação, simplesmente, do agente comunitário possamos equacionar o problema do saneamento básico. Até mesmo porque não é uma ação direta do agente. Eu acho que o que se coloca é a mudança da lógica do entendimento do que seja a saúde. A saúde é entendida como todos os fatores e os condicionantes que fazem com que a pessoa tenha melhoria na qualidade de vida, como moradia, renda e escolaridade. O saneamento incorpora dentro dessa questão.

Eu falo isso bem à vontade porque eu fui coordenador da Comissão de Cólera do Estado. Na época, em 1991, discutia-se essa questão da cólera versus a questão do saneamento básico no Estado de Mato Grosso. A partir daí, utilizamos uma série de tecnologias, uma série de atuações e, dessa época para cá, não se instalou nenhum metro de rede de esgoto em nosso Estado. A situação de esgoto permaneceu a mesma.

Quando se discute os fatores e os condicionantes diretos, que vão levar e que vão ser os balisadores de qualidade de vida dessa população, a questão do saneamento básico se coloca em primeiro plano. Aqui na Regional Sul, no Distrito Regional Sul, é a questão do saneamento básico. Noventa e cinco por cento da população de 122 mil habitantes não têm saneamento básico. São mais de 100 mil habitantes que não têm rede de esgoto. A atuação do agente comunitário é fundamental na conscientização desse fator, como condicionante principal para a sua qualidade de vida.

Quando se realizou a II Conferência Regional da Saúde no Distrito Sul, preparativa para a II Conferência Municipal, ano passado, tinha-se até um tema audacioso: *O SUS fren-*

te à questão neoliberal. Tivemos uma questão importante: a grande proposta colocada pela Regional Sul que foi a do saneamento básico. Essa foi a grande proposta levada e tirada da Conferência Municipal. Esse é um fator fundamental, que é o referencial do que é a qualidade de vida e do que é assistência à saúde e o que é o modelo desejado.

A qualidade de vida é um fator preponderante que vai ditar, estabelecer o grau e saúde da população. Ela está em primeiro plano e tem que estar em discussão. Aí o agente comunitário é o agente fundamental: quando ele detecta, lá na ponta, que 42% dos casos de doenças são infecciosas e parasitárias e que a causa é a falta de saneamento, o trabalho dele e a organização dessa comunidade serão fundamentais, na cobrança de políticas importantes, dentro desse processo de conscientizar, de levar e de colocar isso ao foro, dentro do debate do dia a dia.

Frente a isso, acho que é uma questão importante, mas o agente não pode ficar relegado. Existem os técnicos, o pessoal de engenharia sanitária, o pessoal que trabalha com saneamento, que tem também que se colocar em disponibilidade como técnico para equacionar medidas, problemas pequenos com relação à deficiência de saneamento básico. Em função disso, há anos, o Distrito Sul implantou uma proposta no sentido de equacionar esses problemas: a Oficina Sanitária. Há um ano está funcionando a Oficina Sanitária no Bairro Santa Laura, um local, onde se estabelecem medidas simples e pequenas de correção para diminuir a falta de saneamento básico. Desde a confecção de um filtro à construção de uma fossa, até o assentamento de um vaso sanitário, uma pia, um tanque, um kit-sanitário... Isso é feito nessa Oficina Sanitária e é disposto dentro da comunidade. E a custos baratíssimos. Um filtro no mercado está em torno de R\$ 60,00; nessa Oficina, o custo é zero, ou seja, para o SUS é de R\$ 0,80. Mesmo que essas medidas estruturais não sejam corrigidas, em curto prazo, há necessidade de adoção de medidas emergenciais, que equacionem e dêem resolutividade a alguns problemas apresentados.

Com relação ao companheiro que fez a pergunta a respeito da Reforma Previdenciária do Estado, eu sou um defensor do SUS. Ele é o grande reformulador, o grande concentrador de práticas e de políticas sociais em nosso país. Eu tenho um documento que é muito interessante, que coloca uma análise jurídica sobre o SUS e coloca que o sistema é de relevância, porque a saúde é de relevância pública. Com base nessa concepção de relevância pública, há condições de trabalhar mais políticas sociais. Nisso está

inclusa a Reforma da Previdência, a Reforma do Estado. A Previdência detém hoje, onde está colocada, a maior quantidade de recursos. Eu penso que não se deve ficar calado. O que está sendo colocado em debate, no cenário nacional, é a privatização desse setor. Temos que ficar muito atentos a isso e rebater essa questão de privatização da Previdência, porque aí é o grande orçamento, é de onde se tira uma parcela de recursos previstos na Constituição, de que 30% do orçamento da Seguridade Social deveriam vir para a saúde.

Palavras de agradecimento de Eugênio Villaça Mendes:

Queria agradecer à Comissão Organizadora da III CES por me ter propiciado essa alegria de estar participando desta mesa. Estar convivendo com experiências simples e ter aqui conhecido pessoas tão maravilhosas como as do Ceará, que conhecemos por nome em todo o país; ter-nos possibilitado de conhecê-las pessoalmente, estar debatendo com elas essas experiências que estão sendo colocadas nacionalmente. São experiências muito criativas e que se colocam como exemplos muito importantes que podem

ser desenvolvidas. Eu continuo acreditando no SUS, ele é o caminho. Essa Conferência, inclusive, tem um compromisso duplo: retirar uma noção muito forte de continuidade dessa política e fortalecer o SUS.

Muito obrigado.

Palavras de agradecimento de Elizabeth D. Barros, coordenadora da mesa:

Eu quero me penitenciar pela minha incompetência de administrar horários nesta mesa; mas eu confesso que me encanta a oportunidade de estar aqui, coordenando um trabalho que eu acho que precisa ser feito com mais frequência, ou seja, cada um poder estar contando coisas que faz, trocando essas informações, trocando essa energia positiva e a gratificação que os resultados nos trazem. Também agradeço essa oportunidade à Comissão Organizadora e me desculpo pela falta de disciplina. Não consegui me impor à mesa, mas acredito que foi útil para todo mundo. Permitiu um pouco mais de informações sobre essas experiências que foram tão ricas.

Obrigada.

Delegações Regionais Articulando Propostas



RELATÓRIO DAS MESAS ESPECÍFICAS:

MESA 01: A Regionalização do SUS de Mato Grosso

Coordenação: Márcia Lotufo
Coordenadora de Planejamento, SES/MT

Exposições: **Experiência do Consórcio Intermunicipal de Sorriso**
Luís Soares
Assessor Técnico da SES/MT
Experiência de Regionalização: Bipartite de Cáceres
Marissol Costa Viegas
O Processo de Descentralização em Mato Grosso: Avaliação, Perspectivas e Tendências
Amaury Gonzaga
Assessor Técnico da SES/MT

Experiência do Consórcio Intermunicipal de Sorriso

O assessor técnico da SES/MT, Luís Soares, apresentou a proposta dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, cuja primeira experiência, em Mato Grosso, está sendo realizada na região do Vale do Teles Pires (Norte de Mato Grosso), envolvendo o Hospital Regional do Município de Sorriso. Pacientes provenientes de Sinop, que necessitavam de atendimento em diversas especialidades médicas ou estavam em situação de emergência, até pouco tempo atrás tinham de se deslocar 500 Km até Cuiabá. Hoje, estas emergências, na sua maioria, estão sendo solucionadas a 80 km de Sinop, em Sorriso, onde funciona um hospital regional. O atendimento no hospital está sendo garantido, graças à implantação, em 1995, do Consórcio. O mesmo envolve sete municípios da região Norte do Estado (Sinop, Sorriso, Cláudia, Vera, Santa Carmem, Lucas do Rio Verde e Tapurah), os quais têm garantido o atendimento médico no hospital. O consórcio é uma entidade autônoma e representa uma experiência pioneira em Mato Grosso. Instituições semelhantes vêm funcionando muito bem em Estados como São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. No final de 95, o consórcio firmou um convênio com o Governo do Estado, através da SES/MT, para garantir o funcionamento do Hospital Regional de Sorriso. O consórcio é responsável pelo complemento salarial dos profissionais de saúde requeridos pelo sistema e a SES/MT pela

manutenção e custeio básico do hospital. Graças ao consórcio, foi possível interiorizar algumas especialidades médicas, o que, de outra forma, seria muito difícil de ser conseguido pela saúde pública. No hospital atendem agora profissionais das áreas de cirurgia, ortopedia, pediatria, obstetrícia, anestesiologia, neonatologia (cuidados com recém nascidos), cardiologia e clínica geral.

MESA 02: Saúde e Ambiente

Coordenação: Lydia Maria Bocayuva Tavares
Médica da Coordenadoria de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, SES/MT

Exposições: **Política Municipal de Meio Ambiente/Manejo do Lixo**
José Afonso Portocarrero
Secretário de Meio Ambiente e Desenvolvimento Urbano de Cuiabá – MT
Política Estadual de Saneamento Básico
Ailton Gomes da Silva
Diretor de Operações da Sanemat
Política Estadual do Meio Ambiente
Ana Brígida
Diretora Técnica da Fema/MT
Política Nacional de Saúde e Meio Ambiente
Alfredo Bentto
Diretor da Divisão de Meio Ambiente e Ecologia Humana/MS
Formação de Recursos Humanos na Pós-graduação em Saúde e Ambiente
Domingos Tabajara
Coordenador do Curso de Pós-graduação em Saúde e Ambiente/Instituto de Saúde Coletiva da UFMT
Debatedor: Dorival Gonçalves Jr.
Membro do Grupo de Estudos e Recursos Naturais Não-renováveis e Energéticos/UFMT

1. Política Municipal do Meio Ambiente/Manejo do Lixo

Foi abordado, em linhas gerais, o projeto da usina de lixo do município de Cuiabá, em parceria com a FEMA na implementação do projeto e para captação de recursos

através do PRODEAGRO, junto ao Banco Mundial. Ressaltou-se o que é o ponto alto do projeto: a recuperação de uma área degradada com aterro sanitário. No caso em questão na área escolhida, a degradação foi ocasionada por garimpo de ouro, uma atividade existente em todo o Mato Grosso. O lixo urbano e o garimpo são problemas ambientais que existem no município de Cuiabá, mas ao transformar a área impactada pelo garimpo em aterro sanitário, o município evitou a degradação de uma nova área e diminuiu o impacto causado pelo garimpo.

Concluindo: o manejo dos impactos ambientais deve incluir prevenção, recuperação de áreas e, em determinados casos, se a área preencher os requisitos necessários, a utilização de áreas impactadas para solucionar a alocação de resíduos sólidos urbanos.

2. Experiência Política Estadual de Saneamento Básico

Foram apresentadas a estrutura da SANEMAT, a cobertura de saneamento no Estado, as dificuldades operacionais e pontos de estrangulamento da estrutura. Concluindo-se, ao final, que há necessidade de se municipalizar a SANEMAT para que a política de saneamento fique mais coerente com as peculiaridades regionais de crescimento urbano e recursos hídricos disponíveis.

3. Experiência Política Estadual de Meio Ambiente

Foi enfocado particularmente o interesse da FEMA em estabelecer parcerias para desenvolver projetos na área ambiental com as instituições de saúde em todos os níveis, estaduais, municipais e ONGs, inclusive para a formação de agentes de saúde que atuariam em conjunto com equipes da FEMA na área ambiental.

4. Experiência Política Nacional de Saúde e Meio Ambiente

O representante do Ministério da Saúde apresentou o projeto de Vigilância Epidemiológica do Uso de Agrotóxicos, em que atualmente trabalha a Divisão de Meio Ambiente e Ecologia Humana em parceria com a OMS e algumas Secretarias Estaduais de Saúde, veiculando a possibilidade de ampliação para o Estado de Mato Grosso. A cópia do projeto foi deixada aos cuidados da coordenação geral da Conferência para conhecimento dos interessados.

MESA 03: Vigilância Sanitária e Epidemiológica

Coordenação: Rubens Apoitia
Coordenador de Vigilância Sanitária e Epidemiológica/SES/MT

Exposições: **A Descentralização e os Paradigmas de Mudanças das Práticas Sanitárias e Epidemiológicas em Nível Nacional, Estadual e Municipal**
Conexão Saúde x Meio Ambiente de Trabalho

O Movimento de Consumidores e a Qualidade dos Serviços de Saúde

Relatores: Marcelo Azalim
Secretário substituto de Vigilância Sanitária/MS
Marisa Lima Carvalho
Diretora Técnica do Centro de Vigilância Sanitária/SES/SP
Fernando Ribeiro de Barros
Médico sanitário da SES/BA
Waldir Bertúlio
Professor do Instituto de Saúde Coletiva/UFMT

MESA 04: Violência à Criança e ao Adolescente, Drogas e Alcoolismo

Coordenação: Dr. Euze Márcio Souza Carvalho
Presidente do Conselho Estadual da Criança e do Adolescente/MT

Exposições: **Conceituação de Maus Tratos na Criança e no Adolescente. Notificação Obrigatória de Maus Tratos**

Dr. Euze Márcio Souza Carvalho

Violência à Criança e ao Adolescente. Estatística dos Casos que Dão Entrada no SOS Criança

Josefa Siqueira Teixeira
Técnica da Fundação de Promoção Social/PROSOL

Experiência: **A Violência sob o Enfoque da Abordagem Sistêmica**

Norma Ines Cuoghe Melhorança
Psicóloga

A Atuação do Conselho Estadual de Saúde na Área da Criança e do Adolescente

Luis Fernando Rogério

Vice-presidente do Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso

O Cotidiano das Crianças no Âmbito Institucional. Experiência do Lar Escola Meninos do Futuro/ PROSOL

Terezina Fátima Paes de Arruda

Assessora PROSOL

MESA 05: Ações Básicas de Saúde no Novo Modelo de Atenção

Coordenação: Vanja Jogurta Bonna

Coordenadora Técnica da SES/MT

Exposições: **Experiência do Estado do Ceará**

Francisca Maria de Oliveira Andrade

Subsecretária da SES/CE

Experiência do Município de Itapiúna/CE

Adoneide Crispim da Silva Clementino –

Secretária Municipal de Saúde de

Itapiúna/CE

1. Experiência do Ceará

Nesta mesa, foram apresentadas as experiências de saúde bem-sucedidas no Estado do Ceará, destacando-se o trabalho realizado no município de Itapiúna. No Ceará, programas como o PACS foram iniciados em 1988 e hoje o Estado possui mais de 8 mil e 300 agentes de saúde trabalhando em todo o interior e mais mil trabalhando na Capital. Na opinião da Subsecretária Estadual de Saúde,

Francisca Maria Andrade, a iniciativa do PACS foi o início da mudança no modelo ali vigente, tradicionalmente baseado no hospital e centrado na figura do médico. Dentre outras ações, a SES/CE priorizou o contato com os gestores municipais para a adesão ao PACS e programas como a Saúde da Família (PSF). O PSF já está implantado em 57 municípios, com 220 equipes, compostas de médico, enfermeiro e, conforme o maior ou menor interesse dos prefeitos, odontólogo, assistente social e psicólogo.

2. Experiência de Itapiúna

De acordo com a Secretária Municipal de Saúde de Itapiúna, Adoneide Crispim Clementino, Itapiúna é um pequeno município, com 12 mil e 840 habitantes, segundo o IBGE, mas, segundo o censo feito diretamente pelos agentes comunitários de saúde locais, teria algo em torno de 17 mil. A organização social obtida pelos gestores municipais possibilitou importantes avanços que culminaram na Gestão Semiplena. Desta forma, o município chegou a alguns indicadores que comprovam a eficácia da participação popular na gestão dos sistemas. Itapiúna está, hoje, com a mortalidade infantil de 16,7 por mil crianças; cobertura vacinal de 100%; crianças de zero a seis anos com o peso em dia; 96% das crianças pesadas mensalmente. O município obteve ainda uma redução no internamento hospitalar em 18%, enquanto o aumento dos partos hospitalares aconteceu em 34%. Em Itapiúna, nenhuma gestante tem bebê em casa, já que todas elas têm autorização da Secretaria de Saúde e do governo municipal de pegarem um carro onde estiverem e procurarem o hospital, pois a Prefeitura banca esta despesa. A mortalidade materna, há três anos, é zero. Estas estratégias passaram por programas como o PACS e o fortalecimento da participação da comunidade nas decisões.

Controle Social Frente à Crise da Saúde

MESA 2

Coordenador: Arlindo Fábio Gomes de Souza
Debatedora: Marilda Calháo Matsubara
Experiência: Canal Saúde – Fundação Oswaldo Cruz
Arlindo Fábio Gomes de Souza

SBPC/Superintendente do Canal Saúde –
FIOCRUZ

Antecedendo à palestra do sr. Arlindo, a srª Osvaldina Santos, autodidata, formada em Artes Plásticas pela Universidade de Cuiabá, pintora, poetisa e orientadora do Ateliê Livre da Secretaria de Estado de Cultura interpreta a poesia “A bomba D”, de Ferreira Gullar:



Mesa de controle social: conferencista Arlindo Fábio Gomes falando

A Bomba D

Ferreira Gullar

Introduzo na poesia
A palavra diarreia
Não pela palavra fria
Mas pelo que ela semeia
Quem fala em flor não diz tudo
Quem fala em dor, diz demais
O poeta se torna mudo sem as palavras reais
No dicionário a palavra é mera idéia abstrata
Mais que palavra, diarreia é a arma que fere e mata
Que mata mais que faca,
Mais que bala de fuzil
Homem, mulher e criança no interior do Brasil
Por exemplo:
A diarreia no Rio Grande do Norte
de 100 crianças que nascem, 76 leva à morte
É como uma “Bomba D” que explode dentro do homem
Quando se dispara lenta a espoleta da fome
É uma bomba-relógio
O relógio é o coração
Que enquanto o homem trabalha vai preparando a explosão
Bomba colocada nele muito antes dele nascer
Que quando a vida desperta, nele começa a bater
Bomba colocada nele pelos séculos da fome
E que explode em diarreia no corpo de quem não come
Não é uma bomba limpa
É uma bomba suja e mansa que elimina sem
Barulho vários milhões de crianças
Sobretudo no Nordeste
Mas não apenas ali
Que a fome do Piauí
Se espalha de Leste a Oeste
Cabe agora perguntar:
Quem é que faz essa fome?
Quem foi que ligou a bomba ao coração desse homem?
Quem é que rouba desse homem o cereal que ele planta?
Quem come o arroz que ele colhe, se ele o colhe e não janta?
Quem faz café virar dólar, se faz arroz virar fome?
É o mesmo que põe a bomba suja no corpo do homem
Mas precisamos agora desarmar com nossas mãos
a espoleta da fome que mata nossos irmãos
Nós precisamos agora deter o sabotador
Que instala a bomba da fome dentro do trabalhador
E sobretudo é preciso trabalhar com segurança
Pra dentro de cada homem
TROCAR A ARMA DA FOME
PELA ARMA DA ESPERANÇA.

Dona Osvaldina, muito obrigado pelo poema de Ferreira Gullar, que nos traça, desde a década de 60 ou 70, as suas preocupações, um pouco da realidade brasileira e um pouco dos caminhos que ele imaginava fossem aqueles que deveriam ser trilhados, para superar essa situação de emergência ou daquela catástrofe que já se via no País com as questões, entre outras, da fome, da miséria e do atendimento na área da saúde. Nós temos um painel hoje desta nossa Conferência sobre o Controle Social.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer, mais uma vez, de público, à coordenação dessa Conferência, muito particularmente seu Presidente, ao secretário de Saúde Dr. Júlio Müller, o convite que nos fez, que nos dá a oportunidade de um retorno a Cuiabá, para conviver com vocês e pegar um pouco dessa experiência. Quem ainda não foi ver, vale a pena ir à exposição, há várias experiências dos municípios e da própria SES.

Hoje, parece-nos tão comum você chegar a uma Conferência e encontrar uma série de dados, por exemplo, como distribuição de número de funcionários de uma secretaria, onde estes estão atuando, quais são as formações profissionais. Há alguns anos, esses números, simplesmente, eram não uma realidade específica desse Estado, simplesmente sonogados. Era uma informação básica de manipulação política de determinados setores do governo, que não se interessavam, em nenhum momento, colocar às claras quantos somos, onde estamos, o que fazemos, quais são as nossas formações.

Cuiabá não teve, durante muitos anos, mais de 40 graus. Desde essa tolice de controle de temperatura, até o controle de informação, nas coisas mais importantes e caras para o cidadão, que fazia com que, evidentemente, a possibilidade do exercício de controle da sociedade sobre a ação do Estado fosse extremamente reduzida. Então, quando entro naquela exposição, eu me surpreendo com a idéia de que um dia nós não tivemos nenhuma daquelas informações e que na próxima conferência nós vamos ter mais informações do que hoje dispomos e, a partir delas, nós vamos exercer maior controle ainda sobre as ações desenvolvidas pelos governos do Estado e dos nossos municípios.

Por que estou colocando isso para vocês? Porque tudo o que nós temos, o SUS, essa proposta está no bojo do processo de redemocratização da sociedade brasileira. Em 1986 (nós estamos comemorando 10 anos de realização da VIII Conferência Nacional de Saúde), também tínhamos um processo como esse. Nas etapas municipais, tiramos

os delegados dos municípios para os Estados e dos Estados para a Conferência Nacional, em Brasília. Dali saiu força da representação da sociedade brasileira, dos profissionais de saúde e prestadores e dos gestores, de forma que os resultados daquela Conferência foram considerados como pré-constituente da Saúde.

Quando os resultados foram levados depois, em 1987 e em 1988, discutidos no Congresso Nacional, os próprios parlamentares não discutiram muito, porque reconheciam a representatividade e a legitimidade da VIII Conferência Nacional de Saúde. Houve moções populares, e foram aperfeiçoadas; algumas questões foram alteradas, foram modificadas, mas o substitutivo do texto, aquilo que tinha sido colocado na VIII Conferência Nacional, foi mantido na Constituição. Porque pela primeira vez se reunia, de forma ampla, representativa e legítima, legal. Reuniam-se segmentos da sociedade para discutir as questões da saúde, para dizer o que queremos: saúde é direito de todos e um dever do Estado. Isso se consagra na Constituição.

Antes disso, se vocês forem às Constituições, quando se falava a palavra saúde, tratava-se da questão de calamidade pública, exclusivamente. Todas as Constituições brasileiras falam disso ou da administração dos cemitérios. São as primeiras Constituições do início da República. A administração de cemitério ou intervenção em caso de calamidade pública só acabou em 1934, 1937. São as Constituições mais duras, fascistas, de inspirações fascistas que temos no Brasil. Tratam ainda das chamadas enfermidades sociais. Na verdade, eles queriam se referir às chamadas ideologias exóticas, aquilo que mais tarde foi a perseguição a grupos de esquerda etc.

É a primeira vez que o assunto saúde entra na Constituição Brasileira, em um capítulo especial, que trata das questões da seguridade social, com uma formulação que não encontra paralelos na história constitucional do país ou na história das leis do Brasil, porque se reconhece a legitimidade e a representatividade de uma Conferência Nacional de Saúde. Os próprios congressistas, eleitos com legitimidade, com representatividade do espaço da área da saúde para reformular as suas proposições. E tudo está baseado nisso: a estruturação do SUS, a forma como ele está montado, a inversão dessa pirâmide, privilegiando a esfera municipal, depois a coordenação da esfera estadual e a coordenação das políticas na esfera federal, invertendo essa pirâmide, que normalmente nós enxergamos. Quando olhamos, nós vemos no cume dessa pirâmide sempre o poder Federal e o Governo; o governo estadual e depois, lá

embaixo, pressionados pelo Federal, pelo Estadual, os municípios.

Isso se inverte, nessa proposição, nessa proposta política, nessa proposta de reorganização, a partir de um conceito de participação da sociedade no processo decisório, no exercício do controle social. Em outras palavras, o SUS não anda, é impraticável, não contribuiu em situações onde você não tem a possibilidade do exercício da prática democrática. Se não existe a prática democrática, não existe a possibilidade de controle; é melhor o que nós tínhamos no INAMPS, que para a modificação de um formulário em Cáceres, você tinha que pedir a autorização ao presidente do INAMPS em Brasília, quando não, antes, ao Rio de Janeiro. Aí se você, em Cáceres, não tivesse um formulário novo de atendimento de qualquer questão ambulatorial dentro da sua unidade, dentro do seu PAM, e o presidente do INAMPS não tivesse aprovado o seu formulário. É melhor que se faça assim, funciona melhor. Mas funcionava na época. Funcionava dentro desses moldes. Agora, o que Cáceres tinha, em termos de atendimento, era aquilo que a população necessitava; os recursos que chegavam a Cáceres eram os recursos necessários para o atendimento à população. Havia a oportunidade de treinamento dos profissionais de Cáceres na área da saúde, exigia-se a possibilidade de essa população ampliar o seu aspecto de demandas e de acompanhar o que vinha sendo realizado pelo INAMPS; era uma forma de funcionamento. Era uma forma de organização que não supunha a existência do controle e dessa prática política por parte da sociedade, dos profissionais, dos gestores.

Então, hoje, quando nós nos reunimos numa III Conferência Estadual de Saúde, etapa preparatória da X Conferência, talvez, nem tenhamos a idéia precisa de que um dia também não foi assim, e de que 10 anos, num processo político, é um espaço muito curto para o volume e a grandeza da conquista que se conseguiu no Brasil em termos de organização dos serviços de saúde; experiências e mudanças no modelo de atenção e no processo de atendimento às necessidades de saúde da população. Talvez não tenhamos idéia de que 10 anos é muito pouco, com todas as tentativas de boicote permanente nas várias esferas do governo para o não funcionamento do SUS e, fora da esfera do governo, o setor privado, que se organiza na busca da imagem da falência do SUS em nosso país, em busca da privatização.

Tivemos a diminuição drástica no orçamento da União e a manutenção ainda limitada no orçamento dos Estados,

recuperado nos orçamentos dos municípios, apesar de todas as dificuldades financeiras, de uma execução orçamentária que tem chegado normalmente um pouquinho além da metade do previsto em nossos orçamentos. Apesar disso tudo, sem dúvida nenhuma, o quadro que nós temos hoje é completa e radicalmente diferente do quadro que observamos ao longo das últimas décadas em nosso país. Certamente, devemos isso à possibilidade do exercício do controle da ação do governo em cada uma das esferas, por parte da sociedade organizada. É essa sociedade que tem o exercício, tem praticado essa chamada democracia participativa, que tem participado diretamente das Conferências, dos Conselhos, que tem organizado outras formas de controle, como por exemplo, as Ouvidorias. Essa mesma sociedade que tem dinamizado e mobilizado em outras oportunidades o setor saúde – fora do setor saúde – na consolidação de suas conquistas, no controle da ação que o Estado desenvolve. Notem, são só 10 anos. É pouco num processo político, na construção de uma sociedade. Nós estamos avançando nesse sentido.

Li nessa semana que, na área do Ministério da Agricultura, querem pensar o “SUS” na área da pecuária. Como organizar? A partir do exemplo da descentralização das ações do serviço da saúde dos animais. Queria pegar esse modelo. A organização da área da assistência social, na proposta da área da assistência social, também nos mesmos moldes, que se descentralizem as ações do serviço. É fortalecido, nos últimos anos, na área da educação, o processo de descentralização, também na área da saúde. Essa é a tendência na área da habitação, alimentação e sucessivamente. Essa é uma tendência inexorável, cuja responsabilidade cabe a nós, a qual está calcada na possibilidade do exercício de controle da sociedade sobre as ações desenvolvidas pelo Estado. Se esse controle não existe, se essa participação da sociedade não existe, rui, cai o edifício montado do SUS; surge o sistema de saúde animal, do sistema de assistência social, de educação, do que for. Se a participação e o controle social que são a base da sustentação, não forem garantidos nem exercidos, o Sistema de Saúde inexistirá.

Creio que está na hora de passarmos às manifestações da mesa. Só queria lembrar um exemplo recente em termos de controle e a importância de estarmos atentos, permanentemente, em relação à ação governamental e, como isso pode e como nós podemos fazer através dos Conselhos, através das Conferências, determinadas composições políticas necessárias, mas que não pode nos retirar também do horizonte permanente que nós temos ou daquele

conjunto de objetivos que temos. Vou me referir a CPMF. É um exemplo bastante claro de como a sociedade e governo dialogam em um determinado momento, e conseguem estabelecer algum ganho, algum resultado.

Foi aprovada ontem a CPMF. Entretanto, do ponto de vista mais amplo, aquilo que é uma vitória pode ser considerado também uma derrota. Consegue-se algo provisório para tentar resolver os problemas financeiros e não se alcançou aquilo que era incorporação definitiva do percentual da seguridade social, dos percentuais dos 10% dos orçamentos da União, dos Estados e dos municípios. Mas, vocês é quem sabem. Vocês é que estão no atendimento, vocês é que estão administrando as SMS, a SES; vocês é que estão nos postos de atendimento e sabem perfeitamente como eles representam neste momento um desafio para uma situação que vai chegar ao paradoxismo. Do ponto de vista teórico, você discutir a CPMF é muito interessante. Do ponto de vista da prática, de quem está no ponto de atendimento, é muito complicado. Não temos dinheiro para resolver as ações de serviço de saúde que a população demanda.

Entretanto, o que nós fizemos na verdade? Fomos totalmente contrários à CPMF. Essa foi uma posição nacional tomada ao longo dos tempos. Por quê? Ia atrasar a possibilidade da obtenção de um resultado mais permanente, mais duradouro, em termos de recursos para a área de saúde. Acontece que, politicamente, isso não se mostrou viável. Qual era a posição dos Conselhos, qual foi a posição das Conferências, das lideranças, das entidades, etc.? Continuar batendo que não? Analisaram o quadro político e disseram, nessa conjuntura, nós não temos como sair. Quem está no ponto de atendimento está precisando desse dinheiro, e nós vamos ter que achar uma forma de fazer uma composição para obter esse resultado, esse dinheiro. Foi estabelecida uma aliança política, temporária, tanto quanto se espera seja a CPMF, mas que não percamos de vista, portanto, porque temos uma solução temporária daquilo que era nosso objetivo original e inicial, cuja temporalidade se deve, exclusivamente, a uma situação de inviabilidade política, nesse momento, de obtenção de um resultado maior.

Esse é um tipo claro de composição que faz a sociedade com setores de governo, por exemplo, na área do MS e setores de coordenação das SES e das SMS na conquista de um determinado conjunto de benefícios, hoje representados pelos recursos da CPMF. Que isso não arrefeça o ânimo da busca, da conquista de uma solução definitiva. E

isso quem determina é exatamente a sociedade, através dos Conselhos e de suas entidades. Ela é quem diz: vamos ou não vamos fazer esse tipo de composição? Vamos ou não fazer esse tipo de aliança temporária? Vamos, é a nossa saída agora... Sabendo que isso é uma conquista. Se permanece, pode representar uma derrota para as aspirações de fontes permanentes de financiamento do nosso setor.

Nós temos uma mesa extremamente capaz de transmitir para nós todas as suas experiências vividas ao longo dos últimos anos, quer nos Conselhos Municipal ou Estadual e Conselho Nacional de Saúde; quer na experiência da Ouvidoria. Depois, ao final da exposição da nossa mesa, a Marilda vai ter a responsabilidade de apresentar uma síntese dos pontos principais, para efeito de debate que estamos tendo nos grupos de trabalho, nas nossas reuniões, e vamos continuar a levar, inclusive, para a etapa nacional da X Conferência Nacional de Saúde. Nós vamos ter 15 minutos para cada uma das apresentações. Ao final desses 15 minutos, o coordenador tem que avisar, a tarefa é chata... Eu sei que a riqueza das experiências é maior do que os 15 minutos que dispomos, mas é tempo razoavelmente suficiente para apresentarmos parte, pelo menos, dessas tão ricas experiências.

Vamos então trabalhar sobre o diagnóstico da atuação dos CMS de Mato Grosso, do CES/MT, da experiência do CNS. Depois, vamos pegar essa experiência bastante particular de vocês, já em termos de desenvolvimento da Ouvidoria Municipal de Cuiabá e da Ouvidoria Estadual de Saúde/MT. É importante que nessas experiências estejamos bastante atentos, pois assim, num determinado momento, se criou alguma confusão entre o Legislativo e os outros deliberativos na área da saúde. Então, estávamos superando as Câmaras de Vereadores ou Assembléias Estaduais na área? Não. Simplesmente estávamos fazendo uma ação coordenada; uns, através da prática representativa, outros através de uma prática mais participativa. *Como é que as Ouvidorias estão no meio disso? Como é que entram as Ouvidorias com os Conselhos? Como é que entram as Ouvidorias desse conjunto de relações?* Nós gostaríamos de poder ter dessa experiência de Mato Grosso. Então, peço que Dejair José Pereira, nosso administrador regional da Prefeitura Municipal de Cuiabá, apresente sua exposição sobre o diagnóstico da atuação dos CMS no Estado de MT.

Diagnóstico da Atuação dos CMS's no Estado de Mato Grosso

Dejair José Pereira
Administrador Regional da Prefeitura de Cuiabá

Inicialmente, eu gostaria de agradecer a oportunidade de estar compondo essa mesa, agradecer ao nosso companheiro Arlindo, que veio nos honrar com sua brilhante exposição, e nos ajudar também. E a todos os componentes da Comissão Organizadora, que não mediram esforços para a realização dessa Conferência, com bastante sucesso. Em especial, aos companheiros de luta do interior, dos municípios, que realizaram, nesse curto espaço de tempo, suas conferências. Eu sou apaixonado pelo tema Controle Social; o Arlindo colocou muito bem a trajetória e nós a discutimos ao longo dessas Conferências, quando tive a oportunidade de ser conferencista, manifestando o que penso sobre o que e como se pretende fazer esse Controle Social. Agora, nós vamos fazer uma reflexão de como é que nós estamos. Primeiro, eu gostaria de dizer que Mato Grosso é um Estado que cresceu, nesses 10 anos de luta do SUS, ou mais especificamente, 12 anos quando começaram as ações integradas; Mato Grosso deu um grande salto. Saiu de cerca de 50 municípios, mais recentemente, para 117 municípios. E, agora com a redivisão do Estado, com mais nove municípios, teremos 126. Isso tudo colocado, analisamos como estamos com os Conselhos no Estado. Os Conselhos Municipais de Mato Grosso nasceram, também, como os outros Conselhos do Brasil, com a questão de propostas de financiamento e esses conselhos foram criados gradativamente. Hoje nós temos, no Estado, tal qual foi apresentado aqui na Conferência, cerca de 90% dos municípios com CMS instalados. Quase 100%, porque alguns se emanciparam recentemente e ainda não têm a criação de seus Conselhos.

Como nós estamos com os CMS's? Nós ainda temos alguns problemas, que eu vou citar rapidamente, pois o tempo é curto. Eu tinha me preparado para fazer uma análise de cada problema, mas não vai ser possível. Nas conferências municipais debatidas, isso fica como trabalho em grupo, para debate, onde se poderiam apresentar essas questões. No atual estágio, nós temos problemas nos CMS's, ainda até de ordem de cumprimento das normas legais do município. Com relação à composição, ou seja, à constituição do Conselho, ainda temos vários problemas. Vale dizer que temos dificuldade em definir que atores ou

que grupos da sociedade devem estar no Conselho. Por isso, vários Conselhos, uma parcela expressiva, quase 50%, tem dificuldade nessa composição. Vou dizer um exemplo. Quem é trabalhador de saúde? Fica uma pergunta que, às vezes, no município, é difícil de ser respondida.

Uma questão também bastante séria é a representatividade e a participação aí conjugada com relação à sociedade. A representatividade, eu acredito, já vem sendo discutida desde o ano passado, com a vinda do Dr. Júlio Müller para a Secretaria de Saúde do Estado, quando se procurou redefinir o papel da Secretaria de Estado de Saúde e das Secretarias municipais. Já tínhamos alguns estudos junto com o Instituto de Saúde Coletiva, naquela época, o Núcleo de Desenvolvimento da Saúde, com relação a propostas de Conselhos apontando nesta direção. Aí começamos a discutir a representatividade. Muitas vezes, nos movimentos sociais, os que estão representados no Conselho não discutem com as suas bases, não trazem para o Conselho as teses ou defesa de seus interesses. Entra esta questão da representatividade. Ela fica prejudicada.

Um outro problema que encontramos, com bastante frequência na maioria dos Conselhos, e aqui tem vários conselheiros do interior, depois dos debates podem explicar isto melhor, é o desconhecimento de seus papéis e de suas competências. Isso ainda temos que aperfeiçoar bastante, buscar mecanismos para superar este grande problema. Um dos entraves é que isso faz também que estejam atrelados esses avanços democráticos a que o Arlindo se referiu. Em muitos municípios isto depende da vontade do Executivo em avançar ou não, ou seja, democratizar as decisões sobre saúde. Isto também é um problema com relação à participação dos Conselhos.

Um outro problema, também bastante sério, é a dificuldade para a formulação de estratégias para execução das políticas de saúde. Aí os Conselhos, muitas vezes, trabalham para homologar pequenas coisas, mas não acompanham, exatamente, a formulação da política de saúde em nível municipal ou estadual.

Não vou dizer exemplos aqui, mas quando nós trabalhamos no início das ações integradas e depois pelo SUS, trabalhamos planos plurianuais. Atualmente encontramos uma situação que nem o Estado nem os municípios têm explicitado seus planos anuais para a sociedade de um modo geral. Isto dificulta a participação do Conselho. O que o Conselho vai reivindicar, se não tem explicitados esses planos anuais?

E uma outra questão mais séria é ainda o desconhecimento do processo orçamentário, que seria as Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO), o processo como um todo. Há ainda um desconhecimento grande, por parte dos Conselhos municipais, mas isto é o que estávamos dizendo que não há vontade do Executivo em democratizar essas ações sobre a saúde. Este é um entrave que não está só nas mãos do Conselho, está aí na participação de forma mais ampla para conseguir que se estabeleçam os planos plurianuais.

De certa forma, encontramos isto quando voltamos para a Secretaria de Estado de Saúde. A partir do ano passado não se tem mais em mãos os planos anuais ou plurianuais. Então esta é uma proposta que nós vamos ter que começar a atacar de frente. A Secretaria, junto com o Conselho Estadual de Saúde, e outros organismos, partindo para o Sistema Único, estão formulando propostas de estratégias para superar estas questões. Outra, eu já disse, é a definição de diretrizes da locação de recursos dos fundos de saúde. Este é um dos pontos de entraves para o Conselho. É que os fundos de saúde, na maioria dos municípios, estão criados, mas não estão sendo operacionalizados de fato e de direito. Às vezes, eles têm uma cota, mas que a maioria dos conselheiros ou Conselhos não têm acesso a estas informações. Um outro problema está relacionado à alteração dos Conselhos. E o que eu considero mais sério é a comunicação e a informação. Acho que depois o Luís Fernando vai tocar nisso.

Com relação à atuação do Conselho Estadual, a dificuldade maior é exatamente a comunicação e a informação entre o Conselho e o Poder Executivo local, e há, também, entre outros conselhos. Bem, em síntese, o diagnóstico tem muito mais coisas que poderíamos discutir; é sobre estes que devem ser tomadas providências urgentes. Depois da notícia um tanto quanto ruim, vamos passar para as notícias melhores para não desanimarmos ninguém.

Apesar de todos os problemas, Mato Grosso tem dado saltos na qualidade de trabalho com os Conselhos. Como exemplos, existem experiências importantes de alguns municípios com relação à participação da sociedade nesta formulação. Alguns Conselhos já estão conseguindo estruturas dentro destes problemas da organização. Nós temos alguns exemplos de Conselhos que estão conseguindo, inclusive, definir junto ao Executivo um orçamento para que eles tenham condições de exercer suas atividades. Esse é um dos problemas que a maioria dos municípios tem. E apareceu, na pesquisa que fizemos, um número

expressivo de Conselhos que já possuem Secretaria Técnica.

Mas, na prática, quando discutimos nos municípios, durante as conferências municipais, essas secretarias não estão estruturadas ou sem uma secretária-executiva que estaria fazendo este papel junto a outros Conselhos. Mas existe sim uma pessoa já responsável por isso, o que já é um bom início.

Uma outra questão é que nós estamos tendo a oportunidade de ver o interesse de todos os municípios de constituir seus Conselhos. A exemplo disso, nós temos em Mato Grosso uma população bastante expressiva de índios. Já temos os Conselhos Indígenas criados. Cinco deles são em locais onde temos nossos irmãos índios, sejam eles em Tangará da Serra, São Félix do Araguaia, Barra do Garças, Nova Xavantina e Rondonópolis.

Então, esta é uma questão de saúde em que estamos crendo. A participação da sociedade em buscar e definir esses destinos da saúde do Estado. É, também, agora, a oportunidade que temos de estar na X Conferência Nacional de Saúde, dando a nossa contribuição para a construção do SUS, em nível de Brasil.

Bom, para concluir, devemos criar mecanismos, a exemplo de alguns Conselhos, para que o Conselho ou os Conselhos Municipais assegurem o chamado Canal de Comunicação e entrosamento dos Conselhos. E alguns já colocaram muito bem que têm aí o exemplo da saúde buscando os Conselhos de Ação Social e há também outros organismos que poderiam estar atuando junto conosco, que são os PROCON's, os conselhos de classes profissionais, de um modo geral, que ainda não estão bastante sintonizados, por falta desse manual de comunicação.

Mato Grosso, um Estado continental, ainda tem muitos problemas no sistema de comunicação formal. Mas já avançou bastante. O que falta agora é esta relação e hoje já existem estudos e propostas sobre o trabalho aí com as organizações não governamentais, com as universidades e outros no sentido de que se possa trabalhar na formação de conselheiros.

Existe outra coisa que eu esqueci de falar também que é limitante, é a relação do trabalhador da saúde com os usuários. Existe, em certos momentos, uma relação até de rivalidade. O trabalhador da saúde não está preparado ainda para ver no usuário um parceiro, porque nós assumimos um duplo papel: ora somos trabalhadores, ora somos usuários. Este é um dos fatores limitantes e que impedem

o avanço dos Conselhos Municipais de Saúde. Existem também experiências que estão dando certo em alguns municípios: a criação de Conselhos Gestores de unidades. Há ainda problemas de relacionamento, mas estes já deram um salto muito bom de qualidade no controle das ações de saúde.

Eu pararia por aqui porque o tempo é curto e depois do debate pode-se tratar de outras coisas que ficaram de fora. Mas Mato Grosso, realmente, nestes últimos cinco anos, deu um salto nas questões da criação de Conselhos e, especificamente, a partir de um ano e meio a dois anos, e não é coincidência.

Realmente, houve um incentivo e a participação da população correspondeu a isso. E gostaríamos de consolidar isso nestes próximos anos, para que a população faça o controle a que o Arlindo se referiu, que é exatamente a sociedade definindo seus destinos e não o Estado, naquela forma que se falava de controle social da época da ditadura, que era o Estado controlando a sociedade.

Deixo meu muito obrigado, estaremos aí, disponível a todos os companheiros que nos conhecem. Vou até fazer uma provocação ao Luís Fernando, já que até há pouco tempo eu fazia parte do Conselho Estadual, no sentido de que, se vocês precisarem, busquem aqui na pessoa do Luís Fernando, o Conselho Estadual, a Secretaria Estadual de Saúde, a Universidade também e a própria Fundação Nacional de Saúde, que é uma parceira nossa nesse trabalho de construção e consolidação dos Conselhos. Existe aqui também a Ouvidoria, representada pela professora Edna, que depois vai falar sobre a experiência dela. Então colocamo-nos à disposição dos companheiros para que possamos trocar experiências. E um dos projetos que estamos querendo lançar é a questão da cooperação técnica entre Conselhos.

Meu muito obrigado.

Atuação do Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso

Luis Fernando Rogério
Vice-Presidente do Conselho Estadual de Saúde

Bom dia a todos, sou Luís Fernando e represento a entidade da Defesa da Criança e Adolescente no Conselho Estadual de Saúde, onde sou vice-presidente por indicação dos usuários. Bom, vamos conversar um pouco sobre

o Conselho Estadual de Saúde. O Conselho é a instância máxima de deliberação das políticas públicas do Estado de Mato Grosso. Ele deveria ser uma instância que subsidiasse, com informações, as Secretarias Municipais de Saúde, promovesse as articulações com os Conselhos Municipais de Saúde, o entrosamento, enfim, através de textos sobre políticas públicas e os temas debatidos no Conselho Estadual de Saúde com toda a sociedade.

Isso tudo, no meu modo de ver, esta relação de Conselho com Conselho, ainda é uma coisa um pouco complicada. Por exemplo, nestes dois anos e meio que eu faço parte do Conselho Estadual de Saúde, se eu recebi dois ou três textos do Conselho Nacional de Saúde foi demais. Se o Conselho Estadual de Saúde mandou quatro ou cinco textos para os municípios também foi muito. Uma outra questão eu vou colocar... Vou colocar um pouco do que o Conselho Estadual de Saúde deveria fazer e depois vou colocar o que o Conselho está fazendo. Uma das questões que vejo, que é uma das mais sérias do Conselho Estadual de Saúde, é a dificuldade enorme quando a gente fala de controle social, de informação e de atuação. Agir sobre a informação recebida, analisar e deliberar sobre ela, e, muitas vezes, a questão de você provocar discussão é uma coisa muito complicada.

Uma estratégia que uso muito é de sempre colocar um assunto polêmico na pauta do Conselho Estadual de Saúde. Fomentar a discussão é importante. Você pode não saber direito o que você quer, mas você sabe bem o que não quer. Muitas vezes as pautas dos Conselhos são pautas técnicas, pautas cansativas, pautas que não se discutem com um linguajar do Sistema Único de Saúde. Estes dias eu estava num encontro de formação de conselheiros na Chapada dos Guimarães, e uma companheira da Universidade me perguntou se eu era sanitaria. Então você vê como, de repente, assumimos o linguajar do SUS, perdemos um pouco da identidade popular com a militância e usamos a linguagem do Sistema Único de Saúde. Mas isso não é um recurso ingênuo, pois eu acredito no SUS, eu acredito neste processo de descentralização e de municipalização que só é possível com os Conselhos Estaduais, com os Conselhos Municipais e com o controle social. Essa questão do controle social eu tenho muito claro. Isso, antigamente, era feito através da burocracia, ou melhor, até hoje. Burocracia não controla nada, burocracia é feita para ser burlada. Vemos os "ralos" da saúde pública, as fraudes aí consolidadas e a ineficiência de fiscalizar esse processo, um processo em que, muitas vezes, nos deparamos com situações que são assuntos de polícia e não de

Conselhos de Saúde. São fraudes na parte ambulatorial e hospitalar. Esta conferência deveria a respeito da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), acabar com essa tal de AIH. Não sei de que forma poderíamos pagar essa parte hospitalar, mas esta Autorização de Internação Hospitalar não funciona.

Uma outra questão, dessa coisa de falha nossa, é que o Conselho Estadual de Saúde tem pecado em fiscalizar, em atuar nesta questão de controle na Secretaria Estadual de Saúde. Hoje, a Secretaria Estadual de Saúde escancarou as portas e qualquer membro do Conselho Estadual de Saúde pode chegar em qualquer Coordenadoria e conseguir as informações necessárias. Existem algumas Coordenadorias que o sujeito fala: não! O Conselho delibera, manda para o presidente, este manda para a Coordenadoria, em seguida a Coordenadoria dá resposta, retornando para o Conselho. Nisso passam-se uns quatro a cinco meses, com muita sorte.

Mas vamos avançando neste processo. Há Coordenadorias que são bastante avançadas. Temos informação, praticamente, on line. Esse é um problema sério que eu vejo no Conselho Estadual de Saúde. Hoje eu não sei, eu desafio qualquer membro de qualquer Conselho Municipal aqui presente, a respeito do faturamento ambulatorial de seu município. Principalmente dos usuários. Qual é o faturamento hospitalar de seu município? Eu vejo esta dificuldade muito grande na questão de prestação de contas, onde está sendo gasto o dinheiro e, principalmente, eu não quero saber onde está sendo gasto o dinheiro, o que eu quero deliberar é onde eu quero que seja gasto o dinheiro. Eu acho que tem que ser este o espírito de cada Conselho Municipal de Saúde, em cada conselheiro de saúde.

Vocês têm um poder deliberativo e não conseguem se organizar para atender esta demanda. Os gestores têm um obstáculo muito grande nestas questões. Eles ficam, eu não sei por que, vendo, com certo temor, a proposta de se abrirem as caixas pretas de saúde porque sabe-se que as manobras administrativas existem. Existem e estão aí consolidadas, infelizmente. Como eu falo, burocracia não fiscaliza nada, burocracia não controla, mas temos que avançar neste processo.

Agora vou falar um pouco do que o Conselho Estadual de Saúde tem feito. Um avanço é a forma de organização, como se atua no Conselho, principalmente com o segmento dos usuários. Tenta-se fazer uma articulação com uma certa antecedência de discussão dos temas que vão ser

debatidos na próxima reunião do Conselho. Então o que é que faz? Reúne o segmento dos usuários. Atualmente tem-se reunido, muito, no Movimento Popular de Saúde (MOPS), onde convidamos os trabalhadores da saúde, porque vejo os nossos companheiros de luta. Os Conselhos Regionais também colaboram bastante. De vez em quando vêm e monta-se uma estratégia: “Olha, vamos chegar fechados na reunião, vamos atuar em conjunto, porque os interesses são grandes”.

Outra dificuldade é que o Conselho Estadual de Saúde tem um problema sério para definir: é a questão da qualidade dos serviços. Não se conseguiu até hoje avançar a questão da qualidade. Vemos o governo, os prestadores de serviços reclamando demais da baixa remuneração que o Sistema Único de Saúde oferece, mas eu não vejo esses mesmos segmentos questionando a qualidade dos serviços prestados à comunidade. Por exemplo, com dois reais que se paga por uma consulta médica. Isto é pouco ou é muito? Para saber se isto é pouco ou é muito, você tem que saber que tipo de consulta está sendo oferecida, porque hoje você entra num consultório e não passa mais do que três ou quatro minutos dentro dele. Em se tratando desta parte hospitalar, você entra numa enfermaria para ser internado e é tratado como indigente, como num hospital de guerra. É um absurdo.

Estamos aqui nesta Conferência com o tema “Qualidade de Vida”, exatamente para discutir isso. Vamos discutir o tipo de assistência que se quer. Eu fico um pouco preocupado. Eu acho que as ações de saúde, as ações preventivas têm importância fundamental, a médio e a longo prazo. Mas eu quero uma assistência médica de boa qualidade porque, quando eu fico doente, eu preciso de atendimento imediato e não a médio ou a longo prazo.

Em relação a isso, o Conselho Estadual de Saúde, visando dar uma demanda maior nas denúncias que recebemos de diversos municípios de Mato Grosso, estruturou uma comissão que se chama “Comissão de Apoio ao Processo de Municipalização”. Essa comissão conta com o apoio muito grande da Secretaria Estadual de Saúde. Eu tenho que dar esse mérito à Secretaria Estadual de Saúde, principalmente, na figura do nosso Secretário Júlio Müller. Essa comissão tem o papel didático. Recebe-se uma demanda da Ouvidoria e ela nos repassa por meio da Comissão de Apoio à Municipalização. Vamos fazer a verificação da demanda no município, mas não vamos lá para exercer papel de polícia. Chegamos ao município, sentamo-nos com o Conselho Municipal de Saúde, e o instruímos. Cabe ao

Conselho Municipal de Saúde, resolver suas próprias demandas, seus problemas. Como o Conselho Municipal de Saúde pode fazer isto? Através do Ministério Público local, através do Juizado local, através de seu Poder Deliberativo. O que é fantástico no Sistema Único de Saúde é que nunca é o Sistema Único de Saúde, o governo do Estado que vai resolver seus problemas. Quem vai resolver os problemas locais são vocês mesmos através dos Conselhos Municipais de Saúde. Então, esse papel de formação do Conselho Estadual de Saúde é muito importante. Estamos trabalhando atualmente na formação mais técnica, em conjunto com a Universidade Federal, com o Grupo de Saúde Popular, com o MOPS, com o Conselho Estadual de Saúde para ver se conseguimos avançar nesse processo de municipalização e descentralização da saúde.

Um outro evento que o Conselho Estadual de Saúde realizou, na área de controle social, foi a I Conferência Estadual de Conselhos Municipais de Saúde, que foi realizada neste hotel, há dois ou três anos. A questão da capacitação dos membros dos Conselhos também é uma questão muito séria. Uma coisa que eu defendo é que se você puder, “você puder” entre aspas, se você ganhar uma hora do seu dia pesquisando, lendo, fomentando as discussões dos Conselhos de seus municípios, eu garanto que, dentro de dois anos, nós vamos ter um processo bastante avançado. Existe uma falta de interesse na participação dos Conselhos muito grande. Essa falta de interesse se deve a diversos fatores. Motivação é um deles. No Conselho Estadual de Saúde existe caso de conselheiros, principalmente no segmento dos usuários, que, às vezes, não têm passe de ônibus para se locomover até à reunião do Conselho. Temos problemas também em relação às questões técnicas. Quando eu entrei no Conselho Estadual de Saúde, eu não sabia o que era AIH. Todo mundo falava AIH, AIH. Então pensei que deveríamos puxar o freio de mão, isto é, explicar com clareza ao usuário quais são as normas, as gestões, gestões parciais, gestão semiplena, essa parte ambulatorial. E isso é meio complicado. Não dá para entender em um mês de trabalho. Precisa-se de um processo de formação. Cada um tem que se esforçar nessa aprendizagem. O Conselho Estadual de Saúde está muito preocupado com essa questão do processo de formação. Estamos atuando nisso. Estamos indo aos municípios. Já resolvemos demandas, inclusive, muito sérias. Eu já cheguei em alguns municípios a pedir apoio da polícia para realizar a reunião do Conselho Municipal de Saúde. Mas nós estamos atentos, estamos trabalhando, estamos caminhando a passos largos.

O último ano foi um ano de grandes avanços no Conselho Estadual de Saúde. As discussões têm sido realizadas na maior nobreza. É o que vejo nesta questão do Conselho Estadual de Saúde. Um grande entrave é a Comissão Intergestora Bipartite. Pelo que eu entendo da Comissão, ela deveria ser uma instância técnica do Conselho Estadual de Saúde. Uma instância que os gestores e o governo criariam para dirimir questões técnicas. E a Comissão Intergestora Bipartite, por muitas vezes, assume o papel do Conselho Estadual de Saúde. Para vocês terem uma idéia, há mais de um ano nenhuma resolução passou no Conselho Estadual de Saúde. Eu levantei esta questão, coloquei na pauta e vamos discutir isso na próxima reunião do Conselho Estadual de Saúde. Tentamos discutir na anterior, mas não houve tempo e espaço na pauta. Mas isso é grave, é muito sério. A Comissão Intergestora Bipartite tem um papel fundamental na construção do Sistema Único de Saúde. As questões técnicas têm que ser dirimidas, mas você percebe que a Comissão Intergestora é muito mais política do que técnica. Já aconteceu de um Subsecretário de Saúde chegar para mim e nem saber que estava falando sobre financiamento do sistema. Eles negam essa discussão no Conselho Estadual de Saúde e só discutem o dinheiro da Comissão Bipartite, repasses, como vai ser feito nem sei o quê. Presenciei uma reunião da Bipartite, a última que houve, e a vantagem é que eles não são muito bons de articulação. Se fossem, tudo estaria perdido. Mas esse papel da Comissão Intergestora Bipartite, na assessoria dos Conselhos Estaduais de Saúde é de suma importância. Eu também solicito a esta Conferência que se posicione contra essa questão.

Eu vou concluir a minha fala, dizendo que o Conselho Estadual de Saúde está à disposição de todos os Conselhos Municipais de Saúde de Mato Grosso. Estamos prontos para tentar atender às demandas que estão expostas. Espero que hoje os trabalhos sejam bastante proveitosos.

Muito obrigado a todos.

Atuação do Conselho Nacional de Saúde

Jocélio Drummond
Representante da Central Única dos Trabalhadores no
Conselho Nacional de Saúde

Companheiros e companheiras, bom dia. É um prazer poder estar participando da Conferência Estadual de Saúde

de de Mato Grosso. A introdução foi muito bem feita. Os companheiros que me antecederam falando sobre as atuações dos Conselhos Municipais e do Conselho Estadual ajudam muito a enriquecer o debate, mais do que fazer uma exposição. Como é que fica esta questão dos Conselhos? Agora a impressão que eu tenho é que nós estamos construindo um processo. Parece-me que, aqui em Mato Grosso, este processo está crescendo bastante e de forma muito rápida, mas correndo o risco de morrer na praia. No quadro nacional, vê-se que a situação está muito crítica para o SUS, para o controle social e, de certa forma, nada-se contra a corrente.

Então, a primeira coisa que eu gostaria de fazer é resgatar um pouco desta história dos conselhos, do controle social, porque é uma história de luta, uma história que nos pertence. Vamos ver a melhor forma de dar continuidade àquilo que o Arlindo, na abertura, falava da VIII Conferência Nacional de Saúde. Vamos fazer um balanço, relativamente positivo, sobre o crescimento do controle social, sobre a mudança que está ocorrendo na área de saúde. Foi lá, de fato, que começou essa idéia de controle social. A visão era de que nenhum sistema iria funcionar bem se não tivesse controle social. E ali foi que se formulou, com bastante clareza, a idéia dos Conselhos, do controle social. Foi, assim, o momento em que melhor se configurou isso que hoje existe.

Em 1988, a Assembléia Nacional Constituinte permitiu-nos discutir, na concepção do Sistema Único de Saúde, sobre a necessidade de ter o controle social. Ali mesmo tivemos o primeiro grande inimigo. O Centrão dizia: *o controle social, não!* No máximo, ficou uma expressão no texto da Constituição dizendo: “participação popular”. Isso porque nós fomos lá e brigamos muito. Os partidos de esquerda foram lá, brigaram, discutiram para inserir o termo “controle social”, mas o “Centrão” barrou. Ficou lá “Participação Popular da Comunidade”. Algo sutil e muito tímido.

Em 1989, uma Lei Orgânica da Saúde foi mais ou menos a mesma coisa. Fomos lá com um projeto de controle social, brigamos. O projeto falava do Conselho, falava tudo o que precisaria para o SUS poder funcionar. O que aconteceu? De novo o mesmo povo do “Centrão”, o PFL, aqueles partidos todos lá, aglutinados, contra o controle social. Mesmo assim, dentro da Comissão de Seguridade Social, com correlação de forças mais favorável, nós conseguimos fazer passar muita coisa e, na proposta de Lei Orgânica acordada entre os partidos, havia muito disso que

estamos fazendo hoje. Bom, isso em 1988. Em 1989, eleição presidencial. Vocês sabem quem ganhou as eleições para Presidente da República, Fernando Collor de Melo. Quanto à lei foi aprovada; depois de muita briga no Congresso Nacional, ele veta tudo o que havia na lei a respeito de controle social. Tanto que a Lei Orgânica está com vários itens vetados e o controle social ficou absolutamente fora da legislação do SUS. Logo após a posse do Alcení Guerra, no Ministério da Saúde, houve uma plenária nacional de saúde. Estavam lá a CUT, inúmeras entidades, brigando por esse tal controle social. O Alcení Guerra já havia se comprometido com isso. Na hora em que o Collor vetou tudo aquilo que fizemos, fomos lá tomar satisfação e nisso começa todo um debate, que resultou na Lei 8.142, incluindo novamente a questão dos Conselhos. Antes mesmo disso, conseguimos um Decreto que é aquele que organiza o Conselho Nacional de Saúde na sua forma atual e dá a ele aquelas funções que hoje estão no Decreto 99.438. Então tudo isso é uma história de lutas, passo a passo, de conquistas. Passa-se um ano, perde aqui, ganha ali, sempre tendo um bloco inimigo a toda essa questão de controle social. Esse bloco tudo tem feito para dificultar esse nosso percurso. Ele está muito forte, muito presente e é dele que eu queria falar um pouco.

O que cabe ao Conselho Nacional de Saúde? Eu nem vou ficar falando, está no Decreto. A maior parte das pessoas conhece: ele fiscaliza, ele controla, ele decide tudo sobre temas tão importantes quanto: orçamento, recursos humanos, modelos assistenciais, repasses de verbas da União para os Estados e municípios. Os poderes são imensos desse Conselho Nacional de Saúde. Nós fizemos bem feito o Decreto, podemos dizer assim, e o governo deixou passar. Arranca daqui, passa por ali, e com isso você consegue ter uma conquista. Então os poderes são muito grandes do Conselho Nacional de Saúde. Todas as suas funções são importantes, mas acreditamos que precisamos avançar, fundamentalmente, em duas dessas funções. Uma é a articulação de diversos Conselhos. O Luís Fernando falava, aqui, sobre a falta de sintonia entre o Conselho Nacional e os Conselhos Estaduais e Municipais, e isto é, absolutamente, verdade. Em todo encontro de Conselho fala-se isso, mas não conseguimos ainda esse processo de articulação. A outra é estabelecer um controle social vertical no SUS. Pode ser que o Conselho Estadual de Mato Grosso e os municípios cumpram um bom papel, em que pese as limitações aqui apresentadas: falta a ele, exatamente, esse controle social vertical. Por que será que aquela verba, que se decide em Brasília, que é destinada a

Mato Grosso, aos municípios, não chega, muitas vezes, ao seu destino? O problema é que se cada um faz só a sua parte não significa que o “todo” esteja feito. Surge, então, a necessidade do controle social vertical que também já está sendo colocado na ordem do dia. Tudo isto como instrumento de defesa da implementação do SUS.

Agora, quais as principais dificuldades que estamos tendo? De um lado, são nossas mesmas. O processo de articulação em uma boa parte depende de nós. Existem algumas dificuldades que são de nossa responsabilidade, mas vivemos falando que precisamos de mais informação, precisamos de espaço para trabalhar melhor, ou seja, temos lá nossos limites. No movimento sindical, muitas vezes o sindicalista não está bem preparado para estar no Conselho, no movimento popular. Às vezes, o conselheiro sente muito a necessidade de estar se formando para corresponder à importância e responsabilidade dele requeridas no Conselho. Há governos autoritários dificultando o trabalho. Agora mesmo ouvimos o Luís aludir a uma situação que eu vivencio em nível nacional. Não se trata de autoritarismo, mas o controle excessivo da informação prejudica o controle social. O ministro Adib Jatene, não tem que ficar escondendo as coisas. Ele é uma pessoa muito aberta, mas nem por isso temos controle sobre a máquina do governo federal, sobre o que se passa no Fundo Nacional de Saúde, sobre o repasse de recursos. Isso é uma coisa interessante. Você constata que não basta a boa vontade, a abertura, a democratização do ponto de vista de uma cúpula. Você tem uma máquina que é gente e não se consegue ver a transparência que tanto se almeja.

Então essa possibilidade de articulação vertical ajudaria em parte nisso. Mas há os governos autoritários dificultando, muitas vezes, o nosso espaço. Existe a dificuldade do saber técnico. Aquela situação em que o representante da população, por não ter o saber técnico, tem a sua opinião diminuída. O saber técnico se incorpora dentro desta dinâmica de participação social, mas, acima disso, nós temos um grande inimigo que está forte e presente no dia a dia do SUS, que é, neste momento, o próprio governo federal. A própria composição de forças do governo federal, a própria maneira que o governo Fernando Henrique Cardoso pensa a política de saúde. Eu digo isso porque eu sou conselheiro e estou falando como conselheiro, observando o que está acontecendo na saúde. Qual foi a primeira atitude do governo dentro de um processo de revisão constitucional? Mandou uma emenda para o Congresso Nacional alterando o dispositivo constitucional que diz que a

saúde é um direito de todos, um dever do Estado. O que ele queria com isto? Tirar da Constituição um direito básico. É claro que, se você o tira dali, todo o resto fica bastante comprometido. Isso é uma garantia que nós temos. Se não é cumprido, pelo menos, é uma lei cujo cumprimento deve ser exigido cada vez mais. Se esse item deixar de fazer parte da Constituição, será muito pior para nós. Mas ele mandou sua emenda de revisão constitucional e foi derrotado, mais uma vez, por causa de mais um amplo trabalho de todos nós junto à Comissão de Seguridade Social.

O segundo grande ponto é uma medida provisória que define que o Fundo Nacional de Saúde deixe de existir a partir de dezembro de 1996. Se a transparência no SUS é reclamada por nós, imagina se acabar o Fundo Nacional de Saúde? Se isso acontecer aí é que não vai ter nada mesmo. Volta a saúde a ser um bolo comum de uma verba muito mais geral, sem nenhuma possibilidade de participação, no que se refere à situação financeira. E a área econômica do governo está bastante intransigente. Queriam acabar já, mas nós conseguimos, com muita luta e negociação, colocar, sutilmente, que o Fundo pode existir até dezembro. O segundo passo que eles querem dar é acabar com o Fundo como Medida Provisória, acabar com o repasse do fundo-a-fundo, extinguir toda aquela discussão que muitos estão tendo, neste momento, na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), e reduzir completamente a autonomia da Saúde. Sem um controle sobre a execução financeira, não teremos mais, praticamente, nenhum controle social do orçamento da saúde. Dos 20 bilhões de reais que a área econômica tinha que passar para o Ministério da Saúde, está repassando 1 bilhão por mês, o que significa 40% do orçamento da saúde, que já é insuficiente.

Bom, por que este ataque todo? Por que o governo é tão contrário à nossa idéia de controle social? Há certa lógica que diz o seguinte: a saúde é um bem privado, não um bem público. A saúde é um problema de cada um. Então cada um vai cuidar da sua saúde. Não é um dever do Estado, não é um bem público, não é um problema coletivo. Exatamente o oposto daquilo que pensamos quando discutimos o Sistema Único de Saúde. Se é um bem privado, que cada um pague pela sua saúde. Portanto, não cabe ao Estado esta responsabilidade.

Hoje, nós temos 35 milhões de brasileiros que já estão enquadrados neste setor, o da saúde como um bem privado. São todos aqueles que têm planos de saúde; já são

1/4 da população. Considerando que uma parte da população não pode comprar esse bem privado porque não tem poder aquisitivo, caberia ao governo a responsabilidade de lhe prestar algum serviço de saúde, não deixando a população totalmente à míngua. Portanto, é quando entra uma proposta do Banco Mundial que pergunta se o dinheiro é pouco e a população é numerosa, como é que vamos prestar esse serviço? O Banco Mundial diz: “olha, faça da seguinte forma: escolha algum procedimento de saúde que numa relação custo e benefício você vai gastar pouco e ter um retorno maior. Por exemplo: uma criança que nasce prematura vai dar muita despesa, sai muito caro recuperar essa criança. Então não invista nisso. Dê preferência para investir naquela criança que nasceu bem, mas que pode estar tendo desnutrição, diarreia, essa é mais barato tratar e você tem um retorno maior”.

Essa é a idéia do Banco Mundial, que se chama “cesta básica”. Esta cesta básica sem contar arroz, feijão e farinha. A Síndrome de Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS) nem pensar, porque é caríssimo. Então, nesta relação custo e benefício, o Estado faria algumas ações de saúde, gastando um dinheiro limitado e para uma população que não pode comprar serviço nenhum de saúde. Mas essas idéias, que o projeto neoliberal traz para a saúde, opõem-se, radicalmente, ao Sistema Único de Saúde. São projetos antagônicos. Temos que nos impor porque por fora estão querendo acabar com o SUS.

A primeira coisa a fazer é legitimar os Conselhos. Às vezes, eu tenho a impressão de que estamos tendo um comportamento, como conselheiros, muito burocrático. Vejo a necessidade de nos prepararmos melhor na disputa pelo poder entre o conselho gestor, a Bipartite. Nós estamos muito internistas. Essa disputa existe, é real, tem que ser desenvolvida e nós temos que ganhar, sair um pouco mais para a rua. Estamos muito mais preocupados com nós mesmos. Temos que sair às ruas. Eu vou dar um exemplo que foi discutido aqui, que foi a AIH. É claro que é uma maneira de financiar as ações de saúde, que não é boa. Agora nem o pouco que deveríamos fazer, nós estamos fazendo. Mato Grosso está tendo um crescimento muito grande de Conselhos e a participação é essa, já que a Conferência mostra um número muito grande de participantes interessados na questão do SUS, querendo exercer o controle o social. Temos uma Ouvidoria comentando de dupla cobrança de uma certa espécie de fraude dentro do SUS, isso acontece no Brasil inteiro. Nós temos um disquete feito pelo DATASUS que me diz, a cada mês, quem foi atendido, em qual hospital, o endereço de quem

foi atendido, o que foi feito, como foi pago. Esse disquete permite-me ter uma visibilidade muito grande do que está sendo feito. Por que não se elegem alguns hospitais, internamente, nos Conselhos, não se articula um mecanismo de checar se aquelas ações foram feitas e, numa amostragem, partir para a denúncia? Mostrar determinadas situações e ao mesmo tempo propor soluções?

Podem-se adotar ações que legitimem o nosso trabalho perante a população. Através da ação de criticar, pode-se também fazer controle social, corrigir determinadas distorções, ganhar espaço na mídia e com isso conseguir crescer e ter respaldo da população para a nossa existência. Nós ainda somos muito dependentes dentro de uma abertura, dentro de um espaço governamental. Se o gestor apoiar, o Conselho sobrevive. Se não apoiar, o Conselho míngua. É o caso de São Paulo, por exemplo. Na prefeitura, na gestão anterior, tínhamos um Conselho forte. Na atual, um Conselho marginal porque a prefeitura não tolera o controle social. Mas temos que nos legitimar junto à população, temos que ser mais dinâmicos, temos que nos preparar melhor e, ao mesmo tempo, enfrentar esta situação porque senão o inimigo pode ganhar.

A segunda é ser menos técnico e mais político. O Conselho Nacional de Saúde é, absolutamente, técnico e burocrático, além de mal coordenado. O Conselho só reagia quando era chamado. Então, temos que voltar a saber trabalhar, politicamente, os problemas do SUS. E uma terceira questão que percebo é aquilo que já foi citado: a articulação entre os Conselhos. A proposta tirada do congresso de Salvador foi, exatamente, fazer uma plenária nacional dos Conselhos de Saúde. Então está aqui, Mato Grosso, com o seu Conselho Estadual, elegendo dois representantes para aquela plenária. O Conselho Nacional elegeu os seus e de cada Estado pelo menos dois conselheiros municipais se fizeram representar. Para que isso? A fim de poder fazer controle social vertical, para fazer a tal sintonia das ações do Conselho Nacional de Saúde.

Em agosto iremos discutir, e, talvez, aprovar a Norma Operacional Básica (NOB). Com que respaldo nós iremos fazer isso? Se tivéssemos uma plenária para poder não só aprovar, mas de fato corrigir distorções. Aludi a este problema da Bipartite, em relação aos Conselhos, porque é um problema muito forte. Eu não esperava que aqui ocorresse isso. Em alguns Estados do Norte e Nordeste é uma disputa muito desigual. A Bipartite, de fato, substituiu o Conselho. Nós vamos acabar com isso. Esta plenária de Conselhos talvez possa ser uma grande contribuição para

vocês de Mato Grosso. Deve a Conferência Nacional levar, claramente, a proposta de constituição da plenária dos Conselhos, da necessidade de articulação entre os Conselhos, para podermos, acima de tudo, nos prepararmos e nos articularmos melhor, para enfrentarmos um inimigo muito forte anti-SUS: o próprio governo. Trabalhando nessa direção é que na X Conferência nós descobriremos os caminhos para não perdermos essa batalha e, assim, derrotarmos o projeto neoliberal.

Obrigado.

Experiência da Ouvidoria de Cuiabá

Sivaldo Dias Campos
Representante da Pastoral da Saúde

Bom dia, companheiros da mesa, os quais eu cumprimento na pessoa do Luis Fernando, vice-presidente do Conselho Estadual de Saúde, e bom dia aos companheiros da plenária. Acho impossível discutir este tema sem discutir o modelo de sociedade em que vivemos. Nós vivemos em um modelo de sociedade que exclui a maioria das pessoas dos bens, da riqueza, de seus direitos. Um modelo de sociedade de destruição da vida, principalmente, neste momento que estamos vivendo no Brasil, cujo governo a ferro e fogo, a custo do sangue da maioria do povo brasileiro, está implantando um projeto de morte no País. Eu não vou me delongar, porque este não é o ponto de que vou tratar aqui.

Um governo que gasta 40 bilhões de reais com Bancos e 8 bilhões em saúde, que gasta 6 bilhões com usineiros, no Nordeste, e não sei quantos milhões com fazendeiros que foram perdoados em suas dívidas, mas não gasta com saúde, não gasta com saneamento, não gasta com a lepra, que se alastra por este País, não é um governo sério. É um governo sem-vergonha e deve ser denunciado. E esse governo é apoiado aqui em Mato Grosso por esse governo estadual, é apoiado pela prefeitura de Cuiabá, que não gasta em saúde. Se gastar 2% este ano vai ser muito. Não dá; acho que os profetas somos nós e nós somos chamados a erguer a voz contra essa situação mesmo que, dentro deste governo, tenhamos técnicos e companheiros que nos apoiem. Não estamos aqui negando isso, mas, no geral, as administrações de Cuiabá e do Estado de Mato Grosso são adeptos ao projeto do Senhor Presidente Fernando Henrique Cardoso.

Vou contar uma piada que eu costumo dizer à imprensa, que diz: “o gado de Mato Grosso é mais bem cuidado do que o povo”. E não é só neste governo, mas nos outros também. Confere que o Arlindo falava que estão pensando em criar um SUS do gado. Acho que o povo vai para esse SUS, com certeza. Vai ser melhor do que o nosso. Eu acompanhei, aqui em Mato Grosso, a luta do governo, dos latifundiários para acabar com a febre aftosa. E conseguimos. Mas não acabaram com a hanseníase, com a malária, porque estas não dão lucro. Se fizerem este SUS do gado com certeza eu estou lá. Vou ser atendido lá, não tenho plano de saúde, graças a Deus!

Também, por uma questão ideológica, eu queria falar um pouco do controle social. Eu fui conselheiro durante três anos. Eu e a Fátima Ticianel lutamos, lutamos para ter Conselho em Cuiabá. Depois ficamos lá. Sei que fizemos reuniões durante um ano para ter o Conselho. Na Ouvidoria eu fui ouvidor durante um ano. Lá tivemos dois problemas: um foi a gritante falta de estrutura e os companheiros do Conselho de Cuiabá sabem disso; as companheiras da Secretaria mais ainda porque elas eram a minha estrutura e trabalhávamos juntos. Só tínhamos uma mesa. Nós tivemos, desde o início do nosso trabalho, até extrapolando um pouco a nossa função, um papel extraordinário de fazer o enfrentamento público, com as coisas que a gente encontrava. E tudo o que nós encontrávamos nós mandávamos para a mídia. A imprensa foi nossa parceira, no sentido de desmascarar, de descobrir, de tornar público aquilo que a gente ia encontrando.

Nós atuamos em três aspectos básicos, lembrando que a Ouvidoria era uma Ouvidoria porque não tinha uma equipe: o Sivaldo era o ouvidor, mas assim mesmo nós conseguimos aparecer para a sociedade, mostrar à população e desmascarar algumas coisas. Nós atuávamos naquela linha de que saúde é um direito de todos e um dever do Estado e o cidadão que não tinha acesso a isso não tinha culpa nenhuma. Aquilo que impedia o acesso do cidadão era tornado público. As coisas que chegavam até nós tinham dois encaminhamentos: o primeiro, era procurar resolver o problema. Isso acabava consumindo a maior parte de nosso tempo. Terminávamos sendo um assistente social, não no sentido pejorativo, mas sim no sentido de acompanhar e orientar a pessoa até que ela tivesse o problema resolvido. Um outro problema é que, se chega uma pessoa com o olho furado e não tem oftalmologista; eu não posso esperar implantar oftalmologia na rede para resolver o problema dele. A outra parte é discutir o por que não existia

essa política de saúde no Município ou no Estado. Tanto é que o Estado ficou, nos últimos dois anos, sem oftalmologistas, tendo apenas três que eram contratados pelo antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e pelo SUS, lá na rede. Há um cartão lá dizendo que em toda terça-feira deve-se marcar consulta com oftalmologista. Isso é só um exemplo. Então havia duas ações: uma individual e outra coletiva, política. Um outro caso também importante é que 90% dos casos que chegavam à Ouvidoria eram sempre coisas relacionadas a especialidades médicas. Nós descobrimos que, aqui em Mato Grosso, há uma negação violenta, brutal de serviços de especialidades médicas. Descobrimos que também, historicamente, as especialidades médicas existiram, como oftalmologia, cardiologia, ortopedia etc., mas há *lobby*. Os médicos agem em *lobby* e não executam o serviço, mesmo que eles estejam contratados. Há questão da saúde, mas existe a questão do indivíduo. Mesmo tendo otorrino, ortopedista, médicos famosos aí, presidentes de Conselhos, na prática o usuário é prejudicado com a total indiferença do poder público. Nós colocamos isto várias vezes. Inclusive, há três processos na justiça do Conselho Regional de Medicina dizendo que eu caluniava médicos por aí. Eu acho que o médico não é o culpado por todo o caos na saúde, mas assume parte da culpa quando ele está lá no posto para atender um paciente e fala: “olha, você vai ter que fazer adenóide na garganta, mas eu não faço”, e também não emite a guia para ele fazer em outro lugar. Isso obriga o usuário a voltar para casa sofrendo, e o caso de urgência termina em morte ou deixa o paciente aleijado.

Aí não temos o caos, temos uma demanda reprimida, enorme, de especialidades no Estado de Mato Grosso. Bem, afinal o que é a Ouvidoria? Ela, aqui em Cuiabá, é também um processo que está em construção. É subordinada ao Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá. Quem manda no ouvidor, quem elege o ouvidor, é o Conselho Municipal de Saúde. O secretário, o prefeito, o governador não influenciam no mandato do ouvidor. Se alguém pode fazer isso é o Conselho Municipal de Saúde, no caso de Cuiabá, apesar da estrutura do Conselho, muitas vezes nós tínhamos que nadar muito mais rápido e acabávamos extrapolando, até mesmo por falta de uma equipe. Dava-se prioridade a uma ação, mas não tinha tempo para ficar prestando conta para o Conselho, não havia tempo para discutir com cada conselheiro o que se iria fazer. Espero que isso melhore, porque parece que há uma proposta de se implantar uma Ouvidoria nesta semana. De qualquer maneira, eu considero a Ouvidoria uma grande conquista. Nas cidades maio-

res, principalmente, dá para se discutir, apressar uma série de coisas. No momento é só isso, coloco-me à disposição para perguntas.

Obrigado.

Experiência da Ouvidoria Estadual de Saúde

Edna Marlene da Cunha Carvalho
Ouvidora do Conselho Estadual de Saúde

A Ouvidoria Geral de Mato Grosso foi criada através de lei Complementar estadual, o Código Estadual de Saúde, e dois anos após foram criadas através de resolução, as normas complementares da Ouvidoria. Empossado o primeiro ouvidor-geral, em dezembro de 1994, a Ouvidoria começou a funcionar oficialmente em abril de 95, tendo como diretriz básica estabelecer um canal de comunicação mais ágil entre o usuário e o Conselho, constituindo-se em um instrumento para proteger o cidadão de pequenas injustiças no cotidiano, contra as quais, normalmente, é impotente.

As dificuldades para implantação desta Ouvidoria foram muitas. Primeiro, pela dificuldade que tivemos para encontrar referências bibliográficas para elaborar os projetos de implantação e funcionamento. Tentamos buscar estas referências no Conselho Regional de Saúde, mas como na estrutura organizacional do Conselho não tem o órgão Ouvidoria, buscamos então exemplos de outras Ouvidorias, mas estas eram de ordem executiva, de gabinete, secretaria... Mas mesmo assim, conseguimos fazer algumas adaptações e começamos a elaborar a estrutura organizacional, propondo os documentos, o organograma, o lotacionograma, o fluxograma, a lei e decreto de criação e regulamentação da função de ouvidor. Isto era necessário porque foi criado o cargo, mas não a função e a dinâmica e o plano operativo. E esta proposta, que elaboramos, foi levada à oficina de conselheiros, em 95, onde foram sugeridas supressões, emendas e revisões, ou seja, uma revisão técnica pelo coordenador de planejamento, o Dr. Jorge Adriano, e estamos ainda em busca da aprovação deste projeto e o fluxograma da Ouvidoria. Temos a necessidade de aprovar para dar um andamento mais ágil às atividades diárias dos processos de denúncias, que vêm sendo protocolados na Ouvidoria.

A área de atuação da Ouvidoria Geral é todas as denúncias ou reclamações relacionadas, direta ou indiretamente, ao SUS, envolvendo o sistema público ou conveniado. A Ouvidoria tem amplo respaldo dos órgãos participantes do SUS, no Estado de Mato Grosso e estes devem prestar apoio e informações necessárias em caráter prioritário, obedecendo ao prazo estabelecido pelo Conselho Estadual de Saúde, conforme demonstra o fluxograma que eu vou apresentar daqui a pouco.

Eu gostaria de colocar uma coisa que é uma dúvida de todas as pessoas, quando se dirigem à Ouvidoria. É a questão do poder de polícia administrativa. Essa faculdade a Ouvidoria não dispõe para condicionar e restringir as ações que põem em risco os usuários da saúde pública e privada. Então a gente articula com os órgãos competentes, com o objetivo único de dar resolutividade.

Infra-estrutura: a Ouvidoria funciona no edifício-sede da Secretaria de Estado de Saúde. A gente tem pouca infra-estrutura. Funciona somente em uma sala. Os recursos humanos dos quais dispomos para trabalhar resumem-se a uma enfermeira e à Eliana, que é uma pedagoga sanitária. Além disso, contamos com o apoio administrativo da Secretaria-Geral do Conselho Estadual.

Como é que desenvolvemos o nosso trabalho? É com estas parcerias que eu acabei de dizer agora. Este fluxograma foi aprovado em reunião ordinária do Conselho Estadual e é como funciona a organização básica do órgão. Então a Ouvidoria recebe a reclamação ou denúncia formal ou informal, o ouvidor verifica se é competência da Ouvidoria ou não. Se é da competência da Ouvidoria, enviamos aos órgãos competentes e damos conhecimento para o presidente do Conselho Estadual de Saúde. Se não for da competência, informamos ao reclamante ou denunciante e arquiva-se o processo na secretaria-geral do Conselho.

O ouvidor, após encaminhar aos órgãos competentes, solicita um julgamento desta denúncia e a sua verificação após os órgãos competentes responderem para a Ouvidoria. O processo acaba sendo instruído porque, de repente, um processo tem que ir para vários setores; tem que ir para o Conselho Regional de Medicina, por exemplo, ou tem que ir para a vigilância sanitária, então ficamos aguardando todas as respostas destes órgãos para instruir o processo para averiguação e, se necessário, por parte da Comissão de Apoio à Municipalização. Encaminhamos este processo instruído ao pleno do Conselho Estadual e esse processo é deliberado conforme a determinação do Conselho. Acabamos divulgando estes dados ao reclamante ou denunciante.

te e depois é arquivado o processo original, concluído com todas as deliberações.

Se tiver que ser mandado para instâncias superiores, vai ser deliberado em nível de pleno do Conselho Estadual. Neste período, de um ano e três meses, que nos encontramos na Ouvidoria foram registrados somente 41 processos-denúncia, visto que a Ouvidoria-Geral do Conselho Estadual ainda não é do conhecimento de todos os municípios, de todas as pessoas, até pelo fato de que isto só será feito após a aprovação deste projeto.

Mas, assim mesmo, temos uma média de 20 municípios que já encaminharam denúncias. E as principais manifestações dos cidadãos são de toda a natureza: integralidade de processo de licitação, falta de medicamentos controlados em nível de município, dificuldade de liberação de autorização de exame de alto custo, negligência em perícia médica, denúncias de toda a natureza. Conseguimos encaminhar essas necessidades em 95, através de apresentações em palestras, solenidades, comissões que temos participado. Fechamos 95 com 20 processos encaminhados, oito pendentes que dependiam de respostas de órgãos para onde tínhamos encaminhado. O problema é que, às vezes, tínhamos que reiterar duas ou três vezes, ou mais, e, às vezes, os órgãos não davam as respostas. Antes de o fluxograma ser aprovado, tínhamos esse problema, mas agora estamos conseguindo resolver essas questões.

E o tipo de atendimento mais freqüente, com relação a denúncias, foi as da área dos estabelecimentos da rede hospitalar básica e exercício profissional da medicina, farmácia e enfermagem. Questões de gestões da saúde de Conselhos Municipais de Saúde, em 95, não tivemos. Mas neste ano, com a Conferência, acabou até aparecendo denúncia de Conselho Municipal de Saúde e atendimento de medicamento de alto custo. Estas são as mais freqüentes.

As parcerias, graças a Deus, estamos conseguindo encaminhar, porque em 95 tivemos muita dificuldade com parceria, até pelo fato de não conhecermos as atribuições da Ouvidoria. Em função disso, contávamos com uma certa resistência para dar encaminhamento a estes processos, mas hoje já há órgãos com os quais trabalhamos diretamente, sem problemas nenhum. Inclusive, pretendemos começar um trabalho de articulação com a Ouvidoria de Cuiabá, que não tivemos condições de fazer, nesse primeiro ano ainda. A Ouvidoria é uma prática conseguida ou conquistada.

A nossa experiência com a Ouvidoria vem demonstrando que ela está em sua fase embrionária, difícil, porém, não impossível de ser alcançada. Pelo visto, não são os dispositivos legais ou determinações institucionais, simplesmente, que vão fazer esta conquista ou o contrário. Os usuários do Sistema Único de Saúde, os que realmente precisam da assistência à saúde, é que devem defendê-la e brigar por ela. É só através desta atuação que podemos transformar essa ação em necessidade sentida pela população e, por consequência, uma conquista de espaço e cidadania. Sabemos que não é fácil, não é um processo simples, mas vai requerer tempo e paciência para que estas coisas consigam se concretizar.

É de suma importância ressaltar que estamos conscientes que não basta somente dar encaminhamento às denúncias, deve-se esclarecer os fatos, apontar e punir os responsáveis. É preciso lutar por uma política de saúde embasada nas necessidades dos usuários. É preciso que se invista na comunicação social e estabeleça parcerias verdadeiras com o objetivo de efetuar um controle social e fortalecer o SUS, porque só desta forma vamos evitar as denúncias.

Comentários da Debatedora da Mesa 2

Marilda Calháo Matsubara
Profª do Deptº de Serviço Social da UFMT

Quero cumprimentar todos os componentes da mesa. Começamos, hoje, muito bem com a participação da dona Osvaldina dos Santos que resgata a importância da luta pela garantia de vida da criança brasileira, que precisa viver para garantir, enquanto cidadão adulto, esse mesmo

Grupo de discussão



direito. Ela nos trouxe uma lição de vida, importante, na medida em que colocou na poesia que 70% das crianças, no Nordeste, nascem e morrem de diarreia e desnutrição. Isso quer dizer que estas crianças não serão cidadãos. Por isso, elas têm que viver para exigir seus direitos de cidadania.

Uma outra parte que ressaltai, na fala do Arlindo, foi a questão da participação e controle social como elementos fundamentais para consolidação do Sistema Único de Saúde. Ou seja, se não conseguirmos que esta participação e este controle social se efetivem, de fato na política, nós temos em perspectiva a perda total do sentido maior do Sistema Único de Saúde. Sem participação e o controle social o Sistema Único de Saúde cai por terra. Na fala do Dejour, ele colocou as dificuldades, os avanços e as perspectivas em relação aos Conselhos Municipais.

Como dificuldades, ele está elencando a representatividade, a legitimidade do Conselho, a falta de clareza sobre a identidade do trabalhador da saúde e de seu papel no Conselho. Quer dizer que não há clareza em qual é a minha identidade como trabalhador. Eu não consigo fatos que me dizem ou me caracterizem como trabalhador porque não há uma clareza no papel que vamos desempenhar nesse Conselho. Uma outra dificuldade é a falta de discussão com as bases. Não discutindo com as bases, nós, Conselhos, estaríamos representando quem, efetivamente?

Então, essa desarticulação, que ele apontou como dificuldade, aponta uma outra dificuldade, que é a formulação de estratégias de caráter propositivo. Estes foram pontos importantes que ele tocou, na medida que não se pode mais esperar a atuação dos Conselhos. O sentido da denúncia em si mesmo é importante, mas tem que vir seguida na nossa sociedade de um caráter propositivo, ou seja, critica-se o que se tem, mas o que colocamos no lugar?

Ele colocou como dificuldade essa condição de termos de propor em cima daquilo que não queremos. Uma outra dificuldade seria a ausência de formulação de planos anuais e plurianuais na área da saúde, e isso, de certa forma, se você tem consolidado dificulta a operação dos conselheiros. Por que atuar em cima de onde estão as grandes diretrizes e grandes princípios? Em cima disso você tem uma lógica de atuação?

Uma outra dificuldade é da comunicação e informação, porque aí vai se dar em três níveis: entre conselhos, interconselhos e com o Estado e a sociedade civil. Então

são quatro níveis de articulação e comunicação que estão falhas de certa forma na fala dele; na verdade eu identifiquei como uma fala geral esta questão da comunicação e informação que se dá entre os membros do próprio Conselho, desse Conselho em relação a outro Conselho, e no caso municipal, estadual, nacional e outras organizações da sociedade civil. Foi apresentada essa dificuldade e na sequência o conferencista coloca alguns avanços, em alguns Conselhos. Ele identifica que já é possível a definição de um orçamento e ele considera isso como um avanço. E um outro avanço seria a constituição dos Conselhos Indígenas. Perspectivas que foram apresentadas na fala do Dejour? Buscar mecanismos que articulem mais concretamente isso que acabamos de falar, e avaliar esta articulação dos Conselhos e outras instâncias da sociedade civil e a busca da cooperação técnica que, na verdade, vem dar uma solidez, vem dar um certo respaldo para a melhoria da qualidade na participação no Conselho.

Há a cooperação técnica no sentido de subsidiar alguns assuntos que o conselheiro precisa para poder dominar e interferir.

Jocélio Drummond, do Conselho Nacional de Saúde coloca, fundamentalmente, que o Conselho Nacional de Saúde tem amplos poderes na esfera do Sistema Único de Saúde, mas tem como inimigo maior a forma com que a saúde vem sendo encaminhada pelo Governo federal. Essa é uma questão absolutamente importante porque esse poder, teoricamente, vai até do ponto de vista que está escrito, mas este poder está restringido por uma lógica maior que é a perspectiva que o Governo Federal tem da saúde. Então o que eu observo aqui é uma grande contradição entre uma perspectiva democrática, em que se delega poderes amplos para os Conselhos e ao mesmo tempo tem-se uma perspectiva e uma lógica do Governo federal num outro sentido.

Esta é uma contradição que teremos que discutir, com certeza. Coloco um outro ponto em relação ao controle social vertical, que ele coloca como deficiência, que na verdade essa articulação se dá entre os Conselhos Municipais, Estaduais e Federais. Ele também apresenta dificuldades de articulação e informação. São pontos que foram identificados nas outras falas, como ainda os governos autoritários e a democratização. Quer dizer que há governos autoritários que dificultam a operação do Conselho e, por outro lado, há um discurso de democracia e transparência que não se pode dizer que é autoritário, mas por outro lado democrático também não é na medida que não

se tem acesso à informação, e que esta transparência não se viabiliza, que não se consegue enxergar.

Então, de novo, uma nova contradição importante: o discurso do autoritarismo versus o de democratização, esta democratização, meio que às avessas, digamos assim, entre aspas. Não se tem esta transparência para poder agir e atuar em nível dos Conselhos. Colocou também um ponto da burocratização dos Conselhos. Que os conselheiros de certa forma incorporaram essa lógica da burocracia nacional, como funciona tudo neste País. Isso ele coloca como uma dificuldade. No cenário nacional são três os pontos identificados como importantes: o primeiro, as perspectivas de extinção do Fundo Nacional de Saúde, e que vem de acordo com a lógica maior do Governo Federal, que é o projeto neoliberal do presidente Fernando Henrique Cardoso. Que em se extinguindo isso, tem-se aquele corte que foi falado no início: de que o Conselho Nacional tem poder amplo, mas você tem o discurso e a perspectiva de que se está caminhando em sentido contrário. Então, esta perspectiva de extinção do Fundo Nacional de Saúde é uma perspectiva concreta. Ela não é imaginária. É para onde está se encaminhando. Isso é um temário nacional, que está sendo apresentado como problemático, que nós temos que encarar de frente e discutir.

Um outro ponto, do temário nacional, aponta para o atendimento de saúde como sendo um bem privado e não público. Isso é absolutamente importante e eu resgatei da fala do Jocélio. Neste sentido, quer dizer que o problema da saúde é de cada um, não do Estado. O Estado não tem nada a ver com isto. O caráter é bem privado, individual. Eu queria chamar a atenção para esta palavra individual, só para todo mundo ficar bem atento a ela, porque no final de minha fala eu vou tratar muito rapidamente, tentando juntar este foco que o Jocélio colocou para resgatar lá no final.

Então, diz-se da saúde como um bem privado e não como um bem público. É um problema sério, no ponto de vista do temário nacional que está se apresentando para nós. E um outro ponto neste temário nacional, ainda, o projeto neoliberal aponta contra o SUS, e, portanto, para a sua extinção. Desta forma, não são evasivas ou coisas que estão pensando, conjecturando. São fatos concretos trazidos por estes três elementos levantados pelo Jocélio, que, na verdade, deixa a gente com muita clareza que este projeto vai se concretizar, se não conseguirmos barrá-lo.

As perspectivas que ele aponta são para os Conselhos saírem das denúncias, quer dizer, saírem para as denúncias, que dêem legitimidade para as suas existências e ga-

nhem apoio da sociedade. Isso, de certa forma, é uma perspectiva que vem na contramão daquela perspectiva da burocratização. Quer dizer ficamos nós mesmos com estes problemas internos e não saímos deles para ganhar visibilidade, denunciar, apontar, para trazer a sociedade como nossa aliada. E esse ponto é importante porque, na medida em que a gente tem a sociedade como nossa aliada, ganhamos um ponto a mais no processo de organização da sociedade civil. Então, neste sentido, é necessário sair do campo técnico, burocrático, para o campo político. Pode estar sendo esta a saída para entrarmos nos Conselhos, agindo politicamente.

E como uma proposta clara, em termos de perspectiva dos Conselhos, ele está colocando a realização de uma plenária nacional dos Conselhos como uma forma de articular, promover uma certa sintonia entre as diferentes instâncias e garantir o controle social do qual ele falava. Quer dizer que esse controle social pode se dar em todos os níveis e não de forma desarticulada, como parece ter sido a tônica de todo mundo que falou, onde ficou claro que não se está conseguindo promover essa articulação. São estas as propostas que o Jocélio colocou, todas no sentido de que essa articulação pudesse ser operada.

O Luiz Fernando também coloca dificuldades, novamente, sobre articulação. Eu estou fazendo questão de colocar novamente para que se possa poder ver que é, realmente, uma coisa que perpassou e que vem perpassando todas as instâncias organizativas nossas. E se ela vem perpassando com muita frequência, é sinal de que é o ponto que precisa ser discutido, fundamentalmente, então, nesta articulação com os Conselhos Municipais e Estaduais. Uma dificuldade que ele também coloca, em relação ao controle social, é o controle da Secretaria de Saúde, quer dizer, o controle social está diminuindo aqui, no seu entendimento, na medida em que controlar significa controlar as ações da Secretaria; se o médico vai, se deixou de ir, se o profissional vai ou deixou de ir, ou seja, seria uma simplificação do sentido desse controle social, que é uma coisa muito maior. Nós temos que fazer com que a sociedade tenha o controle em nível de município, mas ele não pode ser desarticulado do conjunto maior. Ele se perde neste sentido. Então, o controle social que ele está colocando como dificuldade, não é controlar as ações da Secretaria de Saúde... médico que deixou de ir ao posto, enfim. É uma coisa muito maior e os problemas estão muito mais acima disso.

De novo a identificação do Conselho com a burocracia. Uma dificuldade, ele também está colocando, é discutir a

qualidade do serviço prestado para a comunidade, quer dizer: o que é esta qualidade? O que nós queremos com esta qualidade? Daí, até para discutir como ele mesmo está colocando, o preço destas coisas, enfim. Mas tem sido difícil discutir no Conselho Estadual de Saúde a questão da qualidade dos serviços prestados à comunidade. As dificuldades que ele também coloca são operacionais e técnicas. A nível operacional ele coloca a motivação do próprio conselheiro, as questões objetivas e práticas. Ele colocou que o conselheiro não tem, sequer, passe para garantir a sua participação nas discussões. Participação não é uma abstração. Ela exige uma presença, um contato direto com o objeto que a gente está estudando, porque é aquilo que a gente está defendendo. Eu achei importante esta questão. Que motivação este conselheiro tem de estar lá, batalhando para uma perspectiva de saúde melhor? Para condições dignas de vida para os cidadãos de todo o Brasil? Então, é complicado. As questões técnicas estão relacionadas à questão da formação, que é uma discussão que a gente vem tendo há muito tempo. Isto quer dizer: será que nós estamos dando conta de entender tudo o que está rolando e podemos então, tecnicamente, sermos capazes de contra-argumentar contra um rolo compressor que, normalmente, vem na cabeça do conselheiro?

Estou aqui divagando um pouco mais. Na verdade, nós temos muitas dificuldades técnicas. Isto tem ficado evidente. Desde ontem estamos vendo esta coisa da formação, aparecendo em todas as falas. Então, é um problema que temos que discutir e debater. Podemos avançar muito nisso.

E um outro ponto que também está presente no outro momento é a questão da indefinição dos papéis na Comissão Intergestora Bipartite. O problema do papel, das funções, das atividades, elas estão em todas as instâncias, inclusive aqui na Comissão Intergestora Bipartite. É preciso dizer que papel assumir, o que identificar, se tenho este ou aquele papel, já que as ações estão meio que misturadas. É preciso que haja uma classificação, uma verticalização do que seriam estes papéis, como fazer.

Os pontos centrais estão, na fala do Luis Fernando, que eu identifiquei, nas questões da identidade dos papéis e das funções; a articulação entre Conselho, Estado e sociedade civil; a questão da formação técnica e política; a burocratização que atravessa a atuação dos Conselhos.

Na fala do Sivaldo, ele coloca, de uma forma bastante clara, a questão conjuntural, quer dizer, de novo ele volta à questão. Que nós temos uma questão conjuntural que é adversa à constituição dos Conselhos. E um ponto tam-

bém na fala dele é que se desmistifica a questão da participação como espaço de conquista e não um espaço concedido a alguém. Então, não é um favor que alguém está concedendo. É um espaço que a gente tem que conquistar. Eu achei importante destacar este ponto.

Colocou também que, na Ouvidoria Municipal, como representante, a atuação dele tem sido de forma transparente, caracterizando-se para resgatar aspectos como que a saúde é um dever do Estado e direito do cidadão; e desmascarando e denunciando as intercorrências que prejudicam a coletividade. Então, esta seria uma atuação transparente a nível político, e uma ação transparente a nível individual, buscando garantir os mesmos direitos individuais a partir das situações e as demandas que se apresentam na Ouvidoria. Colocou também, como um marco importante nas atividades da Ouvidoria, a agilidade da atuação desse ouvidor.

E a Edna nos trouxe uma contribuição importante, na medida em que primeiro socializa esta informação da Ouvidoria. E depois, no meu entendimento, a partir da fala dela conseguimos perceber claramente um papel importante que a Ouvidoria Estadual tem no processo de construção do controle social. Como? Denunciando as irregularidades e assumindo uma dimensão política e técnica. Eu senti que esse papel vai ser importante porque tem, além da contribuição técnica, uma dimensão política. É um espaço de controle que nós temos que construir. Pela fala dela, é uma coisa embrionária, que, na verdade, precisa se construir enquanto um processo de conquista. É uma instância organizada da sociedade que nós vamos ter que ir à luta e batalhar. Está começando, mas a partir daqui ela pode ter nossos frutos, eu imagino.

Bem, foi este o ponto de vista geral. Se entendermos controle social como forma de controle público das ações do Estado, os Conselhos e as Conferências são espaços de controle social. Agora, estes espaços podem se constituir num espaço de legitimação da ordem instituída, da lógica neoliberal; pode se constituir num espaço de discussão e proposição coletiva.

Os princípios norteadores que percebemos no processo de controle social são: a democratização, transparência, legitimidade das representações, representatividade legal vinculada à representatividade efetiva, e articulação com a sociedade de forma desburocratizada. A perspectiva de controle social, enquanto espaço de controle público, no nosso entendimento, só vai se efetivar, na prática, se estiver ancorada em decisão política, em nível de todas

as esferas: federal, estadual e municipal. E a organização da sociedade civil é fundamental neste sentido. Eu vejo com muita animação, na verdade, essa Conferência. Quer dizer, eu não vi coisa assim, tão bem organizada, estruturada, as pessoas realmente ávidas por participar e construir aquilo que faz parte de nosso papel.

Mas, de que decisão política estamos falando? A decisão política tem que ser no sentido que nos interessa: em defesa da democratização, descentralização e hierarquização do sistema. Da redefinição lógica. Da lógica particularizada e mercantilista da saúde e do controle social, e de uma lógica de financiamento necessário na qualidade de vida, não na produção e no núcleo. Quer dizer que se não temos a defesa política, exijamos que esta decisão política seja nesse sentido, ou vamos estar dentro daquela outra esfera. Ou é o autoritarismo, ou é na verdade uma democracia sem transparência, ou nem sei o que é, porque democracia não é mesmo.

Por onde passa o fortalecimento dos Conselhos? Na nossa opinião, pela questão da formação, pela questão da qualidade da participação dos conselheiros e na questão da formação. Queremos citar duas questões importantes que temos que desmistificar: orçamento e legislação. Normalmente, vemos o desespero que é quando aqueles quadros são apresentados e não se sabe desvendar este mistério. É um mistério mesmo. É uma caixa preta que não sabemos como abri-la, como socializá-la, para saber para onde vai o dinheiro, para que está sendo usado e tudo mais.

E para encerrar, o coordenador vai me puxar a orelha, é necessário apontar que todos os paradigmas da modernidade que nós estamos tendo agora é a vinculação direta com a dimensão individual. Toda a lógica está sendo encaminhada nesse paradigma do indivíduo. O coletivo aqui está sendo subestimado, sobretudo na proposta neoliberal.

Perguntas aos palestrantes

Edna e Sivaldo:

Qual é a relação da Ouvidoria com o Procon? Se já encaminharam processos ao Procon e como é que se estabeleceu esta relação?

Sivaldo:

Quando nós começamos o trabalho na Ouvidoria, fizemos uma reunião com o Procon, com o Ministério Público e

com o Conselho Regional de Medicina – CRM, este último em termos de processado. Com o Procon houve troca, em seguida, do seu procurador. Ele fez uma crítica ao Governo e acabou sendo demitido. Depois, não conseguimos estabelecer uma nova relação com o Procon, com o Alcione, que é o procurador agora. O que estivemos estabelecendo com o anterior foi o seguinte: mandaríamos os documentos para ele e ele assumiria as funções do procurador. Com o Ministério Público não conseguimos estabelecer relação. Tentamos reunião umas duas vezes e eles desmarcaram. Faltou, na verdade, um advogado para servir de ponte, afinal, nós éramos uma Ouvidoria. Mais ou menos por aí, mas acreditamos muito que a Ouvidoria tem que caminhar por aí, com o CRM, com o Procon e com o Ministério Público.

Edna:

Com relação ao Procon e o Ministério Público, como colocamos para vocês, após deliberação do pleno, o processo já instruído em nível de Ouvidoria é que deveria ser encaminhado. Mas ainda não tivemos trâmite tão bem feito. As parcerias que estabelecemos foram, simplesmente, com todos os órgãos de Secretarias de Estado, as Secretarias Municipais, os Conselhos Municipais, de onde têm vindo as denúncias, além dos Conselhos Regionais de categorias profissionais, como o CRF e o CRM. Acho que é isso.

Intervenção de Erlon Bispo:

Em primeiro lugar, quero parabenizar a exposição da mesa e, em especial, colocar que a exposição do Jocélio merece uma reflexão sobre o que o movimento popular de saúde vem fazendo. Eu sou delegado pelo segmento de usuários, do município de Cuiabá, e a minha base de origem é o governo popular de saúde. A pergunta que eu quero colocar para a mesa é sobre esta relação “entrevista”, quando a NOB 93 criou a Comissão Intergestora Bipartite, como instância privilegiada de negociação e decisão, quanto ao aspecto operacional do SUS, e a NOB-96 vem afirmar a Bipartite. E a minha pergunta: estou querendo que se esclareça isto. Será que há uma superposição do papel das Comissões Bipartites sobre as decisões do Conselho Estadual de Saúde? Quando se diz no aspecto operacional, logo se evocam as questões técnicas, mas quando se coloca a palavra negociação, parece que aí abre um viés para uma superposição quanto ao próprio papel do Conselho Esta-

dual de Saúde. É neste sentido a minha pergunta. Se essa operacionalização técnica não é competência da Secretaria Estadual de Saúde ou, por outra, se não fortaleceríamos mais o controle social, os Conselhos Estaduais de Saúde, no sentido de fortalecer uma Secretaria Técnica para o Conselho, que pudesse, ela sim, operacionalizar estas questões do SUS. Algo que esteja diretamente vinculado ao Conselho Estadual. Então, é uma pergunta que eu deixo, porque vejo que precisamos clarear esta situação no Estado.

Luis Fernando:

Muito gratificado em responder esta pergunta do companheiro, atuante no movimento popular de saúde. Para mim esta questão está muito clara. A Comissão Intergestora Bipartite, curto e grosso, do jeito que ela está, eu proponho nesta Conferência a sua extinção.

Intervenção de Sivaldo Campos:

O Conselho precisa de dinheiro para trabalhar? O SUS deve ser exclusivo às pessoas carentes? Quem tem um maior meio financeiro, deve pagar por este atendimento?

Luis Fernando:

Eu senti uma ironiazinha aí, na pergunta, mas faz parte. Antes, eu queria agradecer aos companheiros da Secretaria de Saúde, principalmente ao Oswaldo e ao Preza, que souberam me aturar durante esse tempo todo, apesar do debate. O Congresso Nacional dos Conselhos Municipais de Saúde, realizado no ano passado, em Salvador, determinou que todos os Conselhos Municipais, entre outras coisas, sejam unidades orçamentárias. Os companheiros perguntavam se o Conselho não tinha que ter poder, ou seja, dinheiro para acabar de uma vez com a dependência. O Congresso de Conselhos considerou o seguinte: “todo Conselho deve se constituir numa sociedade orçamentária, gerida pelos conselheiros, presidente e pela diretoria”. Eu não entendi a outra questão, mas eu acho que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. O Estado que se organize para atender, primeiro, aqueles que mais precisam, mas não pode deixar de negar atendimento para aqueles que querem ser atendidos pelo SUS. Acho que precisamos taxar as grandes fortunas. O Brasil é o primeiro país do mundo em concentração de riquezas. De uma forma geral, entendo que quem vai ao SUS tem que ser atendido, independente do peso, do tamanho, da gordura e do que ele tem no bolso.

Intervenção de Wanderlei Pignati:

Eu queria fazer uns comentários de algumas perguntas: primeiro, a relação de quando a gente fala de democracia dos Conselhos. O que aprendemos, inclusive na escola e na prática, é que a democracia no sistema capitalista é saber como é aplicado o dinheiro do povo. No Conselho Estadual de Saúde, quando foi proposto o orçamento para 96? A proposta foi encaminhada para o Conselho Estadual e está em cima das normas, das recomendações? Propôs-se que o Estado aplique 10% do seu orçamento próprio, como a gente aprendeu? O documento orçamentário que foi para a Assembléia Legislativa, e que foi aprovado e assinado por todos os secretários, inclusive o Secretário de Saúde, destinou apenas 3% de recursos próprios para a saúde. Usam-se algumas metodologias somando o dinheiro do PRODEAGRO, o dinheiro disso, o dinheiro daquilo e vai se chegar a 6% ou 7%, mas, próprio mesmo, só 3%. Por que antes de mandar o projeto para a Assembléia Legislativa, o Governo não o devolveu para o Conselho? Isso seria importante para o Conselho mostrar se aquilo estava bom ou não. Então, a democracia dos Conselhos é muito relativa, é muito manipulada, é muito usada por quem está no poder.

Eu pergunto para o Dejar, que fez uma análise dos Conselhos. Como resolver isso em níveis estadual e municipal, já que ele diz que a maioria dos Conselhos Municipais não tem a prática de elaborar o orçamento? Então, Dejar, fico com a pulga atrás da orelha. O Conselho vai elaborar orçamento para quê? Para quem? E será que o prefeito vai acatá-lo? Outra questão. Quando a gente fala do SUS, será como o Jocélio disse? Dentro dessa política neoliberal que vem se desenvolvendo no país, inclusive aqui em Mato Grosso, será que esse SUS vai caminhar para atender a maioria? Em nível nacional, o Jocélio disse aí que já se pensou em extinguir o Fundo Nacional de Saúde. Será que é compatível? Um SUS que nós defendemos, um SUS que, na prática, eu ajudei também a construir? Estamos também querendo que ele avance, mas será compatível com o SUS o projeto neoliberal? Inclusive aqui, em Mato Grosso, onde uma política neoliberal está sendo implantada, um Governo que demite e não contrata. Quantos precisam ser contratados na área de saúde? Concluindo, eu vou perguntar para o Jocélio se ele acha que é possível, num país ou num Estado que coloca em prática a política neoliberal, de demitir, de privatizar CEMAT, SANEMAT? Em nível nacional o Governo dizia, por exemplo, que o dinheiro da Companhia Siderúrgica Nacional seria usado na saúde e na educação,

e Dante diz a mesma coisa. Privatizar a CEMAT e SANEMAT para usar o dinheiro na saúde e na educação. Será que o Jocélio acredita nisso?

Obrigado.

Dejair Pereira:

Bom, eu vou responder ao companheiro Pignati. Várias vezes ele falou em orçamento. Eu não vou aqui fazer uma defesa, só avaliar o que foi feito no orçamento do Estado. Nós pegamos o Estado com um orçamento de 1,03%, para pagar a folha salarial dos funcionários, e se propôs, de forma mais ou menos planejada, a aumentar a aplicação destes recursos de forma gradual. Se fosse verdade que o setor tivesse 10% da arrecadação, a própria Secretaria do Estado e os municípios, que ainda estão revendo o seu papel, não teriam capacidade técnica com visibilidade para trabalhar isso. Com relação aos Conselhos, que não teriam essa prática do orçamento, é aquela história que eu disse, que é verdade: o pessoal não conhece o processo orçamentário. Por isso não participa nem da discussão. O processo, é claro, deveria também ser submetido aos Conselhos para que se possa acompanhar o que vai ser aplicado na saúde. Eu falo da saúde numa questão mais ampla, não é só a questão ainda presente do hospital e da doença, mas são de uma maneira geral os recursos a serem investidos. Então estes Conselhos estão tendo, sim, dificuldades para controlar e acompanhar isso.

Jocélio Drumond:

Essa questão do orçamento é uma questão mais séria do Conselho, mas estamos conseguindo. Embora as coisas lá funcionem mal, essa parte do orçamento funciona muito bem. O que não aprovamos, no ano passado, foi encaminhado como resolução do Conselho Nacional de Saúde, resolução do Conselho Nacional de Seguridade Social. O encaminhado virou orçamento de fato, que são estes 20 bilhões de reais que falávamos, há pouco. No momento, estamos discutindo o orçamento de 97. Agora, se discutir e não ser atendido pelo Executivo é coisa de moleque. Isso é inaceitável e inadmissível. 3% do orçamento do Estado para a saúde é pouco. O Estado pode estar falido, mas, 3% para a saúde não se justifica em qualquer circunstância. E isso se repete em alguns Estados, não é só em Mato Grosso. Por isso é que apoiamos e achamos que a Conferência Nacional vai ratificar isso, a emenda do deputado federal Eduardo Jorge, que propõe que pelo menos 10% do orça-

mento dos Estados e dos municípios sejam destinados à saúde. Agora, essa avaliação orçamentária no Conselho Nacional funciona. O que aprovamos no orçamento vai e passa a ser orçamento. O problema é a execução orçamentária. Nós aprovamos 20 bilhões, eles estão executando 12 bilhões – 40% eles estão comendo, mas é um processo de luta importante. Só para completar a importância disso, o Governo Federal determinou que, no orçamento de 97, o reajuste de pessoal seja de zero por cento. Portanto, todos os servidores federais teriam zero por cento de reajuste, pelo terceiro ano consecutivo. Na hora em que entramos em contato com isso, chamamos a FETRAMES, que representa os servidores do Ministério da Saúde, chamamos a FENASP; infelizmente a FENASP não foi no processo de discussão, para debater o que fazer. Com isso nós conseguimos, no Conselho Nacional de Saúde, um recurso de pelo menos 45% a mais para a folha de pagamento, item despesa com pessoal. Não significa que vai ser este o reajuste. Aumentar os recursos no item despesa com pessoal não significa, automaticamente, aumento de salário. Isso é um processo de luta sindical que vai definir, até porque é provável que o Governo vete este item. Vai haver muita disputa política, de prioridades...E a questão do Estado de Mato Grosso é difícil comentar. Agora, eu posso falar da experiência nacional. A idéia de privatizar para dar recursos para a saúde tem que ser muito bem discutida. Muitas vezes, você privatiza, perde um bem público e, necessariamente, corrige outro bem público. Acho que esse é um debate que a Conferência vai poder ter e tomar suas resoluções de como melhorar, de fato, o sistema de saúde. Talvez, inclusive, por outro caminho.

Pergunta do Auditório:

O que o Conselho Estadual de Saúde já fez ou vai fazer para que o Estado cumpra a Constituição estadual no repasse dos 10% da saúde?

Luis Fernando:

Eu desconheço que a Constituição Estadual estabeleça 10% para a saúde. Agora, o que o Conselho Estadual está fazendo? No ano de 1994, o orçamento não passou pelo Conselho Estadual, foi para a Assembléia. O segmento de usuários enviou uma carta para todos os deputados estaduais e somente aí o orçamento voltou para o Conselho, mas houve uma manobra, de peso, e o secretário conseguiu aprová-lo. No ano de 95, vislumbramos alguma coisa

a nível de orçamento, como Pignatti colocou. No ano de 96 estamos tentando. Faz quatro meses que eu estou encaminhando a discussão do orçamento. Na última reunião do Conselho, através da COPLAN, começamos a avaliar o orçamento para 97. Há uma Comissão de Orçamento do Conselho Estadual de Saúde. Eu peço, encarecidamente, que ela se reúna e traga propostas para o Conselho. O que eu acho que esta plenária pode fazer é dar indicativos sobre isso. Decidir que seja investido, por exemplo, 10% da arrecadação do Estado na saúde, mas só falar em 10% não basta. Tem que se fazer um indicativo onde vocês exijam este investimento de 10%.

Há o hospital do Câncer que está sendo construído aí. Eu sou contra que o governo do Estado coloque dinheiro para este hospital. Por que? Porque não vai ser um hospital público. Isso é um hospital filantrópico, aonde as pessoas vão de certa forma pagar, como acontece com o Hospital Geral e a Santa Casa. Este hospital está sendo construído com dinheiro do fundo do Banco do Brasil. Se é para investir esse dinheiro, então vamos investir nos hospitais do interior, que estão aí sem serem concluídos. Vamos investir dinheiro no Hospital Central, na Capital. Isso é só para dar uma panorâmica. Não é só pedir 10%. Aprova-se os 10% e a gente não sabe onde quer que este dinheiro seja aplicado. Há que se fazer um indicativo nesta Conferência direcionando os investimentos das verbas da saúde. Com relação à prestação de contas, existem mecanismos para isso através do próprio legislativo, que é o órgão que fiscaliza, que acompanha isso, e é também garantido na Constituição, é lei: toda a prestação de contas seja pública e até publicada em jornal.

Agora, uma dificuldade que o Conselho tem é que este balanço é contábil. O cidadão está, às vezes, com esta prestação de contas na mão, mas não consegue entender o que é aquilo. O que os Conselhos deveriam fazer é solicitar a prestação de contas mais facilitada, exemplificando melhor receita e despesa. Esse sumário é fundamental, para quem não é técnico entender o processo. No código do elemento despesa você pode abrir informações detalhadas. O Conselho não concorda e acha que esta prestação de contas foi desviada? Aí é só buscar os parceiros que nós temos, com o próprio legislativo, e recorrer. Mas alguém vai dizer: “olha, o Legislativo do meu município está comprometido com o prefeito”. Temos, então, que buscar outros recursos que estão à disposição de qualquer cidadão, por intermédio das associações.

Pergunta do Auditório:

A minha pergunta vai para os Ouvidores. Qual a relação que as Ouvidorias têm com a Procuradoria Pública?

Edna Marlene:

Com relação ao Ministério Público, é como eu disse para vocês, está em fase de encaminhamento, ainda. Somente após o processo instruído levaríamos ao conhecimento do Pleno. Depois, a deliberação do Pleno seria encaminhada para uma instância maior. Com relação às denúncias de municípios, a Comissão de Apoio à Municipalização é uma equipe que tem ido até os municípios, às vezes em parceria com os órgãos da Secretaria de Estado. De repente, por exemplo, é uma ação que a Vigilância Sanitária tem que intervir. Houve uma denúncia aqui perto, que a Vigilância Sanitária foi primeiro, fez o relatório e já está agendada a vistoria para fazer o fechamento deste relatório técnico. Depois disso, será encaminhado para deliberação do Pleno. Então a Ouvidoria, através desta Comissão de Apoio à Municipalização, é que tem feito esse trabalho das parcerias.

Sivaldo Campos:

Olha, nós tivemos dois casos, dois exemplos com o Ministério Público. O primeiro foi uma briga com a SANEMAT. Na Conferência Estadual anterior, na Conferência Municipal de Cuiabá, ficou uma recomendação de que a SANEMAT cumprisse as leis Estadual e Federal, que obrigam a fluoretação das águas públicas. Como isso não aconteceu e continua não acontecendo e como fluoretar água pública é uma ação coletiva de saúde pública, eu encaminhei um documento ao Ministério Público sobre isso com cópias das leis, das resoluções das Conferências, e o Ministério – demorou um pouco – acabou dando causa ganha para a nossa petição. Aí, a SANEMAT recorreu da decisão e ainda não terminou o processo. Inclusive, eu recebi um documento – está aqui na minha pasta – onde a Procuradora me pede que eu apresente de novo a defesa daquilo que eu já havia apresentado. Eu juntei um pessoal da Coordenadoria da Saúde Bucal do município e o grupo me apresentou uma série de subsídios, no sentido de que a fluoretação da água pública é correta e vou recorrer da decisão da SANEMAT. Outra experiência foi mais recente, no final de março, com relação à filantropia de hospitais como Santa Casa e o Geral. Eu fiz uma série de levantamentos, já no início do meu trabalho como Ouvidor, e che-

guei à conclusão de que estas duas instituições não tinham nada de filantrópicas, apesar de elas se beneficiarem da filantropia. É uma série de benefícios que envolvem um montante alto de recursos. Até com relação ao SUS, elas são beneficiadas. Na prática, o próprio jeito de eles fazerem as coisas desmentia, por si só, a filantropia. Juntei tudo isso e encaminhei um outro documento ao Ministério Público, ao procurador Antônio Hans, e estou aguardando a resposta do Ministério. Devo deixar claro, no entanto, que não sou mais o Ouvidor. Eu preciso esclarecer isso. Saí da Ouvidoria no dia 2 de abril. Então não sei como é que está o processo, hoje.

Pergunta do Auditório:

Eu gostaria de saber como é que fica a situação dos pacientes que se internam pelo SUS e são tratados como indigentes, sem contar que precisam esperar até um mês nas portas dos hospitais. Há pacientes que vêm de longe e só se internam após pagar uma consulta de até 50 reais num consultório particular.

Luis Fernando:

Muito feliz esta pergunta. Vamos dar um exemplo. O Sivaldo estava me mostrando agora um panfletinho do Hospital Geral, que diz: “Ambulatório do Hospital Geral, consultas para crianças e mulheres grávidas e não grávidas. Valor: 15 reais. Das 7 horas da manhã às 7 horas da noite, rua 13 de Junho, número 2.101”. O que isso significa? O Hospital Geral é uma unidade credenciada do Sistema Único de Saúde e uma grande maternidade. É a melhor maternidade que Mato Grosso tem. Acontece que a parte ambulatorial, a porta de entrada do hospital para o usuário, não é credenciada no Sistema Único de Saúde. Então, para o sujeito se internar pelo SUS, tem que vir pela rede básica, pelo posto de saúde, pela Policlínica. Um outro exemplo é o caso do Neuropsiquiátrico. Ele é credenciado ao SUS, mas vamos supor que você tenha alguém na sua família que deu um problema e precisa ser internado no hospital. Aquilo, para você entrar, é um problema. Ou você entra pelo Adauto Botelho, ou você vai ao Neuropsiquiátrico e paga uma consulta médica, que hoje gira em torno de 60 reais. Daí o médico vai fazer a consulta e você vai ser internado. Agora, tudo isso é ilegal! Para entrar no Sistema Único de Saúde, para ser internado pelo sistema, não pode haver custo para o usuário. É um dilema inclusive para os cidadãos do interior. Jaciara tem este problema. Guiratinga tem este problema. Qualquer um dos membros

que compõem os Conselhos Municipais de Saúde sabe disso. Eu quero saber qual vai ser o posicionamento desta Conferência. É preciso dar uma resposta a isso.

Intervenção de Valdomiro Bororo:

Eu sou Valdomiro Bororo e faço parte da nação indígena Bororo. Eu gostaria de fazer uma explanação muito maior, mais sei que o tempo é curto. Como funcionarão estes Conselhos Indígenas citados pela mesa? E estes Conselhos serão reconhecidos por uma esfera superior?

Dejair Pereira:

O processo que estamos buscando é o de que este Conselho busque desburocratizar a questão não só da saúde, mas faça o controle do sistema como um todo. Ele deve ser reconhecido tanto pelo Conselho Estadual, como pelos Conselhos Municipais de Saúde, onde fará parte, além de conselhos de classe.

Luis Fernando:

Só esclarecendo que o Conselho Estadual de Saúde já reconhece os Conselhos de Saúde Indígenas. Tanto é que os oito Conselhos Indígenas do Estado se fazem presentes na III Conferência de Saúde como convidados natos do segmento de usuários do Conselho.

Pergunta do Auditório:

Eu fico questionando o funcionamento dos Conselhos. Para que eles possam funcionar, têm que ter respaldo da massa e muitas vezes esta massa não está preparada. As formas de implantação dos Conselhos fizeram com que os mesmos não sejam originais, são formados para não funcionar. As mudanças ocorrem com o grau de conhecimento do povo. Fico questionando: como as mudanças vão chegar no seu objetivo se o direito à educação é negado pelo plano neoliberal?

Jocélio Drumond:

Olha, eu não concordo. O Conselho foi criado para funcionar. Foi bolado para funcionar. Exatamente os que são contra os Conselhos é que dificultam o seu funcionamento. Portanto, com esta parte que você falou eu não concordo. Alguém falou aí: quem é rico, que pague pela saúde. Aí faremos a saúde do rico e a saúde do pobre. Funci-

onaria mais ou menos assim: você dá uma migalha, o rico paga, aí é atendido. Isso, em vez de fazer uma reforma tributária, por exemplo, onde você iria tirar mais dinheiro do rico para poder sustentar um sistema decente para todos. No Brasil fala-se: “poxa, a gente paga muito imposto”. Não é verdade. No Brasil paga-se pouco imposto. Quem paga muito imposto é o trabalhador assalariado. O setor agropecuário e afins não pagam quase imposto nenhum. Então, esta idéia de separar não funciona. Agora, o Conselho é feito para funcionar. Quem não quer que ele funcione é contra o SUS. É contra isso que lutamos.

Intervenção de Solange:

Só retomando o que o Valdomiro Bororo colocou, que o Conselho Indígena é reconhecido pelo Estado, quero esclarecer que ele não é reconhecido pelos municípios e também pela Fundação Nacional de Saúde. Agora uma pergunta em cima disso. Qual o caminho existente para a Fundação Nacional do Índio? Qual o caminho existente para se garantir, em nível local, a participação dos Conselhos de Saúde Indígenas? Há Conselhos locais de saúde indígenas e os municípios têm assento. Por que onde têm populações indígenas, elas não têm assento nos Conselhos? A outra pergunta é para o Jocélio. A nível nacional, nós temos a Comissão Intersectorial de Saúde Indígena. Essa comissão é ligada ao Conselho Nacional de Saúde e este ano eles não conseguiram se reunir ainda. Já foram feitas várias solicitações para o Conselho Nacional de Saúde e eles não estão conseguindo se reunir. Por que eles não estão conseguindo? Qual a providência que o Conselho está tomando em relação a isso? Uma outra pergunta é para os ouvidores. Como é que os municípios podem estar instituindo as Ouvidorias nos municípios, de uma forma legal? E o trabalho de articulação destas Ouvidorias junto aos Conselhos? Esta questão da parceria dos municípios é fundamental. Através da Secretaria Estadual de Saúde nós conseguimos esta parceria porque existe uma pessoa, exclusivamente, para fazer esta ponte.

Jocélio Drumond:

Só quero lembrar que a saúde do índio é a única especificação que é também papel do SUS, na esfera federal. Saúde do trabalhador, mental, da mulher, todas as outras formas de saúde não são funções do SUS a nível federal. Saúde do índio é. A omissão do Conselho é bastante grave, na minha opinião. O que aconteceu? Todas as comissões intersectoriais foram meio que fechadas para ba-

lanço. No balanço da Comissão do Índio, o informe que nos foi dado foi o seguinte: há muita fala, mas decide-se pouco. É uma das comissões que estariam para ser reativadas. Eu acho que Mato Grosso deveria levar esta proposta para a Conferência Nacional de Saúde. Deve denunciar que a função federal do SUS não está sendo cumprida, que a comissão não funciona e tem que ser reativada imediatamente. Poderia sair como resolução de Mato Grosso. E o que eu posso é me comprometer que irei fazer gestões com alguns conselheiros que representam segmentos sindicais para defendemos esta moção.

Intervenção de João de Deus:

Companheiros, é o seguinte: o controle social, dentro do Sistema Único de Saúde, é um dos fatores fundamentais. Eu só vou ler um trechinho aqui: “Para exercer efetivamente o controle social, o cidadão, seja ele Conselheiro Municipal de Saúde ou não, necessita dispor de informação”. O acesso à informação, segundo a Constituição de 1988, é um direito de todos os cidadãos. Trata-se de um dever do Estado, nas três esferas, o esclarecimento dos usuários sobre o acesso à informação. Ninguém pode defender nada que não conheça. A maior parte dos Conselhos não está efetivada hoje no Estado porque muita gente não conhece as leis. Coloca-se que é manipulação, mas não é. É falta de conhecimento mesmo. Acho que isso não é uma pergunta, mas uma proposta. Proponho que a Secretaria busque condições para priorizar a implementação definitiva desses Conselhos Municipais de Saúde. Uma pergunta, em especial, é para o Luis Fernando. Qual o volume de recursos do Ministério da Saúde para Mato Grosso? Descobrimos, aqui, que até os conselheiros, a nível estadual, não têm acesso a esta informação. Para a comissão organizadora eu queria pedir para que não prejudicasse o debate, atropelando as discussões. Peço que amanhã se aumente este tempo. Este negócio de só ficar escutando acaba centralizando o poder. Nós estamos aqui para discutir descentralização.

Luis Fernando:

Companheiro João de Deus, na minha fala, se está lembrado, coloquei que não estamos articulados, em nível de Conselho Estadual, para fiscalizar a nossa própria casa. Estas questões dos repasses federais, que seriam essencialmente o dinheiro do SIA/SUS e AIH's, não tenho o número preciso do quanto isso representa. O questionamento que eu faço é de que isso deveria ser o cotidiano do Con-

selho Estadual de Saúde. Todo mês eu quero saber quanto faturou o sistema e, antes de saber isso, quero também saber onde ele foi gasto. O Hospital Adauto Botelho, por exemplo, garante faturar a parte ambulatorial e hospitalar desse hospital. Eu quero saber se esse dinheiro está sendo reinvestido nesse hospital.

Jocélio Drumond:

Para uma informação complementar, para todos os interessados, no Conselho Nacional de Saúde foi elaborado um modelo, extremamente simples para que qualquer pessoa ignorante como eu, no Conselho, pudesse entender o orçamento e pudesse entender a aplicação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde. Estes modelos existem. Acho que o próprio Conselho Estadual deve assumir o compromisso de buscar no Conselho Nacional esse conjunto de informações que pode ser reproduzido nos Conselhos Municipais. O modelo diz quanto entrou, quanto saiu, para o que serviu, e você vai ver as metas executadas e os recursos que foram gastos. Vale a pena ser distribuído.

Pergunta do Auditório:

A minha pergunta é para o Luis. A quem cabe a escolha dos membros dos Conselhos Municipais? A substituição, pelo meu conhecimento, é feita pelo Secretário, que é presidente do Conselho. Outra pergunta é a seguinte: qual é a importância que se dá para que o presidente do Conselho seja um Secretário de Saúde? Será que aí não é uma maneira de tirar o poder do Conselho Municipal?

Luis Fernando:

Vamos responder por parte. Quanto à questão da composição dos Conselhos Municipais, uma sugestão que eu faço é para que cada município se organize através de plenárias. Por exemplo, quem representa os usuários nos Conselhos Municipais? Tem município que é a Maçonaria, tem município que é o Lions Clube, tem outro que é o Trabalhador da Saúde, representando o Usuário, Vereador... O negócio fica complicado. Como é que a gente vai formalizar isso? Uma sugestão que eu faço é que a escolha ocorra através de plenárias populares, com participação de sindicatos, de trabalhadores, clubes de mães, pastorais das crianças, pastorais da saúde... A nível estadual, sou a favor que o Conselho Estadual de Saúde saia da Conferência Estadual de Saúde, mas há um problema. A composição do Conselho Estadual é determinada por uma Lei

Orgânica da Saúde. As entidades que compõem o Conselho estão estabelecidas em lei. Uma proposta que eu vou apresentar nesta Conferência é que isto seja alterado.

Arlindo Fábio de Souza:

Bom, eu sou o superintendente do Canal Saúde e gostaria de avisar que, no horário aqui de Cuiabá, entre 15 e 16 horas, pode-se captar o sinal do Canal Saúde, por antena parabólica. Quem tem antena parabólica pode captar, ou em casa ou no serviço.

Nós estamos negociando para iniciarmos, ainda em meados de agosto, com o Amazon-Sat, que é um outro sinal de satélite. No horário daqui, entre 10 e 11 horas, nós entramos, também, com uma programação de informações, uma série de vídeos na área educativa; também pelo Canal Saúde, e todas as sextas-feiras, no horário entre 9h30 e 10h30 da noite, nós temos um programa de debate sobre as questões da atualidade, mais polêmicas, relacionadas ao setor de saúde.

Este programa é produzido em parceria com a TV Educativa do Rio de Janeiro e vai para as Redes Educativas de televisão e TV's Culturas do Brasil. São mais de 180 emissoras, com suas retransmissoras pelo Brasil inteiro, levando ao ar o Canal Saúde.

Nós tivemos uma experiência interessante no dia 11 de abril. Possivelmente, alguns de vocês participaram. Foi o teledebate sobre a questão de participação social no SUS. E nós estamos fazendo agora, dia 30, um novo teledebate sobre a preparatória para a X Conferência Nacional de Saúde. Ele vai ao ar de 2 às 5 horas da tarde - horário de vocês de 1 às 4 horas da tarde. Recepção também por antena parabólica, nesta mesma sintonia, logo depois do canal da Bandeirantes. Quem estiver em cidades com auditórios da EMBRATEL, caso aqui de Cuiabá, vai poder, inclusive, fazer perguntas para quem está na mesa dos debates, em Brasília. Ao todo são 58 auditórios distribuídos pelo Brasil inteiro. Quem não estiver no auditório pelo menos pode assistir ou promover algum tipo de debate posterior.

Dia 20 de agosto nós estamos fazendo um teledebate no Canal Saúde, nesta mesma frequência, entre 16 e 17 horas, com duas horas de duração, sobre meio ambiente e saneamento no SUS, que é um tema que temos trabalhado muito pouco. Normalmente passa assim, meio de rascão, e acabamos não aprofundando. Além disso, durante a Conferência Nacional de Saúde nós vamos estar em Brasília,

transmitindo duas horas por dia, no horário entre 14 e 16 horas, aqui em Mato Grosso. Vamos estar transmitindo a mesa principal da Conferência. Vamos gravar esta mesa principal e à tarde passar para o Brasil inteiro, com recepção do Canal Saúde por antena parabólica.

Em se tratando de controle social, isto é também um processo interessante de utilização de meio de comunicação em massa. Quer dizer, qualquer pessoa, no território nacional, vai poder acompanhar o que está acontecendo na Conferência Nacional de Saúde, mesmo que não seja delegado, que não esteja em Brasília. Quem for delegado vai poder acompanhar os desdobramentos disso na etapa nacional: a primeira hora vai ser a mesma e a segunda hora vai ser um debate com os convidados, representantes de diferente segmentos, sobre o que aconteceu naquele dia na Conferência.

Então, é todo um processo de utilização da chamada mídia eletrônica, quer dizer, das facilidades da transmissão por satélite, recepção por antena parabólica, etc., que vai viabilizar, em qualquer lugar do território nacional, que qualquer pessoa interessada possa acompanhar a etapa nacional da X Conferência. É mais uma forma, também, de exercício de controle, de saber se as suas questões estão sendo consideradas, estão sendo levadas em conta, também, na etapa nacional da Conferência.

Eram estas algumas informações que eu queria passar para vocês e que são, digamos assim, questões que estão em andamento. Nós estamos organizando um treinamento para conselheiros de saúde, estamos organizando um treinamento para agentes de saúde, um treinamento dentro do Programa de Saúde da Família, enfocando a mulher, a criança, etc. Estamos preparando também um terceiro treinamento para conselheiros de saúde, estamos utilizando a experiência de vocês, experiência de Alagoas, experiência de Pernambuco, experiências de uma série de Estados brasileiros que avançaram bastante neste treinamento.

Então vocês vão poder receber, por antena parabólica, via satélite, todo um processo de treinamento, que vai ter um acompanhamento, em material didático, para ser desenvolvido. Ficou clara, aqui, hoje, a necessidade que todos sentem que haja uma informação e que haja uma preparação dos conselheiros para uma participação mais eficiente nesse conselho.

Por isso, vamos ao que mais interessa nesse período da tarde. Sobre controle social, frente à crise da saúde, nós discutimos bastante ao longo desses dias da Confe-

rência; hoje pela manhã ainda discutimos bastante a situação da crise brasileira e a questão do controle social e as formas, normalmente, corriqueiras da nossa intervenção. Esperamos a contribuição da Dra. Elizabeth Barros, da Coordenadoria de Saúde, do IPEA, de Brasília, que é uma das pessoas mais atuantes na área de saúde, desde o relatório da IX Conferência Nacional de Saúde. É toda uma trajetória importante de ação na área das políticas sociais. A expectativa é de que ela também nos apresente outras informações relativas ao controle social. Então, com a palavra a Dra. Elizabeth, para as suas considerações.

O Controle Social frente à Crise da Saúde

Elizabeth D. Barros
Coordenadora de Saúde e Previdência do IPEA

Bom, eu queria, inicialmente, prometer que serei, absolutamente, rigorosa no controle do tempo, para não atrasar mais o trabalho do grupo. De qualquer forma, eu vou tentar dar a palestra que eu tinha me proposto fazer.

Vou levantar algumas questões que me parecem fundamentais para o debate que vocês devem fazer em seguida sobre o tema. A primeira questão eu acho que está associada com algumas coisas que já foram colocadas por mim mesma na abertura e por outras pessoas depois, em falas sucessivas: é a questão da participação social como uma dimensão da cidadania. O cidadão só é cidadão se ele se converte, efetivamente, num sujeito político. O que é que eu quero dizer com isso? Se ele tem noção de que é detentor de um determinado poder e se ele luta para exercitá-lo, ele cria as condições de exercitar esse determinado poder.

A cultura política brasileira foi uma cultura de exclusão da cidadania para a maior parte da população brasileira. E o que temos então, como desafio, neste momento, é construir esse exercício de cidadania. Então, a primeira constatação que podemos fazer a partir dessa assertiva é que, na verdade, a questão da cidadania está sempre associada com a questão da ação coletiva. Não basta que eu, indivíduo, Elizabete, vá ter minha ação, vá lá e brigue pelo meu direito individual. Quer dizer, eu não altero relação de força se minha ação for pulverizada, for individual. Então, a primeira questão que se coloca é a questão da necessidade da ação coletiva nesse processo de constru-

ção da cidadania. Nessa questão da ação coletiva eu queria chamar a atenção para um ponto. Estamos falando da necessidade da ação coletiva, mas estamos falando da necessidade de reconstruir espaços públicos no interior do Estado brasileiro, ou de construir, para ser mais precisa.

O Estado brasileiro sempre foi um Estado, absolutamente, privatizado, ou seja, dominado por determinados interesses, que, em geral, não eram interesses que diziam respeito ao conjunto da população. Eram interesses particulares, de determinados grupos de poder que se apropriaram dessa ação estatal. Então estamos falando também de democratizar o Estado, construindo em seu interior espaços públicos. E aí eu acho que tem uma questão fundamental de reflexão: o espaço público se constrói a partir dos espaços de expressão da pluralidade dos interesses que estão na sociedade, ou seja, nem toda a ação coletiva tem caráter público. Uma corporação pode estar defendendo, legitimamente, seus interesses. É legítimo que cada grupo utilize seus recursos de poder para brigar, por fazer com que seus interesses sejam considerados na ação estatal. Ele pode estar representando o interesse coletivo de um determinado grupo, mas este interesse coletivo não é, necessariamente, compatível com o interesse de outros segmentos. Então, não necessariamente você, ao defender interesse coletivo, está defendendo interesse público. Eu acho que é uma questão importante para estarmos refletindo, porque é muito comum, e, particularmente, na organização corporativa fazer confusão, misturar interesse corporativo e o interesse público.

Isso toma estes espaços que o setor saúde, pioneiramente, instituiu no Estado brasileiro, de negociação e de expressão de demandas, como é o caso dos Conselhos de Saúde, das Conferências de Saúde. São espaços onde se respeitam os princípios da pluralidade, da diversidade e dos interesses e se tem condição de construir uma ação na direção do interesse coletivo público, de caráter público.

Acredito que esta já é uma outra questão e já foi bastante debatida aqui, pela manhã, que diz respeito a questão da representatividade dos vários segmentos de interesses dentro dos Conselhos, no interior das Conferências. É muito importante que, sempre, ao analisar a composição do Conselho de Saúde, das Conferências de Saúde, vejamos quem está sendo representado e qual é a pluralidade que está representada naquele conjunto de instituições, que está tomando assento nestes fóruns. Eu acho que essa é uma questão fundamental para estarmos refletindo. Desta pluralidade de interesses decorre uma consequência inevitável, que é a existência do conflito de inte-

resses. Eu queria também, em relação a isso, chamar a atenção para uma outra dimensão: a noção de controle social. Ela é muito comum. É tida como uma noção de policiamento, e eu quero colocar aqui uma perspectiva um pouco mais ampla do que essa em relação ao controle social. Quando eu estou falando de controlar a ação estatal, eu estou falando da capacidade de imprimir uma direção para a ação estatal, ou seja, de influir sobre escolhas, prioridades, as formas de ação do Estado.

Então, isso implica mudar minha postura política diante da ação estatal. Eu não posso ficar numa postura passiva de só fazer a denúncia. Eu vou ser sempre um perdedor se tiver esta postura, porque eu vou estar sempre agindo depois de os fatos acontecerem. A postura fundamental nestes fóruns e na ação coletiva, através dos mecanismos possíveis, seja a utilização da mídia, seja a articulação política com o Legislativo: tem que ser sempre uma preocupação de agir *ex-ante*, ou seja, para garantir que a ação estatal tenha uma determinada direção. E aí, participando deste momento de definição, eu tenho, então, um momento seguinte de fiscalização para ver se esta direção está sendo respeitada, mas esta é uma outra coisa que eu chamaria a atenção. É muito comum, e isso aqui foi colocado várias vezes, que nos Conselhos de Saúde se admita, por exemplo, que as informações sejam precárias, sejam insuficientes, que se tomem decisões sem o esclarecimento adequado daquelas pessoas que estão participando do processo decisório. Depois acordamos para perceber que tomamos uma decisão sem a devida informação, sem fazer a reflexão necessária sobre os desdobramentos e as consequências daquela decisão, e parte então para denunciar o equívoco e a necessidade de mudança. Veja, se a gente não tomar o cuidado prévio de fazer esta reflexão, antes dessa decisão ser tomada, estaremos sempre correndo atrás do prejuízo, porque as medidas já estarão sendo implementadas.

Este é um outro ponto que eu gostaria de trazer para a reflexão em relação à questão da ação sobre o Estado, da relação Estado x Sociedade, no momento histórico atual. Isso envolve, evidentemente, mudanças que não são simples. Envolve mudanças da parte do Estado, do interior dos aparelhos do Estado, no sentido de respeito. Isso que se discutiu aqui pela manhã, a dificuldade de se fazer respeitar as decisões do Conselho, faz parte de um processo de mudança de toda uma cultura política autoritária, excludente, quer dizer, de respeitar o saber de terminados segmentos que até então foram excluídos. Mas tem também um componente que é do nosso lado, da cidadania.

Como é que nós nos colocamos diante do Estado? Então eu também percebo, em muitas intervenções, e hoje aqui pude identificar isso algumas vezes, que estamos a cobrar do Estado um determinado tipo de medida que, na verdade, teria que estar sendo conquistada, a partir do alcance de nossa densidade política, sujeitos políticos de representação dos interesses dessa sociedade, desse grupo.

Essa postura, um pouco subordinada diante de um Estado, de achar que o gestor é que tem que tomar a decisão, que o gestor é que tem que tomar a iniciativa, também é uma coisa que nós temos que mudar na nossa prática. O processo de controle, de influir sobre a ação estatal, tem dimensões que estão do lado do aparelho do Estado e tem dimensões de mudanças que estão do lado da sociedade que quer passar a influir. Acho que é muito importante que tenhamos a clareza e façamos, em cada momento, a reflexão sobre se nós estamos fazendo a nossa parte. Se nós estamos fazendo, digamos, nossa parte do trabalho de mudança dessa cultura política.

Eu sempre uso esta expressão: “ser cidadão, ou exercer a cidadania, dá muito trabalho”. Eu não posso ficar, por exemplo, esperando que o Estado me forneça a informação do jeito que eu gostaria de receber. Preciso, sim, definir como tenho de receber esta informação e exigí-la do Estado. Se eu não obtiver, através desse meio, tenho que arrumar um meio de ter esta informação. Eu não posso atribuir a minha inatividade ao fato de que o gestor dificulta o acesso à informação. Eu tenho que ter uma postura ativa, no sentido de buscar a informação para poder até confrontar com esta postura do gestor. Então, veja, é uma coisa que exige de nós um compromisso muito grande por fazer as mudanças nos dois pólos: provocando e exigindo mudanças no interior do Estado, mas também mudança no lado da organização social, das nossas práticas e as nossas formas de atuação.

Colocados estes pontos mais gerais para reflexão, eu ainda gostaria de pontuar um pouco a importância desse processo de influir sobre a direção estatal, no contexto da crise em que vivemos. Essa crise é uma crise que tem uma dimensão econômica e financeira muito forte e que, em geral, se sobressai no debate, mas tem uma dimensão de crise política também. É uma crise de formas de poder, de formas de organização de poderes tradicionalmente instituídos no Estado brasileiro. Isso nos coloca então a responsabilidade de estar atuando em todas essas frentes.

Na abertura da Conferência, tanto o Secretário de Saúde, quanto o Governador, foram muito enfáticos no senti-

do de chamar à responsabilidade os Conselhos de Saúde, por exemplo, no sentido de impedir e evitar que a operação da política de saúde se transforme num exercício de politicagem na saúde – foi a expressão utilizada aqui, quer dizer, isso eu achei uma dimensão importante. Às vezes, isso não é muito claro para os Conselhos. O fato de estar no Conselho, às vezes dá às pessoas uma certa sensação de poder pessoal que leva a reproduzir práticas que elas nos discursos estão condenando. Então elas vão exigir tratamento diferenciado, exigir determinados privilégios. Isso não sei se acontece em Mato Grosso, mas eu sei que acontece em outros lugares do país. E o que eu quero chamar a atenção é que não mudamos nada se estamos reproduzindo as mesmas práticas que estamos querendo mudar. A mudança passa, então, quando temos uma consciência de qual é, efetivamente, o papel do Conselho e qual é, efetivamente, o papel do conselheiro, que é o de representar interesses e não de utilizar o espaço de representação de interesses para fazer uma ação pessoal, ou para viabilizar a ação pessoal de terceiros.

Eu acho que esta demanda, que foi colocada aqui pelos gestores na área de saúde do Estado, na abertura da Conferência, é muito importante e tem a ver com essa mudança fundamental no processo da gestão pública. E, neste contexto de crise, acho que a responsabilidade da participação colocada tem algumas dimensões centrais: a primeira delas tem sido muito discutida desde o início desta Conferência, que é a questão da reorientação do modelo de atenção na direção da construção de um modelo de atenção que seja mais adequado à garantia de condições de saúde. Eu acho que essa coisa de discutir com clareza o que é, realmente, mais importante, ser capaz de discernir o que tem um impacto maior sobre a condição de saúde, é fundamental. Eu acho que é um exercício de reflexão que os conselheiros têm que fazer no momento de cada decisão, e que a sociedade organizada tem que estar fazendo no interior dessas organizações, para orientar suas próprias posições.

A segunda questão é óbvia: é a questão de você maximizar resultados. Nós estamos num momento de crise. O Estado, em todas as suas esferas, espera por recursos escassos e uma responsabilidade fundamental: a de maximizar o resultado da aplicação desses recursos escassos. Significa que temos que lutar por racionalizar o gasto, por fazer com que ele, efetivamente, se direcione para aquelas ações que são prioritárias, que são de maior impacto, que respondam à necessidade de um maior contingente populacional. Essa é uma outra dimensão do

processo de decisão, de participação que temos que estar assumindo.

Uma terceira dimensão diz respeito à questão de conferir a legitimidade das escolhas, e aí é uma das questões difíceis, mas fundamentais no processo de participação. O que eu quero dizer com isso? Eu quero dizer que se nós tínhamos um sistema profundamente injusto e excludente, e queremos construir um sistema com equidade, vai haver sucessivos momentos em que teremos que fazer escolhas quanto à direção da ação, que pode significar retirar certos segmentos que estão privilegiados. Quando eu digo “conferir legitimidade”, eu quero dizer não a legitimidade no sentido da instrumentalização do representante para justificar escolhas inadequadas, mas de força política, para que estas escolhas ocorram de maneira legítima. Os processos são difíceis porque mexem com interesses que estão cristalizados e que, portanto, vão ser objeto de pressão desses interesses que seriam atingidos.

A questão da redistribuição de AIH's é o exemplo clássico que se usa para mostrar isso. Na hora que o gestor tem o respaldo nessa decisão do Conselho de Saúde, ele está ganhando força política no interior do sistema de saúde para introduzir essas mudanças. Então, eu acho que esta é uma outra dimensão de responsabilidade que também temos que ter noção e ter a clareza de que em que momento isto está refletindo uma necessidade da população e em que momento estamos correndo o risco de sermos instrumentos de alguma escolha que está orientada por outras variáveis, que não o interesse geral da nação. Eu acho que esta é uma outra preocupação que temos que ter nesse processo de participação.

Uma outra dimensão da participação social diz respeito à questão da relação entre o setor saúde e os demais setores do Governo. Veja, o Estado não é monolítico. Dentro do Estado estão reproduzidas as correlações de força da sociedade e que variam nos diferentes setores da mesma forma que o olhar. A perspectiva dos gestores é diversa em relação à questão da saúde e um exemplo claro disso é a eterna briga que existe em todos os governos, de todos os partidos, entre o gestor de saúde e a área econômica. A saúde sempre demandando mais recursos e a área econômica sempre tentando frear o volume de recursos para a área de saúde, para as áreas sociais de um modo geral. As lógicas, pelas quais operam essas áreas, são antagônicas e isso existe no interior do mesmo governo. Temos que ter clareza disso para não tratar o governo como se, internamente, não houvesse divergências.

Eu acho, por exemplo, que a luta por mais recursos para a saúde nos últimos anos, na esfera federal, tem deixado isso muito claro. Quem acompanha isso há mais tempo percebe que, a partir de 1992, houve uma mudança na postura, inclusive de gestores estaduais e municipais em relação ao Ministério da Saúde. As pessoas se deram conta, de repente, de que o inimigo não era o Ministro da Saúde. Que havia que somar forças com o Ministro da Saúde para brigar contra a área econômica do governo por mais recursos.

Eu acho importante que, em cada nível de governo, haja a clareza disso, para que se possa definir estratégias de articulação; algumas demandas legítimas devem ser encaminhadas numa relação de parceria com o gestor local e não, necessariamente, de confronto. Eu acho que esta é uma outra reflexão que tem que ser amadurecida no interior destes fóruns de representação.

Eu queria fazer, antes de encerrar, referência a duas questões: uma é que se estamos falando de participação social, de influir sobre a ação estatal, estamos falando, fundamentalmente, de ter clareza de rumos, de saber para onde queremos que esta ação estatal se dirija. Então, esta questão do debate, no interior das organizações é fundamental, para que haja esta clareza de rumo. Para isso, é preciso ir além dos locais de participação tradicionais, como são os Conselhos.

Eu acho que esta responsabilidade começa no momento que imprimimos a direção geral do governo nessa esfera, ou seja, ela começa no momento de realizar o voto. Em função disso, eu tenho que ter a clareza de onde quero chegar e tenho de ter a clareza de onde cada um dos que postulam o cargo de direção pode nos levar, e cotejar isso com uma posição que eu gostaria que fosse imprimida à ação estatal. E este ano é um ano importantíssimo em termos dessa dimensão.

Quando eu escolho o prefeito do meu município, quando eu escolho os que vão compor a Câmara de Vereadores do meu município, não posso deixar de estar considerando qual é o compromisso que esse meu candidato tem com relação a questões que defendo para a área de saúde. Nossa responsabilidade começa aí, na escolha do gestor.

A outra questão que eu queria tocar diz respeito a um debate que foi bastante polarizado no final da mesa da manhã. Eu gostaria de fazer pelo menos duas considerações. A questão das Bipartites e da relação das Comissões Intergestoras, de um modo geral, e da relação dessas comissões com os Conselhos de Saúde.

Eu começaria chamando a atenção para o que é a Bipartite ou Tripartite. São comissões que foram pensadas. A Tripartite até já existia previamente, antes daquela Norma Operacional, mas nunca tinha operado como tal, e foram depois concebidas as Comissões Intergestoras, reproduzidas em nível de cada Estado com uma característica muito particular: tratava-se de criar espaços de negociação intergovernamental. Nós estamos falando de relações intergovernamentais, entre gestores governamentais. Este é o espectro de atuação da Bipartite e da Tripartite, no interior do processo de reorganização do sistema de saúde.

E qual foi a razão pela qual se pensou esse tipo de mecanismo? A cultura política brasileira é uma cultura, fundamentalmente, clientelista, em que as decisões eram muito pouco transparentes ou os critérios de decisão passavam muito pouco por critérios mais gerais. Era uma coisa de negociação individual no interior de cada Estado, entre o secretário, o governador e o prefeito.

Com a Bipartite e a Tripartite isso acabou. As comissões aumentaram o leque de envolvimento na área, trazendo para o fórum decisório um número maior de atores, de tal maneira que isso pudesse reduzir o peso desses critérios clientelistas. É o testemunho que eu posso dar para vocês aqui, como uma pessoa que acompanha a área e, particularmente, que acompanha a operação desse mecanismo como um todo. É que a Bipartite tem sido fundamental no sentido de assegurar primeiro a sustentação do processo de descentralização e, segundo, reduzir o poder de barganha de Secretários de Saúde, onde a prática clientelista tem um peso maior.

Eu queria trazer isso para reflexão. É verdade que em vários Estados, como parece acontecer aqui em Mato Grosso, tem havido problemas na definição dos espaços de atuação entre a Bipartite e o Conselho, mas são funções especificamente de definir relações intergovernamentais, formas de articulação do sistema de saúde, critérios de distribuição de recursos no espaço intergovernamental. As prioridades da ação governamental, as diretrizes para a ação da Bipartite são dadas pelos Conselhos de Saúde e esta relação é clara na NOB. Se em alguns Estados isso ainda está operando de forma precária, eu acho que isso é uma coisa que tem a ver com os processos políticos de alguns Estados, o importante é que tenhamos clareza de qual é o espaço de atuação de cada um e lute para que este espaço de atuação seja respeitado.

Eu encaminharia aqui uma posição muito diferente do que, de alguma forma ficou apontada aqui, que era a de

pura e simples extinção das Bipartites. Eu gostaria de convidar vocês à reflexão sobre o que pode acontecer no momento em que se retirar esse instrumento que dá visibilidade ao processo decisório nas relações intergovernamentais e dos riscos que estão implícitos no desaparecimento desse instrumento. Em nenhum momento o Conselho de Saúde vai ser capaz de substituir este fórum específico. Ele tem outras funções e estas funções estão claramente definidas na lei. Se em alguns lugares a Bipartite está exorbitando e assumindo funções que são do Conselho, isso tem que ser negociado, acertado no interior de cada Estado. Agora não dá para negar a importância que esse instrumento tem tido, no país como um todo, para viabilizar relações governamentais novas, mais cooperativas, menos autoritárias, politicamente mais claras do que as que existiam antes. Então, era um convite que eu queria fazer a vocês, de reflexão antes que uma decisão dessa ordem seja encaminhada pelo plenário da Conferência.

Encerro por aqui, desejo para vocês um bom trabalho de grupo.

RELATÓRIO DAS MESAS ESPECÍFICAS:

MESA 01: O Enfrentamento das Doenças Endêmicas em Mato Grosso

Coordenação: Rosa Maria Blanco
Chefe do Setor de Capacitação de Recursos Humanos, FNS-MT

Exposições: **Experiência de Cáceres no Controle da Hanseníase**
Messias Lucas de Lima
Pedagogo – Sanitarista do Programa de Controle de Hanseníase de Cáceres

Leishmaniose

Márcia Hueb
Professora da Faculdade de Medicina, UFMT

Malária

Cór Jesus Fontes
Prof. da Faculdade de Medicina, UFMT

AIDS

Roberto Kazan – Coordenador do Programa de DST/AIDS na SES/MT

Hanseníase

Segundo Messias Lucas de Lima, de Cáceres, 95% dos municípios do Estado de Mato Grosso são em áreas onde a prevalência da Hanseníase é superior a 5 casos/10.000 habitantes. Ele situou o município de Cáceres, neste contexto, como sendo uma região de alta endemicidade, e onde se procurou, através de trabalhos realizados nos anos de 1992/93, detectar a prevalência oculta da doença. O trabalho de sondagem permitiu a comprovação da grande demanda oculta de doentes no município. A partir desta sondagem, foi elaborado um projeto, com o objetivo de aumentar a detecção de casos e diminuir a prevalência.

Messias destacou a importância de estratégias simples de combate à hanseníase, como a garantia da dose supervisionada, a descentralização das atividades de controle - inclusive para a zona rural, e a organização dos serviços. Ele apresentou ainda, de forma resumida, as campanhas educativas e o impacto delas nas ações de controle. O resultado é impressionante: em quatro anos, o trabalho desenvolvido em Cáceres permitiu a redução de 41% para 4% o número de abandonos de tratamento.

Leishmaniose

A Dr^a Márcia Hueb, da UFMT, apresentou as manifestações da doença, destacando a importância do vetor. Segundo ela, o Estado de Mato Grosso ocupa o segundo lugar, no país, em número de casos de leishmaniose. A fixação de migrantes no Norte do Estado em regiões de floresta, de acordo com ela, facilita o aparecimento da doença. A Dr^a Hueb destacou que a leishmaniose é uma doença profissional de madeireiros e garimpeiros que penetram mata adentro, sendo que 70% dos casos procedem das áreas de florestas. Ela colocou a importância da capacitação de pessoal para diagnóstico clínico e laboratorial e ressaltou a toxicidade do medicamento, além da importância do diagnóstico seguro.

Malária

O Dr. Cór Jesus, da UFMT, iniciou sua fala sobre malária fazendo um resgate do histórico do controle da doença a nível mundial, no Brasil e em Mato Grosso. Ele ressaltou as campanhas de erradicação da década de 60, quando se diminuiu o número de casos em nível residual e se acreditou ser possível erradicar a malária. Para ele, o aumento do número de casos na década de 70 fez com que isso

mudasse. A erradicação passou a ser vista com uma utopia e se passou a pensar apenas em controlar a doença. A idéia agora, segundo ele, é quebrar a cadeia de contágio. Ele lembrou que o ciclo da doença é influenciado por outros determinantes, como migração para áreas de florestas e pela atividade de mineração, e que é impossível erradicar o mosquito. A estratégia principal neste momento é impedir a morte dos doentes através da detecção precoce e do tratamento eficaz. O controle do vetor na Amazônia não é viável, disse ele, mas colocou a importância da estratégia de municipalizar serviços como o diagnóstico laboratorial precoce e o tratamento oportuno. Segundo o Dr. Cór Jesus, em 95, foram registrados 58.000 casos de malária no Estado. Os diagnósticos positivos, porém, estão concentrados em 9 municípios de Mato Grosso. 70% da população do Estado viveria em áreas de “baixo risco”. Ele fez questão de ressaltar o Plano de Emergência, que visa descentralizar as ações de controle através da formação de recursos humanos em níveis locais.

AIDS

O Dr. Roberto Kazan iniciou sua apresentação sobre AIDS colocando que, além do vírus da AIDS, fatores como desagregação familiar, vida errante, escolaridade baixa, entre outros, interferem na transmissão e no aparecimento de novos casos de AIDS. Além disso, ele lembrou que fatores, como o uso de drogas, levam a comportamentos de risco. Kazan apresentou o aspecto clínico da doença, destacando que múltiplas parcerias e infecções genitais, concomitantes, facilitam a entrada do vírus da AIDS. Resaltou a responsabilidade social da pessoa soropositiva e disse que o aumento da informação circulante fará com que haja o crescimento do nível de consciência da população. Outro ponto destacado foi a diminuição da proporção de casos da doença entre homens e mulheres, que hoje é de 4 por 1, e já foi muitas vezes superior, além da faixa etária da população mais atingida, situada hoje entre 20 e 39 anos. Kazan lembrou ainda a importância da Vigilância à Saúde, colocando que o sistema antecipa-se à doença. O coordenador do DST/AIDS também apresentou a questão da sífilis congênita e ressaltou a importância da realização do VDRL na gravidez

MESA 02: Política de Saúde Mental em Mato Grosso

Coordenação: Zanizor Rodrigues da Silva
Diretor do Hospital Adauto Botelho

Expositores: Maria Madalena
Representante do Conselho Regional de Psicologia de Mato Grosso
Marisa Fratari de Souza
Representante do Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso
Antônio Carlos Reiners
Representante da Associação Mato-grossense de Psiquiatria
Marisa Helena Alves Batista
Coordenadora de Saúde Mental da SES/MT
Maria José da Silva Rado
Coordenadora de Saúde Mental da Fundação de Saúde de Cuiabá

MESA 03: Prevenção e Reabilitação das Doenças Incapacitantes

Coordenação: Ana Maria Boabaid C. Couto
Coordenadora Técnica da Fundação Centro de Reabilitação Dom Aquino Corrêa

Exposições: **Experiência: Projeto Caminhando na Trilha da Saúde**
Ademir N. Moreira
Secretário de Esportes e Lazer/MT
Experiência da Fundação Centro de Reabilitação Dom Aquino Corrêa
Técnicos da FCRDAC

MESA 04: Modelos Locais de Atenção à Saúde Bucal

Coordenação: José Abel Porto de Almeida
Chefe do Departamento de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilofacial da Faculdade de Odontologia, UNIC

Exposições: **Experiência de Santos**
Marco Antônio Manfredini
Coordenador de Odontologia da SEHIG/Santos
Experiência do Município de Cuiabá
Narciso Santana da Silva
Coordenador de Odontologia Sanitária da Fundação de Saúde de Cuiabá/MT

Experiência do Município de Vila Rica/MT

Anita Aparecida Furtado Vieira Machado –
Coordenadora de Odontologia do Município de Vila Rica/MT

MESA 05: Política Estadual de Sangue e Hemoderivados

Coordenação: Roseni Costa Marques
Diretora de Atuação Regional/Hemocentro

Exposições: **Implementação do HEMOMAT. Expansão da Hemorede Patologias Transfusoriais. Desenvolvimento de Recursos Humanos**
Controle de Qualidade de Hemoterápicos
Hildenete Monteiro Fortes
Coordenadora do Hemocentro
Pesquisa e Desenvolvimento Institucional. Atendimento a Patologias Hematológicas. Educação Sanitária e Comunicação Social
Sílvia Thomaz Kazan
Diretora Técnica do Hemocentro
Experiência do Interior
Gentil Pagoto
Técnico SES/Barra do Garças

MESA 06: A Terceira Idade e a Qualidade de Vida: Cotidiano e Perspectivas

Coordenação: Maria Aparecida de Amorim Fernandes
Psicóloga do Centro de Saúde Escola do Grande Terceiro e professora da UNIC

Expositores: Luiz Roberto da Costa Pinto
Professor da Faculdade de Educação Física, UFMT
Maria do Socorro Lopes Medeiros
Professora do Departamento de Serviço Social, UFMT
Maria Conceição de Matos
Presidente da Associação Mato-grossense Pró-Idoso

Os participantes discutiram a condição do idoso em Mato Grosso e a instalação de serviços de atendimento para a Terceira Idade em todas as instâncias do SUS. Segundo o relatório que acompanhou as propostas tiradas após os debates, “a saúde é resultante das condições de vida de uma população. Portanto, é necessário que o Poder Público respeite e valorize a população idosa, garantindo a esse importante segmento da sociedade, do qual todos nós um dia faremos parte, o acesso aos Programas de Saúde, de Transporte, de Lazer, Trabalho, Segurança, Assistência Social e outros meios necessários para que o idoso possa garantir qualidade de vida e resgatar sua identidade, dignidade e respeito como cidadão que ajudou a construir o desenvolvimento deste Estado”.

A realidade do idoso foi, inicialmente, destacada através da pesquisa *Estudo exploratório multidimensional do*

idoso assistido em cinco municípios de Mato Grosso, apresentada por uma das coordenadoras do trabalho, a professora Maria do Socorro Lopes Medeiros, do departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Mato Grosso. Em seguida, o professor de Educação Física, Luiz Roberto Costa Pinto, também do Centro de Saúde Escola do Grande Terceiro, apresentou trabalho desenvolvido por equipes multidisciplinares como atividade extra-muro, destacando-se o trabalho da Educação Física para a Terceira Idade. A mesa foi encerrada com o depoimento da presidente da Associação Mato-grossense Pró-Idosos (AMPI), Maria Conceição de Matos, que traçou as metas e os trabalhos desenvolvidos pela entidade.

As propostas aprovadas visam implantar uma política de assistência integral à Terceira Idade, garantindo a proteção e amparo aos idosos em Mato Grosso.

O SUS - Seus Problemas e Dificuldades

MESA 3

Coordenadora: Sandra Maria Coelho Martins

Debatedor: Flávio Goulart

Palestra: Organização e Gestão do SUS nos
Diversos Níveis de Governo

Palestrante: Armando Martinho Bardou Raggio
Presidente do Conselho Nacional dos
Secretários de Saúde

Meus companheiros de mesa, bom dia. É uma satisfação compor, logo pela manhã do terceiro dia de trabalho, esta mesa, com esta frequência, já que, geralmente no terceiro dia, a turma cansa um pouco. Quero cumprimentar a iniciativa do Conselho Estadual de Saúde, que agora é um Conselho que funciona, a determinação do Executivo, do Governo do Estado, e em particular da Secretaria de Estado de Saúde, de fazer desse evento um evento positivo, um evento democrático em frente de questões

polêmicas, sem se furtar a este conflito de idéias, na perspectiva da produção de um melhor entendimento, entre as partes que compõem os diversos segmentos do Conselho Estadual de Saúde, além de contribuir para o processo nacional da X Conferência.

Nós temos, na qualidade de Secretário de Estado de Saúde, presidente do CONASS, uma grande expectativa com Mato Grosso, que, em boa parte, se está cumprindo, além da contribuição que o secretário Júlio Müller vem dando à nossa diretoria, acompanhando a discussão de integração da Fundação Nacional de Saúde na NOB 96. A sua contribuição, o seu conhecimento das doenças endêmicas sob a responsabilidade da Fundação e a importância que a Fundação tem para com o Estado de Mato Grosso e para os demais Estados do país, mais especialmente do Centro-Oeste, do Norte e do Nordeste, habilitou o Júlio Müller – um Secretário de Saúde de Estado, que já foi secretário municipal, a dar esta contribuição. Aos *funasistas* aqui presentes a nossa mensagem de otimismo e de parceria.

Grupo de discussão





Palestra do Secretário de Saúde do Paraná Armando Martinho B. Raggio, em mesa presidida pela Subsecretária de Saúde de Mato Grosso Sandra Maria Coelho Martins e Debatedor Flávio Goulart

Para começar de um ponto de vista mais adiantado, já que eu tenho visto toda a Conferência, sei que há uma preocupação muito grande da Fundação com o seu futuro, porque na IX Conferência ela foi considerada uma organização para ser extinta. Eu quero dizer que o Conselho Nacional de Secretários de Saúde é contra a extinção de qualquer órgão do Ministério da Saúde, mas, francamente, favorável à integração desses órgãos com as bases, com os municípios, com os Estados, de modo a dar assistência permanente às Comissões Bipartites e aproveitar todos estes trabalhadores da saúde. Aliás, a Fundação Nacional de Saúde talvez seja o lugar onde se concentra a maior tradição de saúde pública do Brasil e nós vamos preservá-la no que tiver ao nosso alcance, vamos lutar para isso, e queremos convocar a todos os “fundacionistas” a participar conosco dessa luta. Não vamos nos equivocar nessa X Conferência e fazer *lobbies* segmentados, porque, de repente, entra alguém na dividida e prejudica a nós todos.

O CONASS é contra a extinção de qualquer órgão nestes tempos bicudos, sob o intuito de jogar para a platéia, dizer que está racionalizando, extinguindo, jogando as pessoas na vala comum, sem destino, sem segurança, sem perspectiva de trabalho e de futuro profissional. Nós queremos a Fundação integrada em todos os Estados, participando do projeto que se inaugura com a aprovação da NOB 96, que eu acredito que vai acontecer já na próxima reunião do Conselho Nacional de Saúde.

Na impossibilidade de estar presente aqui também a nossa diretora do Departamento que cuida, exatamente, da administração das ações assistenciais da Secretaria de Assistência e Saúde, dona Neide Glória, eu estou sendo solicitado pela organização para me prolongar um pouco,

o que para mim é muito entusiasmante. Não iria dizer que é mais difícil falar mais um pouco porque temos trabalhado muito por aí, discutindo assuntos tão importantes para a conjuntura e para a perspectiva de estrutura do sistema de saúde. Eu fico grato pelo crédito de mais alguns minutos, como a mesa já me informou.

O que mais chamamos de organização e gestão do SUS nos diversos níveis de governo? Por que o SUS é unicista? Aqui deve ter gente que entende de homeopatia. Homeopatia é uma escola homeopática unicista. A escola unicista quer dizer o seguinte: se você escuta, faz a semiologia, analisa aquilo que a pessoa que lhe procura e localiza o que deve ser o seu remédio, o que lhe dá condições de reagir ao tipo de agravo. O unicista, um homeopata verdadeiro, não dá remédio para a febre.

Agora existe uma variedade de homeopatia que se vulgarizou e foi mercantilizada. São estas farmácias que vendem remedinho para sintoma. Isso não é homeopatia, embora existam homeopatas que são pluralistas. Não usam só alternativa unicista, mas possuem critérios. Há uma distinção: aí que eu quero registrar para não ficar como se o não unicista fosse o mercantil que vende um negócio na farmácia. Não, não é isso, mas eu queria usar esse conceito de unicista que existe na homeopatia.

Então a homeopatia, que é unicista, procura entender globalmente o seu paciente e propõe para ele um, e somente um tratamento. Outra coisa importante da homeopatia é o conceito dialético da natureza. A arma terapêutica fundamental do homeopata é a ‘lei da escuta’, que é uma coisa que não é muito valorizada na alopatia porque é pré-analítica. Não existia análise quando se desenvolveu a homeopatia, mas a lei da escuta, que é uma

coisa extremamente afável, acolhedora com o ser humano. Eu aconselho a todos os alopatas a aumentar a escuta. Além da escuta, a homeopatia usa por princípio tratar a pessoa de uma doença com aquilo que se ela estivesse sã lhe causaria a mesma doença. Vou insistir. Se uma pessoa tem um problema infeccioso, o homeopata não usa antibiótico. Em extremos, até usa, mas quando uma pessoa tem um sofrimento que causa determinados sintomas, o homeopata procura aquele produtor, que na condição de não doença, aquela pessoa, usando aquele produto, teria aqueles sintomas.

Quer dizer, ele usa um princípio fundamental que nós abandonamos e que a filosofia oriental preserva, que é a da unidade dos contrários: uma coisa é ela mesma e o seu contrário. Uma coisa que faz bem, faz mal. É importante ter claro isso porque o sistema de saúde é montado, em princípio, para fazer o bem, para reparar o sofrimento ou evitar o sofrimento das pessoas, mas ele também pode fazer mal. Tanto pode fazer mal que um sistema de saúde precisa ter referência na sociedade. É por isso que existe esta Conferência. Por isso que existe Conselho Estadual de Saúde, que não substitui o Executivo, não substitui o Parlamento, mas é uma parte fundamental e complemento diferente de tudo o que já se fez em política pública no Brasil. Então, aquilo que é único é ele mesmo e o seu contrário.

Um sistema que se baseia neste princípio, de unicidade, tem que ser competente com o contrário. É preciso que o outro esteja presente para ele acertar. Esse princípio da unicidade, também, tem que ser tolerante com a diversidade. Não podemos fazer um sistema único padronizado, igual para o Brasil inteiro. Isso seria a total descaracterização do Sistema Único de Saúde. Talvez vocês estejam pensando assim: era melhor por outro nome nesse negócio porque ele é único, mas não é. Eu insisto que o nome é apropriado do ponto de vista conceitual.

O Sistema Único de Saúde conseguiu que a administração pública no Brasil assumisse que ele é de responsabilidade das três esferas do governo, e conta com a participação da sociedade, reconhecendo como autoridade gestora aquela que diz respeito ao território aonde acontece o sistema. Então, se nós falarmos de Rondonópolis, tudo o que acontece em saúde pública de Rondonópolis é responsabilidade do poder público municipal, da Secretaria Municipal de Saúde. Naquilo que Rondonópolis não se achar competente para responder ou, embora seja competente, compreenda que aquilo diz respeito a si e aos outros municípios da redondeza, haverá um apelo à Secretaria Esta-

dual de Saúde e à cooperação da autoridade estadual, do aparato governamental, além do Conselho Estadual de Saúde.

O que há de fundamental neste sistema é que, pela primeira vez, nós começamos a organizá-lo a partir da pessoa, muito embora nossa tradição política administrativa seja extremamente concentradora de poder. No regime autoritário, usou-se a saúde para realizar benesses, internar todo mundo, financiar hospitais por toda a parte e que foi importante. Nas últimas décadas o Brasil construiu um dos maiores sistemas de previdência e o maior sistema de assistência à saúde. Porém, previdenciário somente para o trabalhador e seus dependentes.

Muito embora a República tenha sido fundada em 1889, o conceito de cidadania plena só foi escrito na Constituição brasileira 99 anos depois. Onde está escrito isso? No artigo 196, porque não há coisa mais emblemática da cidadania plena do que a saúde. Está escrito, lá, que a saúde é direito do cidadão e dever do Estado. Só que quando este regime cede às forças conservadoras, cedem os avanços da sociedade.

Essa defasagem da expectativa da realização da coisa pública é enorme. A palavra *res publica*, que deu origem à palavra portuguesa “república”, quer dizer “coisa pública”, é fundada com a República em 1889, mas não é realizada e aí nós entendemos que a “coisa pública” é continuar fazendo o que o regime autoritário paternalista fazia. Então, neste conceito, as consultas serão tantas quantas o senhor quiser, remédios serão tantos quanto o senhor quiser, cirurgias serão tantas quantas o senhor quiser, e os hospitais vão ter tanto ganho quanto eles trabalharem. Só que isso vem a ser instalado no Brasil no mais profundo de sua exaustão, enquanto modelo de desenvolvimento, pela iniciativa que se traduziu naquilo chamado de *milagre brasileiro*.

Nós nos comprometemos com a realização desse direito na sua plenitude. Claro que isso não aconteceu de um dia para o outro. De 1988 para cá nós estamos enfrentando graves dificuldades para definir o que vamos fazer (o que já está mais claro) e, principalmente, definir como vamos financiar, embora isso tenha ficado, razoavelmente, definido na Constituição. Mas os constituintes traíram os compromisso, que ficaram menos escritos e mais pactuados em relação ao novo conceito que emerge a partir de 1988 no Brasil, que é o conceito da seguridade social, quer dizer, os brasileiros não poderão mais ser de duas categorias: os previdenciários e os indigentes. Acabam os indi-

gentes e todos passam a ser cidadãos. Mesmo os não nascidos aqui, desde que aqui vivam, trabalhem e tenham família, vão ser brasileiros atendidos em todos os seus direitos e em especial na saúde.

Nesse sentido, é importante dizer que, de 1988 para cá, nós fizemos muitas coisas com o mesmo dinheiro, se não com menos. O dinheiro que se usava para uma população de aproximadamente 70 milhões de pessoas, que eram os previdenciários e seus dependentes, hoje são mais de 140 milhões. Portanto, são mais do que o dobro com o mesmo dinheiro e ainda vem gente dizer que a idéia do SUS não deu certo. Como não?

O que está acontecendo é que, um sistema montado de uma maneira, ficou impregnado na população, na comunicação social e nas pessoas que fazem opinião de uma forma. Na sociedade democrática contemporânea, na profundidade de sua crise, tem que ser construída outra forma e com recursos que deveriam estar assegurados e não foram, na hora em que se juntou assistência social, previdência e saúde no conceito de seguridade social, que é um conceito muito mais abrangente.

Logo depois de dois governos, vem o governo que talvez tivesse a maior autoridade para realizar a seguridade social, mas veja o que se está fazendo com a reforma da Previdência, veja o que se está fazendo com a assistência social e agora, por último, à saúde. A saúde é o último bastião da resistência, da construção da República no Brasil. Hoje, o Sistema Único de Saúde está dando certo e por isso tem incomodado muitos segmentos. Isso não quer dizer que ele é um sistema pleno, que nós desejamos. Tem muita gente insatisfeita. Insatisfeitas com coisas essenciais, que não lhe são oferecidas na hora certa, na quantidade e na qualidade que os brasileiros precisam. Sim, existe isso, nós não queremos a tolerância nem a complacência com as falhas do sistema, mas queremos provocar este plenário de gente que faz opinião, da elite pensante, usuária, prestadora de serviços no Estado de Mato Grosso, de que não podemos desanimar diante desse desafio. O desafio é acreditar que, com os paradigmas e os elementos constitucionais que nós temos, vamos construir o sistema de saúde sim, e não negar a denúncia e a insatisfação que existe em cima de situações como: atendimento à emergência, com a falta de medicamentos, falhas de prevenção e por aí afora.

Bom, agora falando da questão de gestão e gerência do sistema. Em primeiro lugar o Sistema Único de Saúde tem de respeitar a autoridade local. É por isso que a de-

manda da Fundação Nacional de Saúde, de filiar Comissões Tripartites nos Estados, não foi aceita por nós, secretários Estaduais de Saúde, nem pelos secretários Municipais de Saúde. Isso aconteceu porque o poder que institui a Fundação Nacional de Saúde é o poder federal e, portanto, ela assenta na Tripartite que diz respeito a todo o território nacional. Além disso, vota na Tripartite. É um dos únicos votos do Ministério da Saúde. O presidente da Fundação é membro da Tripartite. A idéia da Fundação era a de criar Tripartites estaduais e quem dirige os Estados e os municípios são: os governos dos Estados e os governos municipais.

Então, a Fundação, no Estado de Mato Grosso, por exemplo, vai continuar existindo e tendo serviço aqui, sim. Agora, ela será gerente de serviços e não gestora. Gestores aqui são o poder que diz respeito a esta fatia do território nacional, que se chama Estado de Mato Grosso, constitucionalmente definido e instalado de direito e de fato. E este poder que emana do povo, por eleições sucessivas a cada quatro anos, institui um Executivo para todos os mato-grossenses, que, em parceria com os executivos municipais, fazem a gestão da saúde no território de Mato Grosso, assim como nas outras unidades federadas. A Fundação, o Ministério, a CEME, todas estas outras instâncias podem assessorar a Comissão Bipartite – a comissão paritária entre Estado e Municípios que toma decisões estratégicas e fundamentais para a operacionalização do sistema.

Todas estas decisões devem ser notificadas ao Conselho Estadual de Saúde – que tem o direito de pedir informações sobre os encaminhamentos da Comissão Bipartite, e cabe a ele a definição das diretrizes e o acompanhamento da sua realização. O Conselho Estadual de Saúde não é executivo e também não é parlamento. É, sim, uma instância de entendimento entre segmentos que têm um só compromisso, que é a saúde, mas que possuem visões diferentes porque estão na posição de usuários e prestadores de serviços, de trabalhadores ou de administradores. Portanto, é um espaço de entendimento setorial que não substitui, no caso do município, a Câmara Municipal; que não substitui no caso do Estado a Assembleia Legislativa; e que não substitui tampouco o Congresso Nacional, no caso da União.

Esta organização está completa? Não! Tem muita gente colocando o carro na frente dos bois e muita gente fazendo reforma administrativa para depois fazer saúde. Não precisa. Não que o Estado tenha uma estrutura boa, ideal, mas nós devemos nos lembrar sempre do seguinte:

estrutura é sempre uma coisa temporária. As estruturas passam. O que precisa permanecer é o espírito de serviço público. Se você fizer uma gestão pública, você terá a preservação desse espírito de serviço público. Do contrário, pode fazer a organização que você quiser. Não acontece nada lá na ponta.

E o que é esse espírito de serviço público? É o trabalhador, é o prestador de serviço, é o usuário entendendo o que é isso e todos contribuindo para uma relação melhor. Saúde é, acima de tudo, relação entre pessoas e não só o reparo de doenças. Produção de saúde também é relação entre pessoas. A tradição autoritária, paternalista, fez da saúde um lugar de exploração do fetiche, do impacto que tem a obra, o equipamento, a cirurgia radical, estas coisas que sobram e dão um jeito no que não se tinha feito. Isso distorceu o nosso conceito de saúde. A relação entre as pessoas produz mais saúde fora do aparato da saúde do que dentro dele. O Brasil, por exemplo, produz muito mais alimento do que é capaz de comer. Se nós todos resolvêssemos comer todos os alimentos que o Brasil produz, e todos começássemos a comer desde já, o dia inteiro, nós não comeríamos todos os alimentos que o Brasil faz, produz todos os anos. No entanto, existe desnutrição no Brasil. Isso é um problema de todas as ordens: técnico, administrativo, político, mas essencialmente é um problema de relações. Essa sociedade ainda não conseguiu garantir o provimento mínimo pelo menos da alimentação essencial para as pessoas viverem dignamente.

E acidentes no trânsito? Quem não tem na família ou entre conhecidos, ou na sua comunidade, alguém que foi atropelado e, muitas vezes, alguém que morreu no atropelamento, ou ainda um jovem que se matou de motocicleta? Por isso existe neurocirurgia...

O Brasil tem doença de Primeiro Mundo e doenças do atraso, porque o país como um todo está fora desse raciocínio da Guerra Fria, que dividiu o planeta em Primeiro Segundo, e Terceiro Mundo. O Primeiro Mundo era o Capitalismo; o Segundo, era socialista e o Terceiro Mundo éramos nós, que ficávamos no limbo, aqui embaixo, no hemisfério Sul. Mas esse raciocínio da Guerra Fria nos condenou a ser sempre ruins, a ser sempre atrasados e eu não admito que na contemporaneidade continuemos pensando desse jeito.

Nós podemos ser tão desenvolvidos quanto o hemisfério Norte. Vai ser muito difícil de chegar lá, mas nós podemos. Sem ilusões, nem ingenuidade, no sentido de que você tem de se colocar plenamente para fazer isso, e não

ser apenas um idiota de um consumidor de tecnologia que os cientistas produzem.

Os profissionais de saúde são assim, quando eles falam de saúde para a gente, eles dizem assim: “é agora, eles descobriram! Eles descobriram!” Eles quem? Os outros! Nós nos castramos na nossa capacidade inteligente. Nós lemos livros grossos “assim”. Treinamos máquinas sofisticadíssimas, lambretas que vêm e vão. Vamos sendo reciclados para pilotar equipamentos cada vez mais impressionantes, e cada vez mais obsoletos rapidamente. Cada vez mais rápida, cada vez mais rápida obsolescência. Quer dizer, onde está a nossa capacidade de pensar e de produzir conhecimento?

É este o desafio que nós temos que enfrentar, com recursos limitados e problemas crescentes. Como otimizar essa relação, quer dizer, mudar essa relação? A minha relação com o outro é determinante da melhoria de saúde, com sua autonomia, ou da aparente melhoria dele com sua subordinação. O sistema autoritário paternalista criou, através do Sistema de Saúde, especialmente pela mão dos médicos, uma maneira de cativar a população expropriada, exangüe da dependência do aparato médico-hospitalar-farmacêutico.

Nós estamos em um Estado predominantemente agrícola, que tem uma cultura riquíssima, índia, negra, colonial portuguesa e de todas as outras etnias que depois vieram para cá. Eu pergunto se na geração atual de uma jovem de vinte anos, que tem dois, três filhos, se ela sabe tratar os primeiros sintomas do filho antes de ir ao médico? Não sabe! Isto está certo? O sistema de saúde que nós precisamos é este? Prometer médico a todos, ao primeiro sintoma e, depois, não sustentar a oferta e a manutenção dele, profissionalmente, com condições dignas de trabalho? Esse médico também precisa descansar. Ele quer pesquisar, quer ser consultado em problemas que ele possa ajudar a decidir.

Será que dar consultas infinitamente é saúde? Consultas são necessárias, remédios e hospitais são imprescindíveis, mas acima de tudo, nós precisamos estabelecer uma nova relação. Os pobres, aqueles que não têm nenhum dinheiro no bolso para tomar ônibus e ir até o serviço, são os que mais vão até os serviços de saúde. São os que mais comprometem as horas do dia esperando, esperando para ser mandado até outro serviço e lá eles esperam de novo para serem mandados a outro serviço. Isso não pode continuar! São milhões de consultas por ano, onde os pobres mais se consultam e também mais se sacrificam. Esperam

mais horas e são mais insatisfeitos. Demoram as vezes 10, 20, 30 consultas para uma pessoa que não tem nada além de seu próprio corpo e da sua mente para se representar, nada mais do que isto, para achar alguém que lhe escute e interprete os seus sintomas e que lhe faça uma proposta, enfim, que crie vínculo com ele.

Nesse sentido, a gestão do SUS deve passar, agora, que atravessou essa guerra da CPMF. Quem lesse os jornais, na primeira e na segunda votação, desanimava, não é verdade? Não vai passar. Isso para mim foi mais do que o recurso que nós vamos ganhar com a CPMF. A maior lição que nós tivemos é como que a sociedade brasileira é cultivada nos conceitos que ela faz sobre o SUS. Diziam que o Congresso não iria votar a CPMF. Na segunda vez, então, foi uma grande avalanche de editoriais e de comprometimento de lideranças, que vão ser sim chamadas a colocar a sua parte: de quem tem mais a quem tem menos. E se você acreditasse nessa comunicação, perderia a batalha. Vencemos? Vencemos! Vencemos a guerra? Não! Por que o desafio é muito maior.

Não é com quatro bilhões apenas, embora eles sejam muito importantes, que vai se normalizar o sistema. Primeiro, não podemos ficar eufóricos e gastar todo este dinheiro prometendo coisas que não são possíveis. Antes de tudo, pagar o que está atrasado e colocar as coisas em nível satisfatório, para que o serviço não se desmantele e imediatamente mudar nossas relações com o Ministério da Saúde. Mudar as relações entre os municípios com os Estados; entre os municípios entre si e entre os Estados. Nós todos fomos transformados em concorrentes entre nós mesmos para uma tabela cada vez mais injuriosa e preços fixos insatisfatórios.

Então, o primeiro passo para superar isso foi a NOB-93. Ela transformou municípios, que eram prestadores, em municípios que passaram a ser gestores. Então, nós temos 102 municípios com Gestão Semiplena. Mas os outros municípios, com Gestão Parcial e Incipiente, em que pese o ganho institucional de sua organização, não ganharam nada, materialmente. Ou acontece o atendimento ao doente no hospital lá daquele município, ou o dinheiro que corresponde aquele município não vai lá. Quer dizer: isso, por um lado é importante. Por outro lado, é bom lembrar que esta é a única maneira de repassar dinheiro; uma das grandes. Um dos grandes problemas da forte demanda de AIH's é que é a única maneira de financiar o sistema no município. Agora, uma nova forma está sendo discutida. Ao invés de nós ficarmos com o município em Semiplena,

que é poupador, e como os municípios na Parcial e Incipiente que, se não gastarem, se não fizerem procedimentos no seu território não recebem dinheiro, portanto, em vez de ficarmos digladiando, a proposta é fazer a Plena para todos, no mais breve espaço possível. O que é a Gestão Plena? É aquela que integra a proteção, a promoção e a reparação do indivíduo doente e do indivíduo saudável, promovendo a sua saúde e protegendo-o para que ele não fique doente.

É por isso que a Fundação Nacional está vindo junto e eu quero aqui registrar a sensibilidade do presidente e da área de Planejamento da Fundação, bem junto dessa NOB-96. É por isso que está vindo junto à Secretaria de Vigilância Sanitária. É muito importante que ela venha e que venha também a Secretaria de Assistência à Saúde, reconhecendo que não tem sentido comprar do setor público a aplicação de vacina. Está certo? Quer dizer, se aplica vacina, é porque nasceu uma criança. Não tem que fazer BCG, não tem que fazer a Tríplice, não tem que fazer tudo? Porque que cada vez que faz tem que faturar? Você não merece fé? O Poder Público local não é digno de fé pública? É, então, recursos fundo a fundo. Como nem todos os municípios podem estar imediatamente plenos da "aparatoologia" necessária para gerir esse recurso, está-se colocando na NOB-96 uma instância de gestão plena do básico, que pode progredir. Embora não seja obrigatório passar por ela, mas às vezes, só ela pode alcançar. Mas ela pode progredir para a gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Nós queremos todo mundo em gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.

E para os Estados? Os Estados, melhor ou pior, são gestores, por herança, das regionais do INAMPS. Isso foi muito ruim. Porque os Estados ficaram no limbo, brigando com o município para ficar com o dinheiro, para dizer quem vai internar e quem não vai. Isso é de uma pobreza... O sistema de saúde precisa tanto dos Estados, fazendo, por exemplo, política de medicamentos, como o Antônio veio agora, representando Pernambuco, nessa parceria com Mato Grosso, para fazer uma indústria de medicamentos genéricos de qualidade, que garanta assistência básica para a população. Mas a assistência sofisticada, se nós tivermos "pernas" para isso, vamos produzir, aqui, o medicamento de alta complexidade, que o povo de Mato Grosso precisa também. Desde que isso seja feito em termos, ótimo, sem prodigalidade, aproveitando as estruturas.

Vamos fazer escova de dente. Eu ganhei uma do Antônio hoje. E até gravei com ela no bolso. Essa escola é feita

por um laboratório estatal, o Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco -LAFEPE. Esse menino que está aqui é o diretor dessa estrutura, um farmacêutico. Falam que a farmácia brasileira vende produtos feitos por multinacionais. Está aí uma equipe de farmacêuticos, funcionários públicos; produziu-se uma máquina que faz essa escova, que não há comerciante, por mais poderoso que seja, que a venda mais barato do que ela custa. É muito mais importante que aparelho de alta rotação e consultório odontológico, que só funciona meio expediente, quando funciona. Não estou falando do dentista, por que a jornada do dentista é de 20 horas. Mas sempre está faltando algo: ou a alta rotação está quebrada; ou está faltando amálgama, ou caiu a rede de energia. É ou não é verdade? Precisa atender o buraco do dente e a dor, mas, acima de tudo, precisa escovar os dentes, não é?

Quer dizer: então nós temos que fazer a melhor articulação de tudo que nós temos. Tudo que a sociedade humana conquistou é válido, é importante. E todos os hospitais que o Brasil construiu, com dinheiro do FAS, sem dinheiro do FAS, com dinheiro do município, com dinheiro da comunidade, todas as estruturas são indispensáveis. Mas, como eu disse, para não me prolongar mais, eu só quero que os Estados saiam do limbo e façam política estratégica para ajudar os municípios; juntar com a Fundação Nacional de Saúde, juntar com a CEME, juntar com as Vigilâncias Sanitárias, juntar com o INAN.

O INAN é o Instituto Nacional de Alimentação. Hoje está limitado a fazer o Convênio do Leite. Imagine mato-grossense, você que está acostumado à natureza e ao potencial desta região tão rica do país, depende, para combater a desnutrição da sua criancinha, da assinatura de um convênio que exige 12 papéis e que quando chega no número 12, o primeiro já está vencido. Em Brasília, com cinco, 10, 15 mil reais por semestre você, com esse dinheiro na mão, fazia um quintal extremamente mais rico em alimentação e, com certeza, até com leite de vaca, até com leite de vaca! Então, porque tem que ser leite de vaca para todo mundo, de Norte a Sul, de Leste a Oeste, por um convênio assinado em Brasília?

Essas coisas mudam, descentralizando. Trazendo para cá, vão produzir uma mudança radical no SUS, para melhor. Não vamos perder a esperança disso e na NOB-96. O Estado vai ter que entrar numa coisa chamada Gestão Avançada e depois numa coisa chamada Gestão Plena. Pode entrar direto em Gestão Plena? Pode. O Estado pode ficar como está? Pode. Vai se chamar convencional e ele depois

vai perder o estímulo. Ele vai ser desestimulado de ficar nessa situação. Ele vai receber dinheiro para determinar a alocação? Vai, desde que isso seja referendado na Bipartite e isto desde que mais da metade do dinheiro já esteja sendo repassada, fundo a fundo, para os municípios.

Nós já tomamos a cautela e eu, como presidente do CONASS, de tirar todas aquelas coisas que eram passíveis de discussão a posteriori; da polêmica da estrutura da nova NOB e também de tirar de alguns ainda, momento de vacinação e reflexão dos Secretários Estaduais de Saúde, da idéia de reeditar o SUDS. Nós não queremos reeditar o SUDS. Quer dizer: pegar o dinheiro todo que cabe ao Estado e largar aqui, em cima da Secretaria de Estado de Saúde, porque é uma responsabilidade muito grave e a maneira de funcionar o Sistema Único é somar a diversidade de todos.

Eu me prolonguei muito. Falei muito mais do que os 20 minutos e peço vênica à coordenadora, mas não poderia deixar de registrar com muita ênfase essa posição como Secretário de Estado, em especial a posição do CONASS junto ao Estado de Mato Grosso. Mato Grosso, que está do ouro lado da costa do Atlântico, portanto, que foi alcançado mais precocemente na definição da fronteira, mais tardiamente na ocupação do território. Este Estado está tão inserido, hoje, na modernidade brasileira quanto os Estados da Costa Atlântica. Mato Grosso tem uma contribuição importante na construção do Sistema Único de Saúde.

Muito Obrigado.

Diretrizes da NOB-96 Recursos Financeiros do SUS

Amaury Ângelo Gonzaga
Assessor Técnico da Secretaria Estadual de Saúde

Bom, o professor Armando Raggio já praticamente falou daquele aspecto de como é que vem sendo o processo de financiamento no país. Então, eu gostaria de fazer só uma pequena introdução sobre como é que está dentro da NOB-96. Sobre os itens que prevêem a implantação da NOB, eu vou pular um pouco. Bem, quais as principais diretrizes previstas na NOB?

Ela preconiza, num primeiro momento, aprofundar o processo de descentralização. O que se tem notado com a primeira NOB, a de 91 e depois com a NOB-93, é que,

mesmo sendo um processo normativo, e com a chegada do poder, de recursos em nível dos municípios, melhorou, em algum aspecto, o processo de organização dos serviços. Então, o que se está propondo nesta nova NOB é um reincremento profundo nesse processo de centralização. Essa é a primeira diretriz a que ela se propõe.

A segunda é a responsabilização sanitária das três esferas de governo. Quer dizer: cada um desses três níveis – a União, os Estados e os Municípios – tem uma responsabilidade sobre a organização do serviço. Mas a responsabilização sanitária, o que ela é? A organização dos serviços, nessas três instâncias, implica na reorganização desse processo de gestão.

Quer dizer, é botar ali dentro, em nível de União, a Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde como membros gestores do processo; em nível dos Estados, a Bipartite e o Conselho Estadual e a nível Municipal, com os Conselhos Municipais de Saúde, preferencialmente.

Outro aspecto ou outra diretriz é o desenvolvimento de instrumentos gerenciais, a sistemática de remuneração e informações. Propõem-se dentro dela, como característica, como eu já vi, uma questão, de como é que vai se estabelecer a forma de distribuição dos recursos do Sistema Único de Saúde; como é que estão sendo criados os instrumentos gerenciadores ali dentro e como vai se estar organizando um sistema de informação. Esse sistema é necessário para se trabalhar dentro da perspectiva do SUS.

Quanto à redefinição dos regimes de gestão, ela muda um pouco as características daqueles regimes da NOB anterior, de 93, que eram Incipiente, Parcial e Semiplena. Então, ela propõe outros que vamos falar mais à frente.

Bom, quanto ao aprofundamento do processo de descentralização, como eu já havia falado na primeira diretriz, refere-se à atribuição das três instâncias de Governo: União, Estados e Municípios. Nesse processo, o que ela está preconizando, como metas para serem atingidas, é a prevenção de uma programação integrada; está querendo fixar em cima desta programação, em nível das regionais, uma programação em cima da Rede Ambulatorial e Hospitalar, pelo município.

Mas, como é que estão organizados os serviços naquele município? Qual o nível de atendimento que ele consegue cobrir? O que falta? Como é que pode ser preconizado? Vamos traçar algumas metas de ação. Por exemplo, quais os principais problemas que ele tem para atacar? O que ele precisa arrumar de recursos para esses problemas

elencados? E como garantir acesso e mecanismos de encaminhamento?

Em nível de cada instância de governo deve estar garantido o acesso aos serviços. Como é que isso vai ser feito? Garantindo mecanismos de encaminhamento e garantindo acesso em nível das redes básicas de serviços.

A NOB preconiza também uma relação de intergestor. Hoje, o que é que acontece em nível dos municípios? Você vai a um município e o que acontece? O gestor recebe os recursos e contrata diretamente os serviços de um outro município, diretamente com o dono do hospital. Isto cria alguns problemas, como a atomização dos recursos e a tendência em jogá-los em atividades mais complexas, que são recursos muito caros.

Então, ela está prevendo com isto a relação para se estabelecer esta troca ou compra de serviços, entre um gestor de um município com o gestor de outro. Ela prevê também uma forma para facilitar o processo de articulação; para resolver alguns problemas, por exemplo, de falta de um profissional qualificado, como um neurologista, no Nortão do Estado, como foi feito agora através de consórcio entre os municípios. É criando um grupo entre os gestores para poder garantir o acesso para toda uma região, de uma referência para algum tipo de especialidade.

Um outro aspecto é o controle, avaliação e auditoria. Temos notado nos processos – o Secretário Júlio Müller deve falar à tarde sobre isso – é que, em Mato Grosso, até o ano passado, o que tinha como maior frequência das doenças de internações era o quê? Eram as septicemias! Quer dizer, praticamente todo mundo, 30, 40% das pessoas que internavam, apresentavam septicemias. Isso não existe! Isso significa que o que acabava acontecendo, em função dos baixos recursos pagos para os hospitais, é que eles forjavam os diagnósticos das internações e então jogavam os recursos lá para cima e mudavam, inclusive, se fosse para analisar pelas AIH's, as características das doenças no Estado. Quer dizer: estavam internando mais septicemia, isto é, aquelas doenças generalizadas, e isto não é verdade.

E a outra coisa que eu já havia falado é a responsabilização sanitária. Ela prevê o seguinte: nesta responsabilização para os gestores, tentando reorganizar o modelo assistencial, que é o que nós estamos tentando fazer; vai ter que estar estabelecida uma previsão, uma reorientação desse modelo. É preciso mudar esta característica sob este aspecto da internação, mudar esse modelo de atendimento só voltado para a consulta médica.

Nós temos que criar mecanismos em função das características das doenças no Estado de Mato Grosso, onde nós temos ainda grandes endemias. Temos de mudar esse quadro, estabelecendo fluxos de referência e contra-referência. Isso já é uma previsão anterior. Temos de garantir que as pessoas possam ir direto ao encaminhamento de acesso e que retorne de onde saiu.

Em termos da avaliação do serviço, como é que a NOB está prevendo a questão do financiamento? Hoje, o financiamento dos serviços de saúde é feito pelas fontes do Orçamento Fiscal, parte das contribuições sociais do orçamento da Seguridade Social, recursos próprios dos Tesouros Estaduais e Municipais e reembolso da assistência prestada a beneficiários com planos privados de saúde.

Esta é a perspectiva que a NOB está querendo introduzir. Mas tem que ser garantido em lei. As pessoas que tiverem assistência privada ou algum modelo supletivo de saúde, que forem atendidas pelo SUS, devem ressarcir, ou seja, esses planos privados devem ressarcir o SUS pelo atendimento.

Como é que se está prevendo o custeio das ações dos serviços de saúde? Não vamos ter que pagar por produções. Nós vamos ter que mudar essa característica. Mas como? Está-se pensando em trabalhar o teto financeiro global, da União, Estados e Municípios mediante as programações realizadas e constituídas por teto financeiro da assistência de vigilância sanitária, epidemiológica e de controle de doenças transmissíveis. Dentro daquelas programações que forem sendo realizadas, vai se estabelecer os tetos financeiros em cima da assistência geral, ambulatorial e hospitalar.

Como vai ser o custeio da assistência hospitalar, da assistência hospitalar e ambulatorial; do primeiro teto financeiro da assistência, e a transferência regular e automática fundo a fundo? Será através do PAB, que é o Piso Assistencial Básico. Ele vai se constituir das AVEIANM's, que são as vacinas, as atividades da enfermagem, consulta médica e alguns procedimentos odontológicos coletivos. O recurso do PAB custearia essas atividades.

Um outro aspecto é a fração assistencial especializada, que é a média complexidade; aquelas outras consultas mais especializadas, ou seja: média complexidade da assistência, consulta especializada, medicamentos e insumos excepcionais para órteses e próteses. Este seria um outro valor, que estaria agregado e o TFD – Tratamento Fora do Domicílio, que seria o pagamento para o incentivo à ob-

tenção de alguns resultados. Seria um fator de 2% sobre o PAB, para financiar.

Sobre o piso básico também teria um índice de valorização da qualidade, ou seja, além da quantidade que for atingida, também se pagaria um percentual, que não está estabelecido, sobre a qualidade dos serviços que estão sendo prestados. Tem também a questão do Piso Básico da Vigilância Sanitária, que ainda não está definido. Ele seria um valor percentual para cobrir a assistência feita neste aspecto.

Quanto à remuneração por serviços produzidos, em relação às internações hospitalares, só com a produção do serviço: internações hospitalares, os procedimentos ambulatoriais de alto custo e alta complexidade, como hemodiálise, a hemoterapia e alguns de seus custos. Outro fator é o índice de valorização. Quer dizer: o fator de incentivo ao desenvolvimento de ensino e pesquisa, que é o FINEP, que já existia e se cria um outro índice, que é o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência. É para o incentivo aos procedimentos de emergência, nos hospitais, principalmente.

Outro aspecto é o custeio da Vigilância Sanitária. É a transferência fundo a fundo, também do Piso Básico da Vigilância Sanitária. A NOB vai criar um piso básico para estas atividades e criar um fator de incentivo. Quer dizer, assim que cumprir as metas da vigilância sanitária, ganhasse um percentual, em torno de 2% sobre esse piso como fator de incentivo, para resolver os problemas de saúde.

Ainda quanto à remuneração por serviços produzidos, temos o Programa Concentrado de Ações de Vigilância Sanitária. Só que as ações de média e alta complexidade, em vigilância sanitária, ainda não estão bem definidas. Isso está sendo feito agora, na reformulação conjunta com o Conselho Nacional de Saúde.

Temos ainda o custeio das ações de epidemiologia e o controle das doenças transmissíveis, definido pela negociação com a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), formalizada pela Fundação Nacional de Saúde, para custeio e estímulo das atividades de epidemiologia e controle das doenças transmissíveis; custeio de operações especiais para epidemiologia e financiamento de cooperação técnica e científica.

Essa é uma outra situação muito boa que está entrando na NOB agora, que não tinha nas outras, a inclusão da Vigilância Sanitária e esse aspecto da Vigilância Epidemiológica. Era um fator importante que não era previsto.

Como é que vão ficar os regimes de gestão? No Estado, vai ser a Gestão Avançada do Sistema Estadual. O que o Estado vai fazer nesse regime? O planejamento, a coordenação, normatização, controle, avaliação da gerência de serviços e cooperação técnica com os municípios. Esses são papéis específicos que estão determinados ao Estado executar, também como o processamento do Sistema de Informações Ambulatoriais e Hospitalares do SUS; gerência da Hemorede, que é a rede de sangue do Estado e controle, avaliação e auditoria do sistema. Quer dizer: como é que está a operacionalização do SUS no Estado.

Outro regime de gestão do sistema estadual é a Gestão Plena. Qual a finalidade? Coordenar a programação integrada. O Estado passa a estabelecer a coordenação integrada destas atividades.

Como é que vai ficar a relação com os municípios? Fluxos de pacientes a nível hospitalar? O Estado vai estar nessa organização, na ajuda, na cooperação técnica, na organização do serviço. Isto nós já estamos fazendo em nível das Regionais. Ter-se-á que criar a Central de Controle de Procedimentos Ambulatoriais e a Central de Marcação de Consultas Especializadas, além da Central de Controle de Leitos e Internações e Central de Controle de Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade. Como dá para ver, o Estado vai ficar mais ou menos na organização dos altos custos, de altos procedimentos do Estado

O nosso Estado tem uma baixa complexidade de assistência. Não temos neurologistas e oftalmologistas, em todos os lugares, e é muito difícil esta assistência. Isto não ocorre só aqui em Mato Grosso. Isto é o que ocorre em todo o país. Então, o Estado vai ficar na finalidade de criar mecanismos para dar esta assistência, garantir a assistência para estas atividades, requisitos para que o Estado cumpra ou atinja esse regime de gestão.

O Estado tem que estabelecer um programa de cooperação técnica com os municípios. Tem de dispor de 80% dos municípios em algum regime de gestão. Alguns dos municípios vão ter que estar em algum dos regimes de gestão para dispor de 50% do teto financeiro global da assistência do Estado, que está comprometido com as transferências regulares automáticas aos municípios. Quer dizer, 50% dos recursos disponíveis para a saúde têm que já estar destinados aos municípios.

Como é que é a gestão nos municípios? Para os municípios seria a Gestão Plena da Atenção Básica. Eles vão gerenciar praticamente todo o PAB, que são aqueles re-

curso para procedimentos de baixa complexidade. Ao município caberá também a avaliação da gestão da Rede Ambulatorial. Ele vai coordenar e garantir a prestação da assistência e gerenciar esses serviços. E há também o PAB mais a fração assistencial; dependendo da complexidade dele, ele assume, inclusive, a média complexidade, ou seja: consultas médicas para algumas especialidades.

O outro modelo de gestão é o modelo de gestão Plena do Sistema Municipal, que é o que ele recebe além do PAB. Nesta gestão passa-se a gerir as AIHs que estão disponíveis no município e autorizar o gerenciamento de alto custo, controle e avaliação de auditoria de todos os seus serviços e assistência básica ou especializada ambulatorial e hospitalar, recebendo ainda fundo a fundo o teto global da assistência com base na programação integrada e aprovada na CIB (Comissão de Intergestores Bipartite).

Então, essa é mais ou menos a exposição de como é que está constituída a NOB-96. Agora, eu vou dar uma rápida passada sobre como está Mato Grosso quanto ao processo de municipalização, em relação a NOB-93. Nós temos um percentual de municípios em regime de gestão segundo a NOB. Nós dispomos de 48 entre os 117 municípios.

Destes, 48% estão no regime tradicional ou não estão em nenhum regime de gestão. Mas os outros 52% estão em algum regime de gestão. Quais são? 30% estão no regime parcial; 21% no regime incipiente, que é aquele regime em que ele assume a gerência básica dos serviços; 30% estão em Gestão Parcial e 1% está no regime de Gestão Semiplena, que está sendo aplicado aqui em Cuiabá.

Mas o que significa isso? Isso em cima de um aspecto normativo que era a NOB-93. Se você for avaliar mesmo como estão esses municípios, em cima destes regimes de gestão, muito pouco está sendo cumprido. Não é o regime de gestão, não é a NOB que faz com que o município se internalize. A questão é que a gente vai ter que criar mecanismos para que, através da cooperação técnica, essas programações sobre problemas específicos do município, garantam que eles se programem sobre coisas concretas, sobre problemas concretos para nós. Só assim você cria mecanismos efetivos para estabelecer uma melhor aplicação dos recursos.

No mais, por exemplo, quais são as perspectivas? Nesses últimos anos, entraram no regime de gestão mais quatro ou seis municípios. Só um, desses 63 municípios, mandou relatório de gestão e este é um aspecto não muito saudável em termos de programação.

Eu acho que é melhor passarmos para a discussão. Eu já tomei muito tempo dos outros.

Obrigado.

Recursos Humanos do SUS

Elisete Duarte

Chefe do Núcleo Setorial de Recursos Humanos da SES/MT

Bom dia a todos. Bom dia aos componentes da mesa, professora Sandra. Eu gostaria de parabenizar a Comissão Organizadora pela realização da III Conferência Estadual de Saúde e todos os participantes, por terem tornado o evento tão importante para o Estado de Mato Grosso.

Nós fomos convidados para falar um pouco de recursos humanos. Dentro do programa, do tema, o SUS tem seus problemas e dificuldades. A concepção que a Secretaria Estadual de Saúde vem trabalhando, em relação à política de recursos humanos, é no sentido de entender os recursos humanos envolvidos no Sistema Único de Saúde. Como agentes de transformações no sistema, é quem, de fato, vão ser os sujeitos. Tem que se reconhecer como sujeitos transformadores do sistema que queremos.

Nesse sentido, o recurso humano, não deveria estar dentro do tema problemas e dificuldades do SUS. Nesse sentido, ele passa a ser a solução. Nós, recursos humanos envolvidos no SUS, temos a responsabilidade de fazer o sistema acontecer dentro do modelo preconizado, das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde.

Bom, sabemos que a coisa não é tão simples assim. Temos uma série de dificuldades a enfrentar nas áreas de desenvolvimento, de formação, de capacitação, de administração e de pessoal. Além de que, uma coisa importante que o doutor Armando acabou colocando aqui, que é a nova ética, que se precisa estar construindo, precisa estar permeando as relações entre as pessoas.

Quando ele citou o saber médico determinando uma forma de dependência da população ao serviço de saúde, isso precisa ser mudado e não só pelo médico, pela equipe de trabalho. As relações de trabalho, o processo de trabalho e a ética que permeia essas relações têm de ser alterados. Esse é um grande desafio.

Mas eu também gostaria de reforçar, pelo menos nessa introdução e depois eu gostaria de ser bastante breve, um pouco valorizando as experiências que foram apresen-

tadas aqui, de Itapiúna (Ceará), do Distrito Sul (Cuiabá), e de Vila Rica (MT), e muitas outras bem-sucedidas, com bastante pontos de avanço no Estado de Mato Grosso e em outras regiões. Como reforçando essa colocação que fazemos: quando existe compromisso dos recursos humanos envolvidos no SUS; quando existe vontade; quando existe a criatividade; quanto existe a ousadia de tentar, de construir esse modelo de atenção novo que queremos para o Sistema Único de Saúde, isso tem acontecido com bastante sucesso em algumas experiências, e várias delas foram apresentadas aqui. Então, é dessa forma que estamos entendendo uma política de recursos humanos, como fundamental para a construção desse novo modelo.

Bom, em relação ao que vamos apresentar, em linhas gerais, o que conseguimos avançar e o que estamos desenvolvendo na área de recursos humanos, na Secretaria Estadual de Saúde, são alguns projetos bem adiantados e outros em desenvolvimento. As dificuldades que tivemos para desenvolver, formular e propor as diretrizes que nortearam o trabalho dos recursos humanos foram diversas.

Tivemos de tomar bastante cuidado em qualquer enfrentamento das situações e das proposições que nós tínhamos, pela crise financeira que o Estado está atravessando, que é do conhecimento geral. Qualquer intervenção intempestiva poderia causar impacto desfavorável na folha de pagamento e isso era um problema sério, pela absoluta falta de conhecimento que tínhamos em relação à força de trabalho do SUS em Mato Grosso. Inclusive do próprio quadro de pessoal da Secretaria de Estado de Saúde e isso não é mérito de Mato Grosso; parece que é uma realidade mais ou menos nacional. Diversos Estados enfrentam dificuldades sobre informações organizadas, sobre o conjunto dos trabalhadores do sistema.

Em Mato Grosso temos ainda a impropriedade com que foi organizado o último Concurso Público. Ele foi feito com uma série de distorções, que não facilitaram para nós a regularização e a adequação das equipes de saúde e dos serviços à disposição do município. Pelo concurso público nós tivemos muita dificuldade nesse sentido. Então, com esses enfrentamentos, nós tentamos aqui e agora, apresentar alguns eixos de atuação, feitos dentro da política de recursos humanos na Secretaria.

Bom, era necessário conhecer quem era a força de trabalho no ano de 1995. Nós conseguimos um pouco do quadro de pessoal da SES-MT. Informatizamos e criamos um banco de dados e hoje nós temos essas informações

de forma mais ágil, muito mais fidedigna e isso orientou bastante a tomada de decisões, o gerenciamento da área.

Já iniciamos uma pesquisa, com apoio da Fiocruz e da UFMT, e participação também do Corem sobre a força de trabalho no Estado. Vocês devem estar recebendo. Os municípios devem estar recebendo nos próximos dias o formulário solicitando informações sobre a força de trabalho do SUS no seu município. E a gente pede com carinho essas respostas. Essas informações são importantes para subsidiar a política de recursos humanos do SUS em Mato Grosso. Buscamos também a descentralização do Sistema de Administração de Pessoal, através da Secretaria de Administração do Estado. Isso está em negociação bastante avançada.

A segunda diretriz, o segundo eixo que orientou nosso trabalho foi a regularização da situação funcional do quadro de servidores da Secretaria. Muito de vocês sabem que a grande maioria dos servidores, no início de janeiro de 95, na SES, era de servidores não-estáveis. Muitos deles, próximo a 500 servidores, eram contratados por contrato temporário fora do prazo de vigência, numa situação totalmente irregular.

Outros deles haviam sido contratados após a promulgação da Constituição Federal e alguns outros tanto que ainda permanecem em atividade, eram servidores não-estáveis, que não ganharam a estabilidade excepcional garantida pela Constituição de 88, pois haviam sido contratados entre 83 e 88.

Bom, então fizemos a regularização das situações consideradas irregulares, não compatíveis com a legislação vigente. Atualmente, nós tivemos que tomar algumas medidas, desligando servidores, em situação irregular, com o chamamento, para a substituição, pelos candidatos aprovados em Concurso Público. Isso, com muita dificuldade, pois o concurso foi feito para o Governo do Estado e não por Secretarias específicas. Então, a inadequação do perfil dos candidatos habilitados para as necessidades dos serviços foi uma questão, freqüentemente, enfrentada. O interesse do candidato pela sua lotação também é difícil de ser contornado.

O planejamento que estamos realizando agora é de concursos específicos, voltados por serviços e por necessidades, tentando adequar o perfil profissional de quem vai ingressar no serviço com as necessidades deste serviço. A contratação de assessoria jurídica e técnica, para a área de recursos humanos, facilitou muito a questão, pois

os recursos humanos demandam muitos pareceres e é necessária uma assessoria jurídica, com conhecimento específico da área.

Quanto à revisão do termo aditivo de cedência de pessoal, a nossa proposta é de se garantir a autonomia dos municípios sobre a gerência de recursos humanos. Estou me referindo aos servidores estaduais cedidos aos municípios, que devem ser gerenciados da forma mais autônoma possível pelos gestores municipais. A manutenção de pessoal em contrato temporário é uma medida apenas para situações de caráter excepcional. Em janeiro de 95, nós tínhamos quase 20% do pessoal do quadro de pessoal da Secretaria em contrato temporário. Alguns serviços funcionavam, basicamente, em função de pessoal com contrato temporário. Isso é um desastre. Você não tem como desenvolver essas equipes. Elas estão em alta rotatividade; o pessoal tem prazo determinado para sair. Isso acontecia no Hemocentro de Cuiabá, no Hospital Regional de Sorriso e no Hospital Regional de Colider. No interior essa situação foi ainda mais difícil de ser enfrentada.

Em relação à modernização da estrutura organizacional da SES, nós mudamos todo o sistema de arquivamento e de administração de pessoal, comprando equipamentos novos e modernizando a organização em si do sistema. E, dentro da proposta da reforma administrativa da Secretaria, da reforma organizacional, ou de sua readequação à Política Estadual de Saúde, está sendo pretendida a criação da Coordenadoria de Recursos Humanos. Hoje os recursos humanos na estrutura atual da Secretaria estão no mesmo nível de recursos financeiros ou recursos materiais. Esse é um tipo de organização mais atrasada e conservadora possível, não é?

Entendemos recursos humanos como mais um dos insumos necessários à conformação do sistema, sendo que, ao nosso ver, os recursos humanos são quem decidem. São as pessoas que decidem sobre todos os outros recursos. Então, você não pode estar no mesmo patamar de gerência e administração. Os recursos humanos têm um status diferenciado e têm de ser reconhecido de forma diferente pela instituição.

A criação de um Centro Formador de Recursos Humanos para o SUS está proposta, também, no projeto de reforma e readequação da estrutura administrativa. Já foi retomada a sua construção e, mais do que a obra em si, ele representa a decisão política, a vontade e determinação da Secretaria de se implementar e se executar uma política séria e conseqüente de desenvolvimento de recur-

soz humanos para o Estado. A sede vai ser aqui em Cuiabá, mas toda a proposta dos cursos é de descentralização, de atendimento às demandas, tanto à Política Estadual de Saúde, quanto dos próprios municípios.

A valorização do trabalhador da saúde foi buscada através da participação em oficinas de trabalho para a discussão dos sistemas, da Política Estadual de Saúde, a condução do processo de implementação dessa política e a discussão das políticas específicas, como a implantação da Comissão de Avaliação e Desempenho do Servidor. A avaliação que se tem hoje na Secretaria é que foram realizadas melhorias nos ambientes de trabalho; o início da organização da Divisão de Atendimento ao Servidor e o trabalho, por comissões, de enfrentamento de problemas, o que possibilitou um maior poder aos servidores da Secretaria na participação do processo de tomada de decisões e na condução dessa política. O investimento prioritário foi voltado para a capacitação dos trabalhadores e aí, não só trabalhadores da Secretaria Estadual de Saúde, como trabalhadores do Sistema de Saúde de Mato Grosso.

Ainda quanto ao processo de democratização, podemos citar que uma ampliação gradativa ocorreu no número de servidores envolvidos no processo de condução do acompanhamento da Política de Saúde. A transparência no diálogo com as representações sindicais eu acho que é uma questão que está bastante presente nessa administração. Ressalta-se também a participação das representações dos trabalhadores do sistema no Conselho Estadual de Saúde, que retomou o seu caráter deliberativo.

Na formação e capacitação do quadro estratégico do SUS, foi onde a Secretaria deu maior impulso e investimentos, entendendo aí não gastos com treinamentos e concurso, mas, de fato, um investimento que tem retorno garantido para a organização e para a qualidade dos serviços de saúde.

Em relação à profissionalização do pessoal de nível médio, concluíram o processo de formação, tanto na área odontológica quanto de enfermagem, 450 profissionais no ano de 95 e outros 728 entraram em processo de formação no mesmo ano. A Escola Técnica de Saúde, criada em 92, desenvolveu, basicamente, cursos voltados para a formação de auxiliares de enfermagem, porque ainda é uma demanda muito importante para o Estado de Mato Grosso. A própria Secretaria ainda tem um número considerável de atendentes de enfermagem, de pessoal que atua na área de enfermagem sem qualificação.

Essa é uma demanda importante, mas a gente entende agora que não é a única. Existe a necessidade de ampliação da escola. É uma determinação e várias áreas já estão em processo de implantação de novos cursos. O técnico de Patologia Clínica não é o primeiro, mas está sendo proposta a sua ampliação. O Técnico de Registro de Saúde começa agora em 97. O Técnico de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental começa agora no mês de agosto. São novas frentes de trabalho. O Técnico em Hemoterapia já está, basicamente, pronto o currículo e deve começar no próximo ano. Quanto ao Técnico de Raio X e de outras áreas, onde a formação de pessoal de nível médio é imprescindível, a realização de cursos de especialização para profissionais do SUS em áreas estratégicas também tem sido buscada. Nós estamos com as inscrições abertas para um Curso de Especialização em Epidemiologia, com apoio da Fundação Nacional de Saúde e da Universidade do Rio de Janeiro. Também está programado para o início do ano que vem, em nível de especialização, um curso de hematologia.

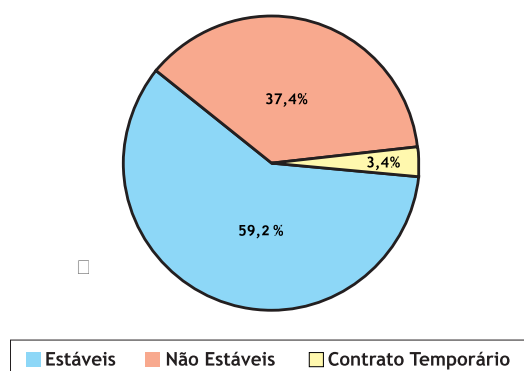
Outros cursos estão começando a ser negociados. Esses dois cursos citados vão ocorrer em Cuiabá. Mas, visando a descentralização, para o ano que vem pretendemos centralizar cursos de saúde pública nos Pólos, especialmente Tangará da Serra, Sinop, Diamantino, Barra do Garças e onde mais tivermos pernas e parcerias para formar e qualificar pessoal nessas áreas estratégicas. Vamos buscar a articulação com a Escola Técnica Federal de Saúde, a Escola Técnica Estadual, UFMT, Ministério da Saúde e UNICAMP para a formação de equipes na área de engenharia clínica. O Curso de Especialização de Engenharia Clínica garante profissionais qualificados para gerenciar a incorporação da tecnologia de equipamentos médico-hospitalares ao sistema, compondo também uma equipe de pessoal de nível médio e elementar, com um auxiliar e o técnico de manutenção de equipamentos médico-hospitalares. Essa é uma experiência bastante recente em nível nacional. A UNICAMP tem implementado, em parceria com o Ministério da Saúde, e apóia iniciativas e no Centro-Oeste parece-me que seremos o Estado a sair à frente. Já estamos em processo de preparação para a implantação desses cursos.

Em 95 e no primeiro semestre deste ano, foram organizados e realizados mais de 60 eventos em diversas áreas que a gente vai apresentar a especificação depois, envolvendo mais de 1.800 pessoas, recursos humanos do SUS. Somos todos nós, são os trabalhadores, gestores, são os conselheiros, são os usuários desses sistemas. Então, o processo de capacitação nunca tinha sido tão

implementado pela Secretaria quanto foi agora. É lógico ainda que gostaríamos de estar fazendo muito mais, mas o processo já avançou e já conseguimos resultados significativos, como a retomada do Centro Formador, que eu já coloquei aqui; a busca de financiamento para alguns projetos de pesquisa, conseguidos principalmente pela Coplan, em parceria com o PRODEAGRO; o incentivo à pós-graduação de saúde coletiva, especialmente na Universidade Federal de Mato Grosso; a tentativa e a aproximação das instituições de ensino, através de convênios de cooperação técnica e a determinação da incorporação dos estagiários, que ainda estamos negociando. Já identificamos áreas de necessidade e interesse da Secretaria para incorporar estagiários de diversas áreas, como Direito, Economia, Ciências Contábeis, Informática e Comunicação Social, além dos tradicionais cursos de formação da área de saúde.

Bem, eu queria passar agora algumas transparências. A Estela Maris vai passar para mim. Vamos passar bem rápido um pouco do produto que podemos tornar mais visível em relação ao quadro de pessoal, a capacitação e os cursos de formação que foram realizados.

Distribuição dos Servidores Estáveis, Não Estáveis e Contratos Temporários da SES/MT – Dez/95



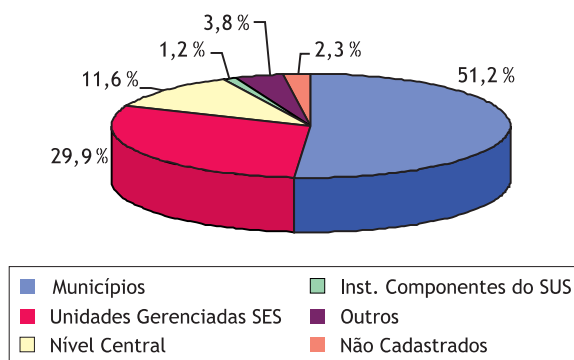
Em primeiro lugar a nossa situação hoje, isso é, de julho de 96. A distribuição dos servidores da SES segundo o regime jurídico, com a discriminação de quem são os servidores estáveis. Em janeiro, a gente tinha 60% de não-estáveis no quadro de pessoal da Secretaria. Em julho de 96 nós já conseguimos iniciar o processo de inversão dessa composição. Então, os estáveis já representavam quase 70% do quadro de pessoal da Secretaria, sendo desses um pouco mais de 33% já empossados pelo concurso público.

Em segundo, a área de atuação e nível de escolaridade. Vemos que, próximo de 60%, temos pessoal considerado de área fim, como médicos, enfermeiros, auxiliares de la-

boratório, auxiliares de enfermagem, THD, ACD e na área meio é grande o número de pessoal de nível médio e elementar. A gente vai identificar a necessidade, a carência de profissionais de nível superior na área meio. E é nessas áreas que eu reforcei que a gente vai contar com a participação de estagiários, tão necessários para a construção do SUS, especialmente para a atuação da Secretaria Estadual de Saúde, que assume um novo papel frente ao processo de municipalização, tanto quanto em relação ao pessoal da área fim, não em quantidade, mas em qualidade.

Mostramos também a distribuição do pessoal da Secretaria, com discriminação da área de atuação e regime jurídico. O “cor-de-rosinha” ali são os não-estáveis, tanto da área meio como da área fim. Eles são mais significativos para a área fim. O desligamento intempestivo destes servidores geraria uma situação bastante difícil na organização do Sistema Estadual e seguramente afetaria a organização do Sistema Municipal de Saúde. Quanto à discriminação das lotações dos contratos temporários, estes são mantidos em situações excepcionalíssimas em mais de 70% deles, nos dois hospitais regionais de referência, gerenciados pela Secretaria, pela dificuldade de interiorização de pessoal e do concurso público, especialmente no Pólo Regional de Sinop. Estão sendo mantidos em torno de 4 a 5% do quadro total de pessoal da Secretaria.

Distribuição dos Servidores da SES/MT Segundo Lotação - Dez/95

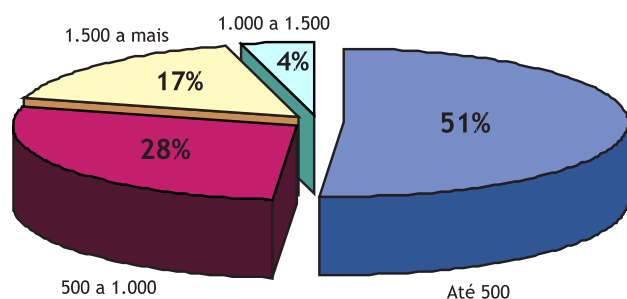


Quanto à lotação de servidores da SES, verificamos que mais de 50% dos servidores do quadro estão à disposição dos municípios. É por isso que o desligamento de não-estáveis afetaria tanto o serviço gerenciado diretamente pela Secretaria quanto à organização dos sistemas municipais de saúde. Da área fim, em relação ao nível médio e elementar, a composição do quadro de pessoal deste segmento está maciçamente voltada para o pessoal da área

de enfermagem e, em especial, para o auxiliar de enfermagem, com grande contingente ainda de atendente de enfermagem. Em relação ao nível superior, a composição da área fim mostra que mais de 30% deste segmento é formado por médicos; outros 15% enfermeiros; odontólogos, 13%; e farmacêuticos, 8,9%, o que parece uma média acima da nacional para farmacêutico.

Em relação às faixas salariais, 53% dos servidores recebem até 500 reais pela SES e a parcela entre 1.000 a 1.500 reais aparece com apenas 4,7%. A nossa folha de pagamento se mantém estável de janeiro de 95 a julho de 96. Os dois primeiros picos observados são em consequência do processo de tomada de posse do pessoal. Temos um atraso em implantar isso na folha de pagamento e, quando é implantado, corresponde a salários atrasados. Então, ela dá um pico que é virtual e o 13º dá uma queda, por ser uma folha atípica. Mas ela tem se mantido em torno de 2.000.000 (dois milhões) de reais por mês para 2.610 servidores, representando um salário médio de R\$ 776,00. Nós temos todos esses gráficos num *show-room*, nos painéis lá fora.

Distribuição dos Salários dos Servidores Estáveis e Não Estáveis da SES/MT por Faixa Salarial - Dez/95



Em relação ao desenvolvimento de pessoal, às capacitações realizadas, trazemos a distribuição por Pólo Regional. É lógico que Cuiabá concentra um grande número de participantes, por estar, aqui na capital, a maioria dos serviços de saúde gerenciados pela Secretaria. Mas em todos os outros Pólos tivemos capacitações. Ali tem um erro: não é São Felix, é Porto Alegre do Norte. Tivemos capacitações nas diferentes áreas, para controle social, na qualidade dos serviços, discutindo políticas de saúde, discutindo a atenção a grupos específicos e a gerência e organização dos serviços. Alguns servidores foram para cur-

sos de especialização realizados fora e outras capacitações foram voltadas para o controle de doenças específicas.

Sobre as informações referentes à Escola Técnica de Saúde, mostramos em que áreas foram formadas, de 92 a 95. Grande parte dos profissionais, 83% deles, foram auxiliares de enfermagem, distribuídos em torno de 60% para o interior do Estado e 40% para a Capital. A informação aí, do número de cursos realizados por categoria profissional, mostra uma média, de alunos que os concluíram, bastante alta, em torno de 17 a 21 alunos por turma, tanto para auxiliar de enfermagem, ACD, THD e técnico de Patologia Clínica. Colocamos, então, gradativamente, o número de alunos que concluíram o processo de formação de 93 a 96, onde se encontram, atualmente, em processo de formação, 758 alunos, tanto na área de Enfermagem quanto técnicos de Higiene Dental.

Então, o crescimento gradativo é significativo do número de alunos formados pela Escola e pretendemos, como meta para o ano que vem, 1.000 alunos em processo de formação. Hoje, encontra-se em processo de formação de auxiliar de enfermagem um total de 728 alunos e, aqui em Cuiabá, 30 alunos de técnico em Higiene Dental.

Quanto aos cursos que estão em processo de implantação, colocamos apenas os que estão mais encaminhados, como o técnico em Hemoterapia e técnico em Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental. O técnico de Patologia Clínica e o auxiliar de Enfermagem ainda representam 75% dos cursos nos municípios. Elencamos, então, os municípios priorizados para o técnico de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental. Os municípios priorizados foram aqueles considerados de risco e priorizados pela Fundação Nacional de Saúde. É o curso também em processo de implantação.

Gostaria de agradecer e de reforçar mais uma vez onde temos compromisso com os trabalhadores, com os gestores. A decisão política é incrementar esse processo de construção do SUS. É o que queremos fazer e onde temos avançado com os mesmos recursos disponíveis, dando conta aos sistemas municipais e ao Sistema Estadual de Saúde, da nossa vontade, da nossa determinação. Ontem, a apresentação da Fundação Centro de Reabilitação deixou todo mundo emocionado aqui e mostra o quanto conseguimos fazer, com muita vontade e determinação, e dependendo muito da boa vontade e da disposição das pessoas envolvidas no processo de Construção do Sistema Único de Saúde.

Política da Assistência Farmacêutica no País

Antônio José Alves
Presidente da Associação dos
Laboratórios Farmacêuticos do Brasil

Bom dia. Gostaria antes de agradecer o convite do Dr. Fred Müller, na pessoa do Secretário de Saúde, Dr. Júlio Müller. É um prazer estar aqui, externando um pouco do nosso pensamento e das nossas experiências por esse país afora. Como muita gente falou na minha frente, eu acho que só tenho dois minutos para falar. Já estamos 40 minutos atrasados e eu acho ótimo, porque eu odeio falar em público. Mas toda semana eu estou falando em público. Não tem alternativa e, principalmente, com um eloquente aqui do meu lado, eu fico mais nervoso ainda. E, como eu tinha falado, é um prazer estar aqui, até porque eu encontro coisas completamente diferentes do Nordeste. Eu sou de Pernambuco, do interior do Estado, e já vi coisas, aqui, completamente diferentes, como o vocabulário. Então, é uma cultura diferente e enriquecedora. É extremamente importante também que vocês participem do cenário nacional em todos os níveis. É por esse motivo que eu aceitei vir aqui falar sobre política de medicamentos no País. Eu gostaria de fazer algumas reflexões e algumas colocações. Na parte da tarde nós vamos falar especificamente um pouco da nossa experiência em Pernambuco.

Todos vocês sabem que é imprescindível a presença de medicamentos na vida cotidiana. O medicamento custa em torno de 10%, ou mais, da Assistência Médica Farmacêutica e nós sabemos também que o Brasil é extremamente dependente nesta área. Nós temos, de um lado, excelentes hospitais, excelentes técnicos, excelentes cirurgiões, não é? Novas tecnologias, equipamentos de última geração implantados nesse país, mas tem o contrasenso, que é a área de medicamentos. É extremamente sofrível, extremamente atrasada e nós sabemos que na área médica, como um todo e primordialmente na área do medicamento, estão aparecendo novos medicamentos, não somente para curar novas doenças, como também para curar as doenças já existentes. Ou minimizar a dor ou sofrimento com menor custo e toxicidade.

Então, a indústria do medicamento está sempre investindo em pesquisa. Todo o dia existem novas patentes, não é? E ao longo de um ano, numerosas descobertas visam aumentar a vida, aumentar os anos de vida da popula-

ção, como também melhorar a qualidade de vida. Não tem sentido, em princípio, viver 100 anos, se se passa 20 anos deitado, numa cama, ou numa cadeira de rodas, ou coisa deste tipo.

Então, o medicamento é um item essencial. E nós sabemos e vocês sabem também, que existem pessoas que tomam durante toda a vida, um, dois, três, até cinco medicamentos por dia, durante toda a vida. Então, veja bem, diante deste quadro, o Brasil tinha que se impor. Tinha que efetuar um trabalho, ou tinha que ser independente na área. Pelo menos de formulação.

Vocês sabem que na composição de um medicamento existe matéria-prima, não é? Vamos dar um exemplo, a aspirina. Você produz o princípio ativo da aspirina, que é o ácido acetilsalicílico e tem outra etapa que é a da fabricação do comprimido. Nós temos então duas etapas distintas: a primeira é produzida em laboratórios, em indústrias. E a segunda em laboratórios farmacêuticos.

Deixem-me colocar um dado aqui em relação a essa segunda etapa, que é a indústria de transformação, ou seja: o laboratório compra o princípio ativo, os ingredientes e os transformam num medicamento. O mercado brasileiro é em torno de 7,4 bilhões de dólares. Desse mercado, só 35%, em média, é mercado nacional. Desse mercado, 35% da receita é oriunda dos laboratórios nacionais e 65%, em média, dos laboratórios multinacionais. Então, nem isso nós somos capazes de fazer. Na Argentina, do mercado de 3,5 bilhões de dólares, só 30% é mercado multinacional; 70% do mercado é nacional. Vejam, minha gente, nós somos extremamente dependentes nessa área de transformação.

Então, vamos para o outro lado da história, que é a produção da matéria-prima. Nós somos dependentes em torno de 90 a 95% e, se a situação se agrava numa economia globalizada, não tem sentido comprar, por exemplo, aspirina, com princípio ativo, fabricar aspirina no Brasil, a 10 dólares o quilo, se custa na China um dólar o quilo. Porque vamos penalizar a população, pagando mais, pelo fato de sermos incompetentes na fabricação de matérias-primas? Obviamente nós vamos ter que comprar onde existe mais barato, para poder diminuir o custo da produção de medicamentos e, conseqüentemente, possibilitar que mais pessoas tenham acesso a esse medicamento. Então, veja que cenário escuro existe, não é, neste país, no que concerne à produção de medicamentos.

Por outro lado, nós sabemos que existem dois tipos de medicamentos: medicamentos sintéticos e medicamentos

de origem natural. Muita gente acha que o produto natural é um produto barato, que é um produto acessível. Não é bem assim. Acho que temos que explorar nossa flora, temos que tentar descobrir os princípios ativos, ou as misturas complexas ativas. Mas, por um outro lado, para fazer um medicamento de origem natural requer um investimento grande, ou na parte de produção, ou na parte de análise. Se nós estamos tomando um chá de agrião e nós não sabemos o princípio ativo, ou se não sabemos medir o teor do princípio ativo, podemos estar tomando chá de água. Então, este controle de qualidade é extremamente importante, mas não deixa de ser uma linha que mereça atenção, que mereça ser investida e ser estudada.

Posso até relatar um fato que talvez muitos de vocês conheçam. Um professor de São Paulo, um farmacologista, descobriu que o veneno da jararaca da Amazônia, quando estava circulando no corpo humano, provocava uma diminuição da pressão. Então, ele descobriu tal componente. E, como esse país não investe em pesquisa, não tem estrutura, ele foi trabalhar nos Estados Unidos, em conjugação com os laboratórios dos Estados Unidos e da Europa e assim descobriu-se uma nova classe de medicamentos anti-hipertensivos. Pessoas, até então morriam em um ou dois anos com hipertensão severa. Hoje, vive-se 10, 15, 20 anos. Você vive com uma doença que antes era fatal. Em boas condições de vida, com qualidade. Então, uma descoberta de um brasileiro, um farmacologista de São Paulo, que teve essa descoberta encampada pelos países ricos, industrializados e quem vende esses medicamentos, quem explora esses medicamentos, são os países ricos. São eles que ganham o dinheiro. Vejam bem a importância da nossa fauna, da nossa flora. É indubitável e devemos levar em consideração sempre a discussão da política de medicamentos, ou produção de medicamentos, para o país.

Um outro fator importante, que não podemos negligenciar, é a formação de recursos humanos. Mesmo que o Governo Federal quisesse construir laboratórios de produção, de pesquisa, não teríamos pessoal competente e capacitado para tocar esses projetos. Os recursos humanos não se formam do dia para a noite. Levam-se décadas para formar um grupo crítico. A massa crítica para desenvolver pesquisa e para produzir em certas áreas do conhecimento e, no nosso caso, primordialmente, medicamentos. Nesse cenário da produção e pesquisa de medicamentos, nesse cenário nebuloso, existem algumas saídas, obviamente. Primeiro, vamos ter que formar pessoas. Não primeiro, mas concomitantemente e vamos tratar o medicamento com a seriedade devida.

Nós sabemos, todos vocês sabem, e eu já soube de alguns comentários feitos em relação a Central de Medicamentos, a CEME. É um órgão centralizador, que compra medicamentos essenciais para atender a programas do Ministério da Saúde e distribuí-los para a população. Eu tenho aqui a relação de dez nomes de medicamentos que são produzidos pelos laboratórios oficiais. Vocês sabem também que existem em torno de 17 laboratórios Farmacêuticos Oficiais no Brasil, que produzem medicamentos para o Ministério da Saúde. Nós vamos assinar daqui a pouco um convênio de cooperação entre Pernambuco e Mato Grosso para implantar, se assim vocês desejarem, um laboratório farmacêutico aqui em Cuiabá. Mas então, a diferença de preço dos medicamentos produzidos nos laboratórios oficiais e da iniciativa privada é alarmante. Eu tenho aqui um comparativo. Dá em torno de 200% de diferença.

Por exemplo: a Isoniasida, para a Tuberculose, custa 75 reais pelos laboratórios oficiais e 300 reais produzido pela Sandal. Obviamente que o governo não compra medicamento para a tuberculose da iniciativa privada. Compra dos laboratórios oficiais.

Os laboratórios oficiais têm um papel extremamente importante, não somente na produção de medicamentos a preços acessíveis, como também estão contribuindo para o enriquecimento do parque industrial brasileiro, nessa área de medicamentos, como também na pesquisa de produtos naturais, e produtos químicos.

Um exemplo concreto é o AZT, que foi financiado pela CEME, pelo Ministério da Saúde e dois laboratórios se capacitaram para produzir a matéria-prima e o preço do AZT caiu de 121 dólares o frasco para 48 dólares. O Ministério da Saúde está estimulando os laboratórios oficiais a produzirem medicamentos essenciais de uso contínuo e alto valor agregado, para diminuir o custo do tratamento.

Gostaria de dizer para os senhores que estivemos na primeira e segunda seção, na Câmara, para fazer lobby, vamos assim dizer, para tentar convencer os parlamentares a votarem sim a CPMF. O que eu notei, foi que, na realidade, estavam pessoas interessadas no "não" e pessoas interessadas no "sim", mas vi pouca gente pressionando os parlamentares. Havia uma inexistência de povo pressionando. Vejam bem, uma guerra muito grande e na realidade se vê uma pessoa. Nós sabemos, lá no Nordeste, por exemplo, 30% da população ganha até um salário mínimo. Estas pessoas não têm conta em banco, não têm talão de cheques, consequentemente não pagarão a CPMF

e, se pagassem, seriam vinte centavos. Vinte centavos! Eu tenho encontrado 20 centavos pela rua!

Vejam bem, eu acho que uma questão desta, extremamente importante, que pode não revolucionar, mas pode mudar a cara da saúde no país, não foi tratada com a devida, não digo seriedade, mas a devida força por parte da população, por parte dos líderes.

Eu gostaria de encerrar fazendo algumas reflexões para que a questão dos medicamentos fosse tratada com muita serenidade, não é, não houvesse tanto entusiasmo, que pensássemos serenamente, uma vez que esta questão é tratada com muita serenidade pelos laboratórios multinacionais e pelos empresários exploradores. Nós não podemos assim, nervosamente, ou impensadamente, tratar desse assunto. Então, vamos ter que refletir, vamos ter que pensar para tomar uma decisão. E vocês são pessoas importantes, vocês, que podem levar para a comunidade as informações, eu gostaria que em tudo que houvesse, em todos os assuntos em que o medicamento fosse abordado, vamos esfriar a cabeça e tratar com muita serenidade. Muito obrigado.

Comentários do Debatedor

Flávio Goulart

Faculdade de Ciências à Saúde da UNB

Bom dia para todos. Quase boa tarde. É tarefa, aliás, das mais ingratas, essa que me é atribuída, fazer o debate de uma série de pronunciamentos de alta concentração, de alta profundidade, diversidade e, principalmente, realizado por gente muito competente naquilo que faz. Então, eu vou tentar fazer o que seria uma síntese e no sentido até de colocar algumas coisas para mais tarde, ou quem sabe até para o nosso debate que vai se suceder.

Pretendo ser bastante sucinto para isso, mas, enfim, despertar algumas questões, alguns desafios que eu acho que nós temos de enfrentar no plano das nossas discussões aqui, e para a frente, do que virá depois, que me parecem ser alguns entraves ainda para a implantação do SUS, nesse final de século. Vamos dar um prazo até o final do século para implantação do SUS, embora o final do século esteja logo aí. Eu não pretendo ser pessimista, embora isso aí vá levantar muitas questões. Pelo contrário, eu quero ser até realista. Eu dei uma entrevista para a televisão e falei que a alternativa não é entre o SUS e o projeto

dos neoliberais, o projeto corporativo, propriamente. A alternativa que nós temos hoje é entre o SUS e a barbárie em matéria de saúde. Sim, se estamos mal com o SUS, estaremos muito pior, seguramente, sem o SUS, não é verdade?

Mas, de qualquer forma, analisando um pouco mais para trás desses últimos anos da história da saúde no Brasil, não precisa ir muito longe, eu diria até os últimos cinco anos mesmo, eu acho que a emergência de coisas que, realmente, estão mudando o panorama, é muito visível. Só não vê quem não quer, ou quem tem intenções de ocultar a realidade ou tampar o sol com peneira.

Eu poderia citar algumas coisas e essa Conferência é o exemplo. É o primeiro exemplo que eu dou. O que está acontecendo aqui em Cuiabá hoje e aconteceu em noventa municípios de Mato Grosso e está acontecendo em quase todos os Estados do Brasil e em muitos dos municípios brasileiros, é o reflexo do que eu chamaria de um novo e amplo movimento social. Esse movimento gente, ele não tem raízes muito profundas na história não; ele tem raízes profundas hoje. Ele foi construído a partir da década de 80, a partir do momento em que a discussão da saúde se ampliou pela sociedade brasileira. E é um movimento social que tem as suas iniciações, tem as suas fontes com os movimentos pela vida. Não é a toa que, em muitos lugares, se está discutindo saúde de ambiente, ecologia, de saúde da mulher, ou movimento feminista, ou o movimento das minorias, em toda a parte, pela conservação da natureza. Em toda parte, nós vemos uma integração muito grande entre todos esses movimentos. Isso, para mim, é grande, é a primeira das grandes mudanças novas na saúde, recentemente. Outra, é a emergência de um pacto federativo.

Nós fomos vítimas e fruto de uma concepção de federação hierarquizada, como se fosse um trem; uma locomotiva puxando vagões, onde a locomotiva, que é a União, tem sempre preferência: vai sempre na frente e os vagões obedecem ao comando que a locomotiva vai fazer. Isso tem mudado muito e a saúde parece estar sendo, não tenho certeza, no Estado brasileiro hoje, a área onde está se invertendo esta relação soberana da União sobre os Estados e municípios. Apesar das dificuldades todas, o exercício da co-responsabilidade, do compartilhamento, está ocorrendo, de fato, na área da saúde. Isso para mim também tem um impacto muito grande e logo em seguida, como consequência desse novo pacto federativo – e eu acho que retomarei essa palavra várias vezes aqui nos

minutos da minha fala - eu acho que nós estamos diante, fundamentalmente, de um novo pacto.

É esse princípio que se estabelece com a NOB-93, que agora se consagra, como o Amaury explicou muito bem aqui e se aprofunda na versão dessa NOB-96, que é a intergestão, a gestão entre gestores. A palavra pode até parecer pleonástica, mas finalmente, Estados, municípios e a União, tomando decisões conjuntas na área da saúde. Pode ser que haja, como eu percebi ontem na reunião, algumas posições contrárias à existência das Bipartites. Eu acredito até que as Bipartites possam e a própria Tripartite possa e devam ser aprimoradas e aperfeiçoadas, mas, notem bem, eu quero dar aqui o meu testemunho, o meu depoimento de ter acompanhado a fundação dessas comissões pelos Estados brasileiros e depois de ter participado ativamente da Tripartite, isso é uma mudança de qualidade imprescindível. O sistema de saúde brasileiro deixou de ser o que era a partir da criação dessas comissões. É fundamental que elas prevaleçam, que elas sejam prestigiadas, como é fundamental que elas sejam fiscalizadas pelos conselhos de saúde, que têm essas atribuições.

Não vamos confundir as coisas. Não há conflito entre Bipartite e Conselho e, se há, é preciso se encontrar rapidamente uma solução, porque não é difícil superá-lo também, tendo em vista que um é fiscalizador, deliberativo e formulador de políticas. O outro é uma comissão do Executivo...

Temos que falar da responsabilidade e a autoridade sanitária. Até devo ao Armando Raggio, aqui presente, um pouco da divulgação e da insistência nessas palavras. Eu acho que o novo sistema, que vem sendo instalado no Brasil, com suas limitações e dificuldades, está sendo, pela primeira vez, um sistema da responsabilidade atribuída, da responsabilidade bem definida e, porque não dizer, da autoridade em saúde. Eu me reporto ao Armando, criador, parece-me, pelo menos divulgador, da expressão “autoridade sanitária”, em Curitiba, onde o Armando foi Secretário. As pessoas que chefiavam os distritos sanitários são as autoridades sanitárias. Eu acho um belo nome, não é? Nós ficamos um pouco marcados pelo autoritarismo vigente nas nossas relações sociais e ficamos com um pouco de medo da palavra “autoridade”. Não, autoridade é bom. O povo gosta, nós também devemos gostar da autoridade, ou seja, alguém que é capaz de exercer aquilo que se espera dele, sem que empurre para uma outra esfera antes que os problemas sejam resolvidos.

Esse novo sistema representa economia de recursos, não tenhamos dúvidas. Era muito mais fácil no tempo em que as coisas eram programadas em Brasília, feitas em Brasília e ou nas Capitais dos Estados. Hoje, as dificuldades são maiores, porque temos que ouvir mais as pessoas. Mas as decisões tomadas não só são mais legítimas, como economizam recursos, porque visam inverter uma situação antiga no sistema de saúde brasileiro, que é a lógica da oferta. Nós temos um sistema de saúde no Brasil programado pela oferta, programado por aquele indivíduo, por aquele grupo hospitalar, ou médico, ou seja lá o que for, que compra um equipamento e passa a ter serviços para vender. Foi a partir daí que o sistema de saúde se organizou. Não! Tem que ser invertido e o SUS está representando, principalmente nas experiências municipais bem sucedidas, que não se contam às dezenas, mas sim às centenas, talvez milhares, que está invertendo essa lógica para que o sistema seja programado e planejado pela necessidade das pessoas e não mais porque existem tomografia, radiografia ou a existência de exame dessa ou daquela natureza para ser oferecido. Programa-se, então, dentro de uma lógica completamente avessa e alheia ao que seria o mínimo do bom senso.

Eu apontaria mais uma situação que me parece ser bastante inovadora, a questão da descentralização, principalmente como ela tem caminhado agora nesse período mais recente, depois da NOB-93 e particularmente de 94 em diante, com a gestão da Semiplena. Por quê? Porque aí se inverteu uma lógica também antiga e muito perversa que era a municipalização ou a descentralização outorgada e, portanto, tutelada. Esse processo novo que nós estamos assistindo no Brasil é um processo de descentralização conquistada: o município, hoje, para entrar em Gestão Semiplena, ninguém oferece nada de bandeja, não. Ele conquista isso através de sua mobilização social e política, através dos seus equipamentos adequados, das suas práticas de saúde e assim por diante. Isso também fica muito claro.

E não temamos, este sim tem sido um processo salvador de vidas. O novo na saúde do Brasil se traduz em salvamento de vidas. Está morrendo menos gente. Quando se fala em Santa Genoveva, quando se fala em Caruaru, a gente mostra ainda o lado sombrio, que não foi discutido com a profundidade necessária, também do sistema. Não são poucos os municípios brasileiros que reduziram tremendamente os indicadores de mortalidade infantil e de mortalidade materna. Então, com economia de recursos e com racionalidade, tem sido sim possível salvar vidas.

Caruaru não é fruto do SUS. Caruaru e Santa Genoveva são frutos da não implementação do SUS. É diferente. Bastante diferente.

Bom, com tanta coisa nova, nós infelizmente temos o velho na saúde, não é? Eu acho que foi bem registrado nas falas aí, o clientelismo, o corporativismo, principalmente nas suas variações selvagens e o centralismo, que não está aí apenas na cabeça dos burocratas, às vezes dos tecnocratas. Está, infelizmente, até mesmo na cabeça dos próprios usuários do sistema, que sempre esperam muito do governo central e olham pouco para o seu lado para ver o que a sociedade, o que a comunidade pode fazer. Temos também o consumismo. A cultura consumista, em relação a medicamentos, como bem citou aqui o nosso presidente do LAFEPE, de Pernambuco, em relação a equipamentos, em relação a serviços de saúde, a visão de que o bom é aquilo que acontece com alta tecnologia, com alta sofisticação e de preferência dentro de hospitais e sob a assistência do médico. Isso é uma cultura, infelizmente, muito generalizada e muito velha, não é? E o próprio particularismo, dos interesses particulares, que está, a todo momento, dominando os interesses coletivos na área de saúde.

Eu deixei por último outro inimigo velho, que, miraculosamente, recebe o nome de novo, que é o neoliberalismo. Eu prefiro apontar o neoliberalismo, principalmente embutido nas políticas internacionais, as quais o Brasil é hoje um caudatário fiel das políticas do Banco Mundial, do FMI etc e tal. Mas, não deixamos de acreditar que existem também coisas que não são propriamente ditadas pelo FMI, nem pelo Banco Mundial: estão aqui dentro mesmo, estão do nosso lado, mas o neoliberalismo, chamado de neo, não tem nada de novo. Ele é, aliás, muito antigo. Ele foi um sistema, é uma tentativa de sistema econômico, pensado ainda no século XVIII, no século XIX e hoje volta com essa nova roupa, dizendo para todos nós aqui do Terceiro Mundo que é bom que vocês entreguem o serviço de saúde para o mercado resolver, não é, através das famigeradas cestas básicas de cuidados, como Jocélio chamou a atenção aqui anteontem, para que, então, o governo possa cuidar apenas dos mais pobres e o mercado cuidar do restante. Nós, certamente todos nós, sem exceção, sabemos muito bem onde é que vai dar isso.

Então, é assim, já caminhamos para o final da minha fala. Eu gostaria de deixar aqui algumas perguntas no ar, o que eu chamaria de desafios do final de século para o sistema de saúde no Brasil. Nós estamos caminhando, acredito eu; o novo ainda prevalece, o novo ainda é como se

fosse uma pequena planta muito delicada, como eu argumentaria aqui com a Elisete, crescendo numa pedreira de coisas velhas, não é? A raiz que ele consegue lançar daí a pouco morre, outra consegue penetrar numa greta de pedra e floresce. É assim. Agora, de qualquer forma, os desafios para a plantinha são muito grandes.

O caminho das Normas Operacionais Básicas parece ser interessante. As NOB's são consequência de um processo social de construção, mas ele é ainda um pouco marcado, no meu entendimento, por um certo vício formalista, uma série de preenchimentos de requisitos, uma série de pré-condições. Acho que o Armando foi muito claro quando chamou a atenção para isso, criando também esses mecanismos de compensação, de incentivo financeiro, cuja história não é muito grata. Aqui, no nosso ambiente da saúde, nós assistimos um verdadeiro desfile alegórico de siglas as mais diversas, FAM, FEM, FEGE etc. Quem conviveu no sistema conhece isso muito bem e muito pouco disso teve condições de ser implantado, ficou apenas no papel. Eu tenho um pouco de receio dessa NOB, repleta dessas fatias, como se fosse um salame fatiado, cheio de pedacinhos. Se isso vai ter condições de pegar, se isso vai ter dinheiro para poder fazer a cobertura disso e também se os municípios vão conseguir entender o que é que significam esses mecanismos, como também acho que é um grande desafio a questão do equilíbrio político entre Estado e municípios.

Nós tivemos uma fase no começo da década, aliás, da década passada, em que todo o poder foi dado aos Estados. Depois, uma outra fase em que se pensou, ingenuamente, talvez nem tanto, que o poder teria que ser dado aos municípios. E nós estamos engatinhando agora numa nova fase, em que se procura um equilíbrio entre Estado e municípios. Nós não vamos fazer um SUS só com municípios, como também não fizemos um SUDS no passado só com Estados e esse equilíbrio ainda é muito delicado. Não pensem vocês que eu estou falando dos Estados como Mato Grosso, como os Estados do Nordeste, que ainda têm tradições políticas um tanto quanto criticadas no resto da federação. Não! Eu estou falando de Estados como São Paulo mesmo; como Minas Gerais, que é o meu Estado, onde esta tradição política ainda é fortemente clientelista, ainda, fortemente, se coloca a saúde a serviço de interesses eleitorais e assim por diante.

A questão do financiamento, também para mim, é um desafio. Hoje nós estamos assim, um pouco embalados na CPMF. Mas já podemos começar a pensar para daqui a um

ano, quando a vigência da CPMF terminar. É preciso encontrar uma solução diferente. A CPMF é apenas uma solução extremamente provisória. Precisamos pensar também isso como um desafio, numa necessidade muito grande. Isso meus colegas todos chamam a atenção. Eu apenas insisto nos vínculos de alianças que vão ser formados dentro do sistema de saúde. Não nos iludamos, nós já não temos mais uma parte das alianças que tínhamos, quando das votações da Constituinte. Estamos perdendo rapidamente a adesão do segmento dos trabalhadores mais organizados, como estamos perdendo ou já perdemos boa parte da adesão da classe média, que foi por um processo de exclusão, afastada em direção aos planos de saúde, que as pessoas estão pagando com grande dificuldade. Esses segmentos sociais, talvez, não estejam mais aliados e é preciso pensar rapidamente e efetivamente em estratégias de conquistar novos aliados, reconquistar os antigos aliados e neutralizar os adversários, que não são poucos.

O outro desafio é uma gestão mediante resultados, ou seja: qualidade e eficácia. Não podemos ter medo disso não. As pessoas estão exigindo hoje, por força da comunicação, da aldeia global, por força do maior acesso à informação, que todo mundo tem, está-se exigindo serviços de melhor qualidade. Acho até que é uma coisa assim um pouco, quase que anedótica, mas um bom Centro de Saúde é aquele Centro de Saúde que começa a ter carros parados na sua porta, da sua clientela. É sinal que ali está se fazendo alguma coisa, com alguma qualidade. Não precisava ter medo dessa invasão. Se a classe média voltar a frequentar os Centros de Saúde, eu acho que é até bom, porque a classe média tem pelo menos um senso de reivindicação um pouco maior, não é? E se tiver oferecendo serviços bons, o resto da população também estará usufruindo. Esse desafio nós vamos ter que enfrentar. Os serviços com filas, aquele negócio simplificado, para pessoas simplórias, sinceramente, eu acho que já passou no sistema de saúde.

Outra questão é do que eu chamaria de ilhas de organização dentro de um mar caótico que ainda é a realidade do sistema. Nós temos ainda hoje municípios brasileiros como Curitiba e como muitos municípios brasileiros, como Cuiabá, que está em Gestão Semiplena, Rondonópolis - eu estou citando pontualmente porque não conheço tanto a realidade do Estado - que se organizaram. E muito do que está no entorno desses municípios não se organizou. Então, isso vai ser um fator perturbador permanente. Quer dizer, nós temos que encontrar maneiras rápidas de formarmos essas ilhas. Não apenas a partir das próprias inici-

ativas diretas dos municípios, mas através de alternativas como é o caso do consorciamento, das associações, da regionalização do atendimento e assim por diante.

Eu chamaria a atenção, para encerrar, de uma outra questão que me pareceu presente na fala da Elisete, mas também dos outros e que eu trago o testemunho de uma oficina de trabalho, da qual eu participei aqui em Mato Grosso, nessa mesma sala, nesse mesmo ambiente, há cerca de um mês atrás, que foi colocada com muita intensidade pelos Secretários Municipais de Saúde, que aqui estiveram. É uma questão que nós vamos ter que enfrentar: é a questão da ética, dos valores, que é a questão do compromisso das pessoas dentro do serviço. Numa oficina de capacitação de recursos humanos, em que os conteúdos técnicos e administrativos dominavam, todos os participantes, quase que sem exceção, não deixaram de enfatizar que não adianta estarmos só treinando gente, capacitando gente, se nós não tivermos, paralelamente, uma discussão das questões do compromisso social, das questões candentes em relação à greve, em relação ao cumprimento da carga horária etc e tal. Então, esses desafios nós vamos ter que enfrentar.

Não tenho, para falar a verdade, a receita para eles. Certamente não é sob a forma de lições de moral, nem de treinamentos muito formais. É preciso abrir, acima de tudo, uma discussão que passe por esses planos e atinja também uma discussão mais ampla no plano da cidadania, dos que estão dentro do serviço da saúde e dos que dependem dos serviços da saúde. Eu acho que essa construção da cidadania tem que ser feita conjuntamente entre esses segmentos. Não vejo entre esses segmentos - seja de funcionário, ou seja lá o que for - nenhum em condições de transferir noções de cidadania, de um para o outro. Isso é uma noção que devemos construir juntos dentro da área da saúde.

Obrigado.

Perguntas do Auditório:

Como é procedido o repasse dos recursos do Fundo Nacional às prefeituras? E por que não é informado à população?

Armando Raggio:

Tivemos várias questões aqui. A primeira: Como é procedida a distribuição de repasse dos recursos do Fundo

Nacional às prefeituras? E porque não é informada à população?

Olha, você sabe que esta pergunta é muito interessante. O SUS faz repasse mais ou menos regular, quando o Ministério da Fazenda repassa o dinheiro. No entanto, não “cantamos” essa informação. É, eu acho que isso deve ser informado sim, não só na “Hora do Brasil”. Tem que por em todas as horas. No entanto, isso não é uma falha só do Ministério da Saúde, é uma falha do setor. Nós não “caca-rejamos os ovos que pomos”, não é? Sofremos para “pôr” um ovinho, mais ou menos no meio e não contamos para ninguém. Porque nós temos um escrúpulo muito grande de contar as coisas positivas que fazemos. É uma grande falha. Eu acho que a não informação, salvo exceção alguma que eu faço intencionalmente, não é com o intuito de se omitir, é uma coisa descuidada. Pode ser que a não informação seja para não ter que prestar contas, mas hoje nós estamos precisando tanto de fatos positivos que burro daquele que não conta que está chegando dinheiro e o que se está fazendo com o dinheiro.

Como vai ficar o repasse fundo a fundo, se em dezembro se extingue o Fundo Nacional?

Para vocês verem como é este negócio, a luta da implantação da saúde é uma luta de resistência, de construção. É como se vocês estivessem fazendo uma barragem sobre um rio caudaloso, de grande velocidade, que rompesse todos os diques provisórios que vocês fizessem para construir abaixo. Então, você tem que ficar cuidando a montante para evitar que as águas venham em cima da obra. E tem hora que você está segurando a obra com a mão e com outra está segurando a barragem. É desse jeito o dilema do sistema. E existe, eu tenho certeza que existe – olha, eu tenho tomado muito cuidado com este tipo de afirmação –, mas eu vou dizer isto, que eu estou definitivamente convencido de que há uma visão – que não se tem coragem de assumir publicamente entre segmentos do governo federal – de que esse sistema de saúde universal, que tem uma conta fixa para o governo, é indesejado. Então, tem um segmento do governo federal e de governos estaduais e de governos municipais, em proporções diferentes, que não deseja manter essa política pública financiada pelos Estados. Como não tem coragem de pôr a face, usam de expediente deste tipo. Dá o tapa e esconde a mão.

Houve um projeto de Emenda Constitucional, no Congresso Nacional, que nós conseguimos retirar – o presidente da República retirou – que modificava o Artigo 196: “Saúde é direito do povo e dever do Estado, conforme a

lei”. Aí ia arrebentar com tudo. E o cara que escreveu isso não assume quem foi. Dizem quem foi, mas ele nunca diz que foi ele. Bom, do mesmo modo que a gente arruma dinheiro, agora tem o sujeito que mandou a LDO lá, que omitiu o Fundo. Nós vamos brigar. O presidente da República vai dizer, pois, para o ministro, que não é nada disso, que ele é a favor do sistema, da Reforma do Estado, da saúde. E você fica entusiasmado. Ele manda, então, uma Medida Provisória que cria o Fundo, ou na Lei Orçamentária. Agora, tem um problema técnico. A pessoa me perguntou: é verdade isso?. É verdade. Todo o ano, quando faz a Lei de Diretrizes Orçamentárias, confirma o Fundo ou não e todo o ano o sujeito lá que faz isso, esquece; o cara esquece de pôr o negócio lá. Aí vem com a desculpa de que foi uma “falha técnica”. Não pode. Nós não somos tão burros assim, tão ingênuos, tão idiotas.

Como é que se faz? Tem que ir lá brigar de novo, tem de se fazer outra vez. Eu acho que na Lei Orçamentária pode ratificar isso, se não, tem de fazer Medida Provisória. Aí vai o ministro Adib Jatene, pacientemente, no Palácio do Planalto, de novo e conversa. Felizmente, nós temos o ministro que nós temos. O ministro tem uma “baba”! Aonde ele vai, vai convencendo, vai persuadindo. Não fosse isso, a perseverança, a determinação que ele tem brigado por essa questão, nós estaríamos com muito mais dificuldades. Temos informação de que o Fundo Nacional será extinto. Eu sou gestor municipal. Se o governo vai aplicar 10%, como é que eu fico? Para convencer meu prefeito: o autor falou comigo, então, eu posso dar mais detalhes. Ele diz o seguinte: “O prefeito não quer gastar. Aí eu convenço o prefeito que tem que ser 10%. Então como é que fica? Se o prefeito descobrir isto, ele tira o meu dinheiro”. E isso acontece em vários lugares. Aliás, eu acho que é uma atitude honesta de contar. É importante contar como é esta dificuldade mesmo. Tem muito município que gasta um monte de dinheiro do orçamento. Você vai ver o jeito que ele calcula, é de um jeito “a favor”. Se ele calcular “no seco” mesmo, dá muito menos.

Os Estados estão gastando, em média, 5%. A maioria dos Estados abaixo de 5%. No Estado do Paraná, por exemplo, a gente gasta 3,5%. Aqui eu não sei quanto é que está. Agora, eu posso dizer para vocês o seguinte: a equação de tributos e responsabilidades dos Estados é desequilibrada. Não justifico que haja pouco dinheiro na saúde, só estou dizendo que como a equação é desequilibrada, não tem manejo razoável e imediato para mudar tudo isso. Eu estou adotando a seguinte tática. Cada projeto novo que eu crio, eu peço financiamento para o governo e ele

paga. Então, estou conseguindo aumentar uma, duas, três e assim vai progressivamente aumentando. Primeiro, pode tirar o cavalo da chuva, porque ninguém vai te dar 10% do orçamento para você fazer o que quiser. Não vai! E o orçamento dos Estados está extremamente constrangido, como está o dos municípios.

Para vocês terem uma idéia, vejam bem, eu não estou falando isso para justificar, estou falando de acordo com a partilha, dá a média de pôr 10% do orçamento do Estado, 10% do orçamento do município e não mais, não mais do que isto. Porque tem que fazer escola, tem que fazer habitação, tem que fazer a política do emprego, uma série de coisas.

Agora isso não muda por decreto, o orçamento nacional; aliás, a soma do dinheiro arrecadado no Brasil pelo poder público: Federal, Estadual, Municipal – dá em torno de cento e cinquenta bilhões de dólares, pode ser mais ou menos conforme o ano. É uma faixa de 120 a 150.

Este dinheiro é distribuído mais ou menos assim: eu tenho segurança do que vou falar nos números grandes... O detalhe não é importante agora: 60%, pelo menos, é o governo federal que arrecada. Um lado de mérito, porque o governo federal é melhor arrecadador que o governo estadual e que o governo municipal. Eu tinha um professor de saúde pública que dizia o seguinte: “Cuidado com esse negócio que a municipalização é a solução para tudo. Porque os prefeitos anistiam os correligionários e sobretaxam os inimigos”. Porque ele tinha sido prefeito no interior, ele sabia como é que era essa Lei. Quer dizer, hoje é muito mais difícil de continuar esse tipo de prática, mas existe isto. Então, 60% da arrecadação brasileira fica no Governo Federal; em parte é mérito, porque o Governo Federal é melhor arrecadador; em parte é injusto, porque ele fica com a maior parte. 25% ficam para os Estados e 15% para os municípios. Esta distribuição do tributo por instância de governo é injusta. Tem que corrigir isto. Eu como Secretário de Estado, acho que nós devemos progredir até, pelo menos, 5% com a mesma política que está aí. Com a nova política tributária que se deve definir o ano que vem, existirão melhores possibilidades e aí a saúde de novo vai incomodar. Porque se não houver a reforma tributária, quebra a proposta do sistema de Saúde Universal, diferenciado, conforme a realidade de cada regional. Daqui a pouco vão criar uma coisinha só para desempregado, idoso com 87 anos e onze meses, coisas desse tipo. Então vamos ficar atentos, precisa da reforma tributária mesmo.

A última pergunta: A NOB-96 já está pronta? Já. Mas só na parte que diz respeito à Tripartite, que é o Ministro da Saúde, o CONASS e o CONASEMS. Ela vai ser aprimorada com o debate no Conselho Nacional de Saúde, na primeira semana de agosto. Nessa oportunidade, os municípios poderão mandar a sua contribuição; os Estados podem mandar; os usuários podem mandar; os sindicatos podem mandar, todos têm representação no Conselho Nacional de Saúde. Direta ou indiretamente, então podem mandar suas contribuições. Aqui na minha mão eu tenho uma versão, a Secretaria de Estado tem à disposição o documento que nós apresentamos para o Conselho Nacional de Saúde, que vai debater.

Quem fez, eu já contei. E quando começa a valer? Ela começa a valer na data da sua publicação em Diário Oficial; antes disso, vale a NOB 93.

Obrigado.

Intervenção de Wanderlei Pignati:

Bom, eu concordo com o palestrante quando diz que o sistema de saúde está errado. Lógico, nós estamos vivendo um sistema de doença, de atenção à doença e não de atenção à saúde, mas também tem 20 anos que eu participo, inclusive da reforma sanitária e nesses 20 anos nós vimos brigando por um novo modelo de prestação de serviço e mais recursos para a saúde. Essas duas coisas.

E até hoje continuamos brigando. Eu acho que a luta é bastante longa e vamos continuar brigando. Agora, eu pergunto para o Secretário do CONASS. Sem sentimentalismo, se ele acha que a CPMF vai implantar esse novo modelo que está aí e os recursos realmente são para diminuir a demanda reprimida que sair? É que eu vi falar que os recursos vão para pagar dívida. Pelo menos aqui no Mato Grosso é que está devendo um monte de fornecedor, está devendo para a Santa Casa, o Hospital Geral. É para pagar dívidas; quer dizer, não vai mudar o modelo. Então, será que vale a pena este novo imposto e não se engane que esse novo imposto não vai cair só acima de quem ganha 3 salários mínimos, porque o governo já diz que ele vai gerar uma inflação de 1,5%, porquê? Porque os empresários que são contra o SUS vão repassar este imposto para o custo e vai gerar 1,5% de inflação e aí é muito 1,5% de inflação. É a primeira pergunta que eu faço.

A segunda é porque o CONASS, junto com o Jatene, não briga para valer igual ele brigou para aprovar a CPMF, em relação, por exemplo, ao seguro-acidente. Porque o

seguro-acidente que as empresas pagam, em torno de 1% ou 2%, dependendo do risco? Esse vai para onde? Vai para a previdência e eu escutei falar, está nos jornais de ontem, viu, Secretário, está aqui que FHC vai privatizar os seguros por acidente trabalho. Quer dizer é muito dinheiro, porque ele não pega esse dinheiro e coloca no SUS? Por que o acidentado hoje é atendido aonde? É atendido no SUS, e acidentado dá muito trabalho. Quem está aí na rede sabe que o acidentado de trabalho dá muito trabalho, e gasta muito dinheiro. Ele vai privatizar, quer dizer vai passar os seguros-acidentes para os banqueiros novamente e é uma fonte imensa de recursos. É uma briga que o CONASS tem que comprar.

Outra questão é o ressarcimento daquele que tem o seguro privado, ou o plano de saúde privado, que é atendido na rede pública. E esse plano teria que ressarcir a rede pública e não só colocar na norma operacional, que não resolve. Tem que ter uma Lei específica para isso, para valer, igual Jatene fez com a CPMF.

E uma última pergunta é para o pessoal representante do Estado. Se estamos procurando mais uma fonte de recurso, eu pergunto, cadê a parte da saúde do IPEMAT, onde que está este dinheiro? Será que o gato comeu? Porque, está na nossa constituição estadual que a parte da saúde do IPEMAT seria repassado para o SUS e acontecem várias coisas... Até hoje, não se viu esse dinheiro no SUS, e outra: o governo faz, simplesmente, retirar, quer dizer tirar do salário, mas não deposita na conta do IPEMAT, e por isso que o IPEMAT faliu. Não é por culpa dos servidores, porque do seu salário está saindo descontado todo mês. Eu pergunto. Onde que está este dinheiro? Para o representante do Estado. E quando é que eles vão cumprir a constituição. E repassar este dinheiro para o SUS. Já que é uma fonte de dinheiro?

Obrigado.

Armando Raggio:

No que me diz respeito eu não estou trabalhando para o novo modelo de prestação de serviço de saúde. Isto é uma visão muito estreita. Saúde não é uma reparação do agravo só. Saúde é o produto das relações em sociedade. Não há medicina, por mais bem intencionada e honesta que seja, e quanto mais honesta, mais ela vai declarar isto, que seja capaz de fazer uma população saudável. O que faz uma população saudável são as relações de governos com a sociedade e da sociedade com os diversos segmen-

tos entre si. Infelizmente as pessoas adoecem, precisam da medicina. Ela é útil e indispensável, mas eu não estou trabalhando para montar um sistema de seguro para a manutenção dos serviços médicos, hospitalares, farmacêuticos, só; isso é pouco. Embora isso não esteja satisfatoriamente operacionalizado, a reforma sanitária não é uma reestruturação de um setor. É uma nova atitude perante o desafio de produzir mais saúde e reparar melhor a doença. Só um segmento não dá.

O ministro Jatene não é o ministro apenas para correr atrás da questão tributária. Ele foi atrás, porque esse governo não cuidou dessa questão. Ele não precisa de advogado. Eu estou falando aqui por uma questão de justiça. O ministro Jatene foi colocado diante da insolvência imediata do sistema. Fecharam-lhe todas as portas. Ele descobriu uma fresta, deixaram que ele introduzisse e ele conseguiu persuadir. Se esse governo tivesse com o setor tributário a atitude que o ministro teve, as coisas estariam muito melhores. Então, a observação do delegado tem procedência. Eu compartilho da sua preocupação, mas, faço esse reparo: os recursos dos acidentes podem ser pagos por resseguro. Eu tenho acompanhado isso, é uma discussão que vai e volta. E eu estou esperando comprovação por parte do Ministério de que os seguros estão fazendo o seu depósito por resseguro no Fundo Nacional de Saúde. O quê, que é isso? É estornar o quanto de fato acontece de sinistro e quanto que cabe aos seguros pagarem para o Fundo. É uma briga do Ministro, é uma briga do Secretário Executivo e nós estamos acompanhando. Eu não vi a comprovação de que os seguros já depositaram.

Quanto a esta questão da geração de inflação? Se você leu isto no mesmo jornal que diz que a CPMF não ia passar... No mesmo dia, eles não disseram a mesma coisa, mas em dias anteriores eles disseram. Todos os jornais do Brasil disseram. Que a CPMF não iria passar. Eu não acredito que a CPMF vai gerar 1,5% de inflação, por que não houve uma redução de 1,5% de inflação do dia 31 de dezembro 1994, para o dia 1º de janeiro de 1995.

Agora, eu sou contra a secessão de impostos que o Brasil tem. É verdade, é muito incômodo. Essa solução de CPMF teve muito mais valor como uma afirmação de uma luta diante da insolvência, do que como solução estruturante. Não é uma solução estruturante, não é mesmo, nem vamos nos iludir. E sabe o que vai acontecer de pior, o que vão dizer daqui a pouco, que nós arrumamos dinheiro para a saúde, 4 bilhões e agora tem que resolver tudo. Então, eu acho que a polêmica que se criou em torno

da saúde foi mais valiosa do que os 4 bilhões; por que 4 bilhões? Se o ministro executar 11 vai dar 15; 15 é a metade do que seria razoável para fazer um sistema de saúde. Sem exagero, no Brasil inteiro, na base de 200 dólares por habitante. Qualquer plano de saúde, por mais econômico que seja, custa 240 dólares por habitante, por ano. Então, se conseguíssemos chegar a 150, 200 dólares, daria trinta bilhões por ano. Nós não vamos passar de quinze. Então, na verdade esse é um momento conjuntural e que se colocou a saúde diante de um plebiscito; nesse sentido valeu; do ponto de vista estruturante, não valeu. O dinheiro vem aí para pagar compromissos de agosto para frente, e compromissos de janeiro até agosto que não foram cumpridos. Aquele abono de 25% vai ter que ser pago. Tem aí duas faturas atrasadas, 1,75 faturas atrasadas.

As Santas Casas, os Hospitais Municipais, estão sem poder sustentar os funcionários, estão sem poder sustentar fornecedor. Como que não vai pagar os compromissos que já se estabeleceram? Tem gente dizendo assim: “pega esse dinheiro e põe no Estado”. Como se a garantia do público fosse pôr o dinheiro nas estruturas dos Estados e dos Municípios. Estados e Municípios têm orçamentos, têm créditos, têm outros mecanismos. Os Estados e Municípios que se “virem” também do ponto de vista de prover outras fontes, e façam suas opções também. O serviço que foi feito tem que ser pago Não no sentido de que nós vamos pôr o dinheiro no particular. Aliás é paranóia pensar que essa conta e esse tipo de tabela estejam enriquecendo alguém. Então, não é nesse sentido, não estou achando que sua pergunta contém isto, ou que você está falando. É o limite de 4 bilhões e é muito pouco mesmo, vai pagar aí uns 2 bilhões que estão atrasados. Vai sobrar 2 bilhões para levar até o fim do ano e nós vamos continuar com problemas. Agora, ganhamos o seguinte: não quebrem em agosto. O problema vai ficar para dezembro. Outra guerra de novo que nós vamos ter que fazer.

Intervenção de Thiers Ferreira:

Bem, eu sou, atualmente, o Presidente do Instituto de Previdência do Estado de MT-IPEMAT, e gostaria de responder. O IPEMAT foi citado pelo Dr. Pignati. Eu gostaria de responder em rápidas palavras a situação do Instituto hoje. O Instituto, na realidade, foi extinto em 1989, pela Constituição Estadual de 1990, pela Lei Complementar nº 04/90 com atribuições de aposentadorias, de responsabilidade pelas aposentadorias do IPEMAT... ficaram para os órgãos de origem do servidor. Nessas alturas, hoje o IPEMAT

é um mero compositor de processo (...) estuda os processos e, na realidade, quando a aposentadoria é concedida, ela vai para o órgão de origem, é pagar os seus aposentados. Então, veja bem, isso foi criado alguns anos atrás e os governos posteriores a esta data não tomaram uma iniciativa de consertar isto ou atingir de fato o IPEMAT, porque o IPEMAT na realidade só trabalha hoje de fato, não de direito e eu só quero dar alguns dados para que as pessoas entendam o que se passa hoje na previdência do Estado de Mato Grosso.

O Estado de Mato Grosso paga, hoje, 8.800.000 reais aos seus inativos e arrecada nessa contribuição falada pelo Dr. Pignati um total de 2.127.000 reais; então nós temos um déficit mensal de 6.673.000 reais de pagamento de inativos. E vocês vejam bem que é um sistema completamente deficitário e que é impossível permanecer da maneira que está. Eu peço que o IPEMAT deva ser um instituto que separe as duas coisas: Previdência do Estado e Assistência Médica, que é obrigatória na legislação.

Existe uma legislação completamente assistencialista e irresponsável com relação aos benefícios que acontecem hoje na previdência do Estado de Mato Grosso. Vou dar somente um exemplo. A questão do auxílio funeral, que por incrível que pareça eu estou sofrendo ações executivas para ter que pagar o auxílio funeral. É um absurdo isso, mas por que isso aconteceu? Por que na legislação o legislador disse que para se pagar o auxílio funeral, eu tenho que pagar três vezes a remuneração do funcionário e eu fico rezando para não morrer ninguém da Secretaria da Fazenda, por que são os altos salários do Estado e eu pago auxílio funeral de 18 mil, 25, de 30 mil reais; são uns absurdos da legislação assistencialista e irresponsável do passado e que nós estamos procurando consertar. Só que não podemos fazê-lo em tão pouco tempo de administração no governo. Essa segunda-feira próxima, agora, está chegando uma equipe de técnicos do Banco Mundial, para que possa fazer estudos, para que esse instituto possa prevalecer para o futuro, porque, o primeiro Estado atuarial do IPEMAT, quando ele foi feito, em 1961, para que o instituto fosse implantado, os técnicos em... atuários... já diziam naquela época que o instituto tinha vida para cinco anos e de lá para cá o instituto vem sobrevivendo dessa maneira.

Muitos governos tiraram o dinheiro do IPEMAT, da contribuição, o exemplo: o governo Pedro Pedrossian, em 1968 e 1969, tirou 2 milhões e 400 mil reais do IPEMAT com um contrato que previa pagamentos de juros, que previa um

pagamento de multa se não fizessem o retorno do dinheiro em tempo hábil. Isso nunca aconteceu. Então, é uma soma de irresponsabilidades e por incrível que pareça, eu tenho o original desse contrato, mas não existe na contabilidade do Estado esse dinheiro no IPEMAT, e pior ainda, não existe na contabilidade do IPEMAT o empréstimo desse dinheiro. Então são somas de irresponsabilidade que nós estamos tentando consertar e faremos isso com certeza, mas é preciso um pouco mais de paciência do servidor nessa área.

Eu gostaria que – infelizmente a gente não pode estar prolongando com essa exposição – mas eu gostaria que aqueles que tivessem dúvidas, eu estarei aqui ainda, pela tarde inteira e posso responder às dúvidas que os servidores tenham por acaso, e é bom que se diga também que o IPEMAT é um instituto de previdência, mas ele é só cobrado pela assistência médica. Então, toda vez que o servidor fala: “Eu pago esse IPEMAT e não tenho nenhum benefício. Quando eu preciso, ele não me serve”. Mas é bom que se veja que esse dinheiro está sendo pago, está sendo juntado para sua futura aposentadoria.

Perguntas ao Dr. Antônio José Presidente da Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais:

Nesse novo modelo proposto, qual será o futuro da CEME? Pois até então só serve como instrumento de corrupção e política. Qual é a sua opinião, extingue ou muda o papel?

Antônio José:

Uma pergunta que eu até gostaria de ter comentado, mas em função do tempo não o fiz, mas é uma pergunta que dá prazer em responder aqui, é a questão da CEME, Central de Medicamentos. Então, veja bem, eu posso falar com um certo conhecimento de causa, porque eu fui diretor da CEME logo depois do governo Collor. Na realidade, encontramos inúmeras irregularidades. Vou citar duas: existiam no porto de Santos oitenta mil máscaras que eles diziam servir para os aidéticos, porque continham determinado medicamento e eles, os aidéticos, tinham que ingerir este medicamento através da máscara e na época estava faltando no Brasil; e oitenta mil máscara no porto, abandonadas. Na época os jornais de São Paulo, a Folha e o Estadão, noticiavam os momentos dramáticos de pessoas que precisavam dessas máscaras e não poderiam, não

encontravam na rede hospitalar. Então oitenta mil máscaras: ou a CEME liberaria ou iriam para leilão. Seria mais um escândalo, e, vejam bem, toda sorte de denúncia na época existiam: de superfaturamento, de subfaturamento, de reprovação pelo FDI, e uma série de irregularidades que constava no processo e nós tivemos que tomar uma decisão. Ou aprovava ou reprovava o produto. Então, os hospitais já não acreditavam mais... Vocês mandavam amostras para os hospitais analisarem e ver se as máscaras teriam utilidade ou não, eles não acreditavam mais. Então tivemos que na caneta dizer: “Está aprovado, vamos utilizar”. Sobre o risco de responder processos no futuro. Então veja bem, uma questão importante como esta estava abandonada no Porto de Santos. O que é que se dizia: que o povo na época importou e não conseguiu receber a propina, então decidiu-se abandonar o produto.

Tinha outro caso: 400 toneladas de matéria-prima inservível para produzir medicamentos estavam armazenadas no Rio de Janeiro, num grande armazém. O aluguel deste armazém era quase igual do aluguel do edifício sede em Brasília. Tinha toda sorte de princípios ativos controlados, tipo morfina, princípios ativos explosivos, álcool... então, um estoque avaliado em cinco milhões de dólares. Diziam que as pessoas compravam, obviamente para ganhar comissão e deixavam lá, estocado, não é, traziam matéria-prima reprovada de outros Estados para ganhar com transportadoras. Então veja bem; uma série de irregularidades que nós fomos aos poucos investigando.

Vemos, ainda hoje, algumas irregularidades na Central de Medicamentos ou no Conselho Nacional de Saúde ou através da imprensa, irregularidades do tipo como eu recebi numa outra pergunta: “recebemos dipiridamol ou vepamil, onde precisamos de dipirona ou mebendazol”. Então, na realidade, as informações não fluem como pensamos, como desejaríamos que fluíssem. Então existem algumas irregularidades, mas terão que ser combatidas, terão que ser corrigidas. E aí, não existe mais corrupção? Eu acho que existe um acerto no sistema da CEME no que concerne à distribuição de medicamentos, porque a Central de Medicamentos, ela compra medicamentos essenciais de uso contínuo para atender aos programas do Ministério de Saúde... então, o que ela compra é o que o Ministério, é que as áreas demandam. O que a distribuição precisa é de um reparo, precisa de um trabalho maior.

Nós somos favoráveis à existência da CEME. Nós demos aqui alguns exemplos: a compra num volume maior diminui o custo, não é? Isto é indiscutível. Caso não haja

esse órgão centralizador, os municípios vão comprar, e vão comprar às vezes na farmácia, porque não têm capacidade de fazer uma concorrência grande. Aí, os grandes grupos fazem cartel. Então, seria prejudicial, obviamente. A CEME, na época, comprava mais de trezentos itens. Então, o que a CEME tem que atender, e que está atendendo, e que deverá continuar atendendo, são os projetos do governo, do Ministério da Saúde.

Agora, a CEME não é só comprar e vender, não é só comprar e distribuir medicamentos. Ela tem um papel importante na modernização dos laboratórios oficiais; possivelmente vai ajudar aqui em Mato Grosso. E desenvolve um papel importante na pesquisa, tanto de fitoterapia quanto de matéria-prima. Um exemplo: o desenvolvimento do AZT, do dizaciclovide, do aciclovide, uma série de medicamentos que foram feitos com o dinheiro da CEME.

Uma outra pergunta: como deve ser revertido o quadro de 35% do mercado nacional e 65% do mercado multinacional? Então, o que nós temos que fazer é investir no parque industrial farmacêutico, tanto privado como estatal e estimular o desenvolvimento e a pesquisa. Será um processo longo talvez de dez, vinte ou trinta anos. Mas temos que ser perseverantes e levar à frente.

Agora, para concluir, eu gostaria de mostrar para vocês... No aeroporto em São Paulo, eu comprei esta revista *Siam se vi* (sic) e tem um artigo interessante 'Le France – la maladie de ses médicaments' – 'A França – a doença de seus medicamentos', traduzindo. A França está reclamando que o Ibuprofeno nos Estados Unidos custa dezessete centavos. Esse mesmo medicamento na França custa cinquenta e oito centavos com o nome de Advil; custa sessenta e quatro centavos com o nome de Narofim e custa quarenta com o nome de Alufini. Então, veja bem, a França está passando por problemas graves. Os Estados Unidos também. Então, a questão de medicamentos é grave, para a França, para os Estados Unidos e para o Brasil é mais grave ainda. É por isso que eu solicitei uma maior atenção, maior calma; a discussão de medicamentos tem que ser dentro de uma certa coerência.

Muito obrigado.

Intervenção de Maria Glessian:

A pergunta é para a Elisete. Sou Maria Glessian, do Conselho Municipal de Saúde de Tangará da Serra. Represento os usuários, as entidades religiosas, mais precisamente a igreja evangélica luterana. Para construir um mode-

lo de atenção à saúde é necessário que haja recursos humanos capacitados e suficientes. E nós sabemos que, nos municípios, há falta de recursos humanos e eu tenho conhecimento de profissionais que há anos estão trabalhando, fizeram o concurso e foram aprovados em 1994 e não foram empossados ainda. O que vai acontecer com eles, já que a Secretaria do Estado já está planejando um outro concurso?

Elisete Duarte:

Eu vou ser breve. Maria, o concurso que foi realizado em 94, ele está dentro do prazo de vigência dele até outubro deste ano, podendo ser prorrogado por mais dois anos. Os concursos que estão sendo planejados são em relação a cargos que não foram ofertados nesse concurso público ou para cargos onde já se esgotou o chamamento de candidatos aprovados ou classificados. Tá, então, nós só não fizemos o chamamento de todos os aprovados habilitados no concurso público por que isso ia gerar uma distorção, já que não entendemos a lógica em que ele foi realizado. Nós tivemos 1800 vagas oferecidas para a Secretaria Estadual de Saúde e nada... a lógica do oferecimento dessas vagas não bate com as necessidades dos serviços e nem sequer com o quadro dos servidores não-estáveis por cargo, por Pólo, por município. Então, o chamamento imediato dos dois mil e oitocentos aprovados para a Saúde seria uma coisa irresponsável e inconseqüente. Mas, no entanto, nós já fizemos nomeação e posse em torno de 550 candidatos que foram aprovados e incorporados ao serviço público estadual agora em situação regular, absolutamente regular.

Para o interior, falo de Sinop, já foram duas nomeações; São Félix do Araguaia nomeou agora; Juína, Alta Floresta, Cáceres... Tangará não; Barra do Garças, Diamantino e Rondonópolis já estão planejando nessas cidades, mas quem faz a nomeação é a Secretaria de Administração, e esse chamamento tem que ser compatível com o número de vagas que temos. Então, em relação aos servidores não-estáveis que estavam em situação irregular ou contratos temporários, nós fizemos desligamentos dessas situações e abrimos igual número de vagas para chamar, pelo concurso público. Um desligamento por uma nomeação, já que nós temos que manter a estabilidade da folha frente à crise financeira do Estado, entendeu? Então, o concurso está dentro do prazo de validade, dentro do prazo de vigência dele e os novos concursos são para as áreas onde já se esgotou o chamamento ou não foram oferecidas va-

gas, por exemplo: na área de informática não foi oferecida nenhuma vaga, nem para analista, nem para programador, nem para digitador e são imprescindíveis; na área do sangue poucos cargos foram oferecidos, especificamente, por exemplo, para necessidade do Hemocentro. Então nesse caso nós estamos planejando novos concursos.

A ordem de aprovação no concurso, ela tem que ser respeitada rigorosamente, então o servidor que era não-estável contratado depois de 1988, ele pode ter sido desligado e, mesmo que ele esteja aprovado no concurso, dependendo da ordem da aprovação ele não foi chamado, e também não existe a garantia de que ele será chamado. O que a gente está tentando fazer é regularizar o número maior de situações possíveis, mas a ordem de aprovação no concurso, essa não pode ser alterada de forma nenhuma; tem que ser rigorosamente seguida dentro dos números de vagas que você chama e seguindo a ordem de aprovação.

Pergunta a Flávio Goulart:

Na questão Bipartite, Tripartite, para ficar bem claro, nós não somos contra tais instâncias e sim, dada sua importância, é que ela deve ser séria e transparente. O fato é que aqui em Mato Grosso se demonstra que a política-gem dá a definição da gestão que acaba “beneficiando” de modo inescrupuloso alguns municípios, que são “daquela turma”. E outros são testados de modo diferente. O que o senhor propõe de concreto para que aqui em Mato Grosso e em outros Estados passamos garantir a transparência da Bipartite, para que ela possa trabalhar a favor desse novo modelo?

Flávio Goulart:

Bom, procurando ser bem sucinto, até porque são apenas duas questões que foram dirigidas a mim pela mesa. A primeira é em relação àquela polêmica da Comissão Bipartite, que eu levantei aqui.

Bom, eu faria uma pergunta em princípio: “se a Bipartite não é legítima, quem o será?” Bipartite que tem a metade de seus representantes estaduais e a metade municipais... Alguém poderia me dizer: “Bom, o Conselho...”, mas no meu entendimento o Conselho tem outra finalidade. O conselho tem até uma finalidade mais nobre, que é a formulação política, que é a fiscalização, as grandes deliberações... deliberações estratégicas em relação ao sistema. A Bipartite é algo para poder conduzir, executivamente, o sistema no

seu dia-a-dia. Então, se a Bipartite está – diz aqui o nosso companheiro – “pouco clara, pouco transparente”, a luta tem que ser para que ela se transforme numa instância mais clara, mais transparente, mais efetiva, até porque ela é submetida também ao mecanismo de controle social. Então, eu acho que está acontecendo isso com a Bipartite de Mato Grosso, ou com a Bipartite de outros Estados. É ideal que a questão seja amplamente discutida e modificando o que for necessário.

Agora, a legitimidade da Bipartite me parece intrínseca, porque estão presentes até duas instâncias interessadas da questão da gestão, no dia-a-dia do sistema. Eu fico pensando... Não é só querer comparar com o passado... Não! Mas, em outros tempos, toda a negociação, referente aos recursos de assistência hospitalar e ambulatorial, era tratada diretamente na Capital do Estado ou na Capital da República, pelo Ministro ou pelo Secretário, com os donos de hospital; venhamos e convenhamos, há um avanço muito grande na medida que se incorpora esses atores estaduais e municipais no processo. Também insisto que a Bipartite é algo para ser fiscalizado.

Bom, a outra pergunta eu vou resumir. É sobre o porquê da não existência de uma política que garanta o atendimento da Terceira Idade, com geriatra, gerontólogos etc. A pergunta foi encaminhada a mim e eu me interessei pela questão e eu gostaria assim de respondê-la.

Nós vivemos no Brasil um problema muito sério de transição demográfica; o nosso problema, hoje, não é o das crianças que estão nascendo em excesso, até pelo contrário, o Brasil gradualmente caminha para redução de número de filhos por família; e caminha para a redução da taxa de natalidade. Nós estamos arcando com uma explosão de adolescentes que nasceram realmente numa época em que havia uma explosão de nascimento, mas os nascimentos diminuíram muito e estamos arcando ou vamos arcar com uma fortíssima explosão de idosos. A estimativa que se tem é incrível, até quando eu vi o dado pela primeira vez eu me assustei e fui conferir, mas é isso mesmo. Para os próximos 15 anos, ou seja, até 2010, nós teremos a incorporação de um milhão de idosos por ano na população. Vão chegar um milhão de novos idosos. Vão chegar, não, vão sobreviver, um milhão de novos idosos por ano. Imagine o que significa isso. Nem nas épocas de maior imigração no Brasil se conseguiu trazer tanta gente nova. Não é, então, os 18 milhões de idosos que o Brasil tem hoje. Ele terá daqui a 15 anos mais de 20 milhões de idosos.

Agora, não é só o sistema de saúde que não está preparado para atender essas pessoas não; os sistemas de assistência, o sistema de transporte... os ônibus brasileiros têm os degraus para subir na parte alta. Quer dizer: a pessoa idosa nem consegue entrar dentro de um ônibus para poder se locomover. As ruas têm sinais de trânsito. Eu pergunto: “a própria sociedade brasileira está preparada para poder receber os seus idosos?” O caso da clínica do Rio de Janeiro, Santa Genoveva, mostra muito bem que a falha é no sistema da saúde, mas é também da sociedade, que não tem onde colocar os idosos e acabaram colocando numa... é, num campo de concentração daqueles. Então essa é uma questão de todos nós. Sem dúvida nenhuma, a pessoa que levantou a questão, a nossa companheira Maria da Conceição Mattos, tem toda a razão de levantar esta questão. A sociedade brasileira, o sistema de saúde brasileiro, o sistema de transporte brasileiro, o sistema de assistência social, não é... As autoridades, às vezes, não estão preparadas para enfrentar esta questão. Realmente não estão preparados... um milhão a mais de idosos por ano... Se não começarmos a preocupar com isso já, não daremos conta. Falta uma política de atenção ao idoso realmente nesse país.

Intervenção de João de Deus da Silva Filho:

Bom, eu queria me ater a duas questões que eu acho que são de fundamental importância. Uma é na questão do financiamento e a outra questão é a dos recursos humanos. Nós sabemos que aqui em Mato Grosso não é diferente da realidade de todo o país onde se fala em financiamento. Notamos que a maior parte dos municípios, hoje, somente investe em cima do que a Lei Orgânica, Lei 8080 diz: que é, no mínimo, 10%. Temos analisado que qualquer município, desse Estado, investiu 6, 7, 10, 15 e tem município que investiu até 20%. No entanto, não existe contrapartida na questão do financiamento do Governo, da Secretaria e do Governo Federal. Quando o Governo joga, ele joga centralizado através de suas organizações nos Estados. Então, eu queria ver qual seria o mecanismo... A primeira pergunta seria esta: “Qual o mecanismo de se resolver isso na questão mesmo de garantir a Lei?” Se temos a garantia da Lei, não precisamos estar brigando aí pelo CPMF. E a segunda pergunta vem direcionada ao recursos humanos. Vemos que aqui, principalmente, aqui em Mato Grosso, que sabemos que não é diferente das outras realidades, hoje os recursos humanos do SUS, principalmente, na questão das endemias e dos agentes comunitários de saúde, que estão dentro desse plano aí, não

se tem política nenhuma; onde as pessoas são contratadas, não através de concurso público e o salário dele chega a 100 reais e ainda diz que não tem garantia do pagamento, por quê? Porque os municípios não têm condições, tendo em vista a alta carga tributária que ele joga.

Então, eu queria ver o que se pode fazer através do Ministério da Saúde; através de que instância seja, para garantir o pagamento dos recursos humanos, principalmente, dos que estão localizados no SUS. E uma outra coisa também que não dá para se falar em integração do Sistema Único de Saúde... Não dá para ter uma isonomia. Acontece que nas três esferas essa coisa é clara e nós nos sentimos como servidor da ponta... a gente sente... muitas vezes, eu trabalho como servidor da Fundação Nacional de Saúde ganhando 600 a 700 reais, quando o companheiro meu qualificado igualzinho a mim ganha 100 reais. Então, é o seguinte, não se pode colocar essa situação, espero que os companheiros usuários, os mais necessitados dessa construção, mesmo do SUS, possam entrar nessa briga. Então, o que é que se pode fazer? E dizer que isso é uma das grandes dificuldades para consolidação do Sistema Único de Saúde. E colocar na fala do companheiro aí, onde ele diz, no entanto, que o governo tem que bancar seus compromissos com as organizações. Porque fez compromisso tem que pagar. Então, que use o mecanismo para pagar e matar a fome do trabalhador da saúde também.

Flávio Goulart:

Olha, João de Deus, sobre o mecanismo da contrapartida que você perguntou, na Norma Operacional-96, que deve ser aprovada no Conselho Nacional no mês que vem, está embutido o recurso institucional mais adequado para isto e eu quero advertir vocês todos que nós fizemos essa negociação com a profunda clareza do CONASS e do CONASEMS. Hoje, Estados e Municípios faturam contra o SUS e o SUS é o caixa do Ministério da Saúde. Se o Ministério da Saúde não tem caixa, vai na Fazenda; não tem caixa inventa CPMF etc. Isso vai acabar não no sentido de que a questão orçamentária vai estar resolvida; você vai ter um teto de recurso, você vai ter que funcionar dentro dele: novo recurso, só com novo orçamento. Então, as coisas dos municípios e dos Estados serem faturadores de serviços realizados contra o Ministério da Saúde vai acabar progressivamente, de uma forma acelerada a partir da NOB-96. Daí vocês estão lá no município com problema para resolver e você tem o dinheiro de dez mil reais que veio do

Ministério da Saúde e não vai vir mais do que aquilo naquele mês. Você tem lá dois, três mil reais próprios e está faltando cinco, seis. Você vai bater nas portas do Estado... Então vai voltar um negócio. Você é mais novo... Talvez tenha participado ainda, muitos aqui eu tenho certeza que participaram... No começo das Ações Integradas de Saúde tinha um sistema que chamava “Programação Orçamentária Integrada”, isso vai voltar. Por exemplo, atualmente, como o Ministério paga a conta para o prestador, falta dinheiro dentro do Ministério para dar sustentação para a Fundação Nacional funcionar, para a Fiocruz funcionar e outros. Isto pode continuar existindo, mas provavelmente vai acabar com esta obrigação absoluta do Ministério colocar todo o dinheiro e cortar na própria carne para pagar contas do serviço prestado.

Então, não tem solução imediata, mas começou um processo progressivo de assunção conjunta de responsabilidades pela saúde; que dizer: os Estados vão ter que se coçar e olhar. Eu concordo com o que você disse que o dinheiro novo vem do município na maioria, mas tem município que espera fazer SUS, e com o SUS tocar saúde, educação e outras coisas. Aí não dá, não é possível. Aqui tem um Secretário Municipal de Saúde que contou a história dele: organizou tudo; conseguiu controlar sarampo, vacinar 126%; tudo. Quando estava tudo funcionando direitinho, que ele tinha caixa, o prefeito começou a gastar o dinheiro da saúde, então a pergunta dele: “O que vai acontecer. O que pode ser feito para não impedir o desmanche de um serviço que foi bem organizado?” Então, eu digo o seguinte: O dinheiro arrecadado por serviço prestado pode ser gasto em qualquer coisa. Se o município tem um hospital ou um posto de saúde, qualquer coisa que presta serviço efetivamente, faz uma fatura contra o SUS e recebe aquilo. É arrecadação, é renda do município. Se é renda do município, pode ser gasta em obras, em equipamentos, em manutenção e até em recursos humanos.

Vamos explicitar isso, porque às vezes as pessoas dizem... não! Isso é dinheiro da Saúde: não pode pagar pessoal. Não é verdade! O dinheiro que entra mediante fatura por arrecadação pode ser gasto em todas as atividades, desde investimento em obra, em equipamento, manutenção e até pagamento de pessoal. Se alguém precisa esconder essa informação para tocar seu orçamento eu desmanchei o jogo. Eu estou contando que pode desde que o Tribunal de Contas aprove as contas. Agora, quando o dinheiro vem pelo Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, só pode ficar no setor de Saúde. Então, a Norma Operacional nova também não é a tábua de

salvação de tudo. Mas ela tem esse componente e no fundo a questão é política, porque na verdade a Saúde é uma questão política. Por isso que é importante Conferência; por isso que é importante Conselho, porque se ninguém segurar junto, não é o Secretário, por mais bem intencionado e honesto que ele seja, que vai segurar sozinho. Vi muitas vezes Secretários decepcionados com o resultado de seu trabalho, quando começa a ficar importante.

Quer ver outra coisa que acontece. Você tem uma secretariazinha... Lá, ninguém está ligando para ela. Daí você vai lá, trabalha sério, aí começa a dar rendimento, fica importante. Aí os grupos políticos da cidade na próxima eleição não deixam mais um técnico profissional tocar: já tomam conta. Então isso está acontecendo com o SUS. O SUS está sendo condenado pelo que está acertando. Também existe isso e isso é uma dimensão política. Não estou justificando. Eu acho que a política pode ser tudo, desde a prática mais perversa até a realização plena do cidadão. Mas eu digo que a política é como resultado de interesses que entram em um jogo: uns perdem outros ganham. Isso vai existir sempre. Então, nós estamos aqui vivendo um momento de clareza cada vez maior da dimensão política da saúde. A saúde é uma técnica, a saúde é um desafio administrativo e acima de tudo é um desafio político. Quando você fizer o seu projeto político lá, que você está trabalhando, pense sempre nas três variáveis: técnica, política e administrativa. Nenhum projeto se sustenta se não for competente nas três esferas.

Perguntas a Elisete Duarte:

Como negar que um salário defasado, em atraso, sabote qualquer sonho de melhorias na saúde pública? Que perspectiva para corrigir esta lógica e não se investir nos salários e até mesmo nos trabalhadores de nível estadual?

Elisete Duarte:

Eu acho que o salário atrasado atrapalha qualquer trabalho, mas eu acho que a maior sabotagem é não ter um sonho, um sonho coletivo a ser construído e isso sim é o que desmobiliza; é o que não faz a gente avançar. O salário atrasado é um fato que não é só no Estado de Mato Grosso. A crise financeira é um fato, que não é só no Estado de Mato Grosso; está sendo compartilhada, infelizmente, por muitos municípios e muitos Estados, e ela tem que ser reconhecida e encarada com transparência, junto à representação dos trabalhadores. Eu acho que isso não há o

que discutir. Mas não entendo que seja a única coisa que mobiliza os trabalhadores, e o exemplo disso está aqui. Nós conseguimos organizar essa Conferência com a participação maciça dos trabalhadores; uma participação importante dos trabalhadores e esse processo foi ascendente. Os municípios também estão com os salários atrasados e 90% dos municípios do Estado realizaram suas Conferências para discutir estas questões. Então, eu acho que o que desmobiliza é a falta de um projeto coletivo a ser construído.

Outra pergunta se refere à participação da Universidade. “Eu gostaria de comentar como está enquadrada, nesse sistema, a formação dos profissionais de saúde. Como estão as nossas universidades?”

Bom, especificamente com relação à Universidade Federal de Mato Grosso, que é com quem buscamos uma parceria mais estreita, eu acho que avançamos muito e já conseguimos superar pelo menos aquele discurso meio vazio que falamos, onde o serviço joga pedra na universidade e diz que não forma profissional com perfil adequado para sua rede, e que a universidade joga pedra no serviço, dizendo que não existe um projeto claramente definido para que se formem profissionais com um perfil que o serviço reclama. Então, essa fase já superamos por algum tempo e temos conseguido avançar em algumas situações bastante promissoras. A universidade faz, pela primeira vez, um encontro onde discute a Conferência, a sua participação na Conferência Estadual de Saúde. Fez este ano. A sua representação no Conselho Estadual de Saúde tem estado presente e tem participado com alguma representação. Então, eu acho alguns projetos, estágios integrados, interiorização, e outros projetos, muitas experiências que talvez eu desconheça, têm sido encaminhados em parceria com a universidade. E reconhecemos a universidade como parceira fundamental, além da produção, im-

prescindível no desenvolvimento de uma política de recursos humanos. Quer dizer, além da Universidade Federal, além da produção de conhecimento e além da formação em nível de graduação e dos profissionais da área de saúde e das outras áreas necessárias ao sistema, nós vislumbramos, dentro do processo de educação continuada, da formação de especialistas, da formação de gerentes, inúmeras possibilidades onde a universidade entra como parceria fundamental.

Eu acho que a fase inicial e ardua entre os serviços e a universidade já foi, há algum tempo, superada. Especialmente a Faculdade de Enfermagem e Nutrição, Faculdade de Ciências Médicas, e muito mais o Instituto de Saúde Coletiva, têm-se mostrado presentes em todas as discussões do Sistema Único de Saúde e têm sido constituídas parcerias nessa caminhada, nesse processo. Entendemos que o Estado tem que assumir um papel, que hoje não pode ser delegado a ninguém, que é da coordenação de uma Política de Recursos Humanos; mas a execução desse processo não é entendida de forma isolada e solitária.

A próxima pergunta é sobre um projeto para capacitação e reciclagem dos servidores da saúde para o interior. “Por que não é colocado um curso na área de Higiene Bucal para o interior?”

Foram desenvolvidos sim, Cursos de Técnicas de Higiene Dental e Atendente de Consultórios Dentários para o município de Sinop. Entendendo que a formação do pessoal da área de Odontologia, especialmente a ACD e THD, ela tem que vir acompanhada de uma proposta de inversão do modelo da Odontologia. Dentro do atendimento tradicional da área de Odontologia, não cabe, não existe o papel do THD e do ACD. Então, essa adequação da política de formação de nível médio e elementar tem que estar de acordo com uma política racional de capacitação de recursos humanos.

O papel do Estado no SUS em Mato Grosso

Júlio Strubing Müller Neto
Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso

Vamos iniciar nossa fala agradecendo a significativa presença de delegados que continuam marcando presença neste terceiro dia de debates e discussões, todos muito enriquecedores e que estão nos proporcionando importantes subsídios para que possamos definir com mais clareza uma Política Estadual de Saúde que caminhe para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Bem, vamos falar um pouco sobre a atuação da Secretaria Estadual de Saúde nesse período de governo, destacando a busca de um novo modelo de atenção, através de um novo papel da Secretaria, baseado em fatores diversos como a parceria, a cooperação técnica e a busca da excelência. São diversos aspectos, que passam pela municipalização, Política Assistencial, Política de Recursos Humanos, informatização, investimento e outros. Vou começar abordando alguns aspectos da nossa linha de atuação da Vigilância à Saúde, que nós procuramos desenvolver de forma descentralizada, já que essa é uma atribuição nossa, tanto no âmbito dos municípios quanto no âmbito das regionais de saúde. O primeiro deles é o esforço de recuperar o papel das Regionais de Saúde, os Pólos, que durante muitos anos, com essa perda de identidade da Secretaria, ficaram, e ainda muitos estão, um pouco assim... entidades puramente burocratizadas, distribuidoras de vacinas e remédios. A nossa concepção é de que essa instância deve ser um ponto dotado da informação e desse trabalho de cooperação técnica com os municípios, no sentido de se implantar esse

modelo da Vigilância que nós estamos perseguindo. Então, nessa linha de trabalho com as regionais e municípios, nós enfatizamos muito o que chamamos de cooperação técnica para tentar ajudar os municípios na organização do seu Sistema Municipal de Saúde.

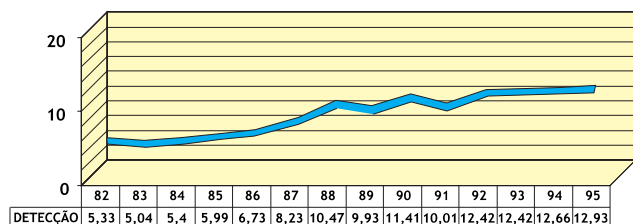
O que aconteceu com o processo da Municipalização aqui em Mato Grosso e o resto do País, de uma maneira geral?

Foi passada, para os municípios, uma série de atribuições, responsabilidades: “toma que o filho é seu” – e ninguém nunca sentou para discutir, para reciclar, para mostrar como se faz, como se fazia... não que se saiba, mas esse trabalho é uma função fundamental, no nível Estadual e no nível Federal; esse processo de cooperação técnica para ajudar a estruturar esses Sistemas Municipais de Saúde. Nesse sentido, desenvolvemos uma série de ações também, em que já citei algumas delas: Vigilância Epidemiológica; os Sistemas de Informação; o SISVAN, quer dizer: nós trabalhamos com isso no âmbito Estadual e também no âmbito Regional e Municipal e queremos levar isso, se possível, a todos os municípios que realmente estejam querendo fazer saúde. Essa é a intenção da Política Estadual de Saúde e a cooperação técnica se dá também em outras áreas, ou em relação a outros problemas de saúde que também são importantes no Estado. É o caso, por exemplo, da hanseníase, da mortalidade infantil, da AIDS.

Em relação à questão da vacinação, enfim, um conjunto de ações que nós sempre procuramos trabalhar através da cooperação técnica, ajudando os municípios a se estruturarem nesse sentido.

Aqui, mostra-se, por exemplo, nesta transparência, como aumentou a detecção de casos novos de hanseníase no Estado de Mato Grosso, no período de 82 a 95. Esse é um processo gradativo que pode ser observado, nos números, como nós, praticamente, dobramos a detecção de casos do parâmetro 85/95. Isso significa ação programada, ação diária e significa também que vocês descobrem as causas das doenças. Muitas vezes no local detecta-se tantas hanseníases como em qualquer outro lugar, só que nesse local se trabalha melhor e se descobre os casos, como por exemplo, Cuiabá, Cáceres e Rondonópolis, que sozinhos concentram 50%, dos casos de hanseníase hoje no Estado.

Coeficiente de Detecção Anual de Casos Novos de Hanseníase, por 10.000 Habitantes
Mato Grosso, 1982 a 1995

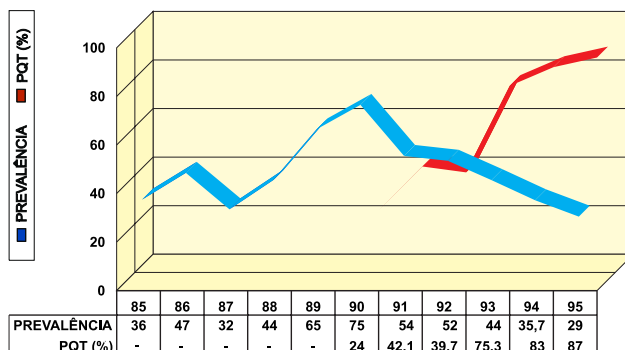


Temos um outro gráfico onde mostra o risco de infecção da doença hanseníase no Estado. Nós temos um número alto, 57 municípios, quase metade, têm um alto risco de infecção.

Em relação à hanseníase nós temos um outro gráfico que mostra a prevalência, que é a quantidade de casos que nós temos acompanhado e controlado no serviço de saúde – e aqui é importante se dizer que a maior parte desse trabalho é feito nos municípios, através do trabalho de cooperação técnica com os serviços estaduais de saúde, que funcionam, basicamente, como referência, como é o caso do nosso Serviço de Dermatologia Sanitária, que é o Centro Regional de Referência.

Também vocês vão ver que há uma diminuição da prevalência de 85 à 95 e que hoje está em torno de 29, mais ou menos, por 10.000 habitantes. Isso tem um pico em 1990 e que depois cai, e isso acontece por que é justamente em 1990 que é introduzida a poliquimioterapia e

PREVALÊNCIA DE HANSENIASE POR 10.000 HABITANTES
MATO GROSSO, 1985 A 1995



a partir da sua introdução e do uso cada vez mais freqüente nos pacientes hansenianos é que se tem essa queda da prevalência, ou seja, hanseníase não é nenhum bicho papão, basta entendermos que é hoje um dos maiores problemas da saúde no Estado de Mato Grosso. Basta que tenham vontade política dos municípios para se sanar esse problema, porque nós temos a tecnologia, simples e relativamente barata.

Outro problema que nós estamos tentando priorizar também, dentro dessa área da cooperação técnica da Vigilância à Saúde, é a questão da mortalidade infantil. É um dos problemas de saúde que não se resolvem em hospital, muito menos no set pediátrico, pelo contrário, possivelmente aumentará a mortalidade infantil se se trabalhar nessa prerrogativa.

O que se ressalta aqui e me chama atenção é, exatamente, que nós temos uma faixa significativa majoritária como causa de mortalidade infantil no Estado, as chamadas afecções perinatais. E isso é significativo porque mostra para nós uma coisa importante: está faltando um acompanhamento da gestante, acompanhamento nos partos; está faltando melhorarmos e muito esses serviços, que são serviços básicos e que deveriam estar sendo melhor efetuados.

Também ainda está acontecendo aqui em Mato Grosso uma coisa que eu acho altamente negativo para a saúde das mulheres – só não vou dizer algo “criminoso” porque acho o termo muito forte –, que é o excessivo número de cesáreas que nós temos nesse Estado, em taxas que chegam a 65% no total de partos. Isso é inadmissível e é isso também que tem a ver com essa mortalidade do pré-natal, porque aqui é quando ocorre então a prematuridade e as crianças de risco que nascem com menos possibilidade de sobrevivência.

Em relação à mortalidade infantil, nós procuramos priorizar, no ano passado, o que nós chamávamos de “municípios de risco” e que foram selecionados a partir daquele famoso “Mapa da Fome”. Nós, a partir daí, conseguimos priorizar 10 ou 12 municípios onde esse problema parecia maior e estamos trabalhando intensamente, ajudando esses municípios no trabalho de cooperação com medidas que vão desde melhoria no decorrer da questão, priorizando a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e medidas judiciais, tentando melhorar ou reverter esse quadro desvantajoso desses municípios.

Uma coisa que chamou atenção e se comprovou no primeiro dia desta Conferência e que observamos é que uma das causas para esses municípios serem de risco, é o descompromisso político dos agentes políticos municipais com esse problema, com a saúde das crianças. A dificuldade que temos de mobilizar e de motivar esses responsáveis e dirigentes para enfrentar esses problemas é imensa. E isso quando comparamos com o que foi apresentado no primeiro dia da Conferência, em relação a Vila Rica, Cáceres, Rondonópolis e para os municípios do Ceará – que são tão ou mais pobres que nossos municípios – e lá se viu as diferenças de taxas e indicadores. Quer dizer que pobreza não basta para se explicar esses perfis e esses resultados em relação, principalmente, à questão da mortalidade infantil. A vontade política nesses anos, de se enfrentar isso, que seja prioridade de governo, geralmente falta nessas localidades, infelizmente.

A questão da cobertura vacinal também foi uma outra área que procuramos destacar e priorizar. E neste momento aproveito para fazer propaganda da segunda etapa da campanha, que ocorre agora no dia 15. Chegamos em torno de 94% da cobertura vacinal na 1ª etapa. Não podemos deixar a peteca cair. Na segunda etapa nosso desafio é superar esses 94%, pois se deseja que Mato Grosso saia daquela triste situação dos mapas do Ministério, onde sempre se aparecia em vermelho. Já estamos em verde e a meta é ficar no azul, como o Paraná, e isso se consegue com trabalho sistemático de melhorar essas coberturas vacinais. E não é só nas campanhas; é principalmente na rotina. É onde nós estamos valendo mais.

Em 95 nós conseguimos praticamente superar 80% de todas as vacinas, com exceção da tríplice, que estamos ainda com uma cobertura de 73% e esse é o nosso desafio para que até o ano que vem, entre Estado e Municípios passemos dos 80% de cobertura vacinal da tríplice, para depois avançarmos e consolidarmos essa área, que são de doenças consideradas muitas vezes menores ou peque-

nas, mas que têm efeito extremamente negativo no desenvolvimento infantil e que podem até matar as crianças.

Temos uma transparência que mostra a relação entre o aumento da cobertura vacinal e queda da notificação dessas doenças. Isso é muito patente, por exemplo, em relação ao sarampo, pois à medida que a cobertura vacinal do sarampo saiu de 40% para 50%, foi subindo e ultrapassou os 80% a 90%; a notificação da doença caiu radicalmente. Isso feito a um custo baratíssimo, que permite meios eficazes e seguros de se impedir essa doença.

E, finalmente, em relação ainda a esse trabalho, de cooperação técnica para implantação dessas ações, a que chamo de Vigilância à Saúde, nós procuramos priorizar no ano passado a implantação no Estado do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, o PACS. Implantamos em 10 municípios, que são os municípios de risco que já me referi. Agora, em 96, nós já implantamos o programa em 36 municípios. Já temos 328 agentes de saúde no Estado e a nossa prioridade vai ser levar esse programa se possível a todos os municípios do Estado, porque ele é um programa que, realmente, pode ajudar a reverter esse perfil do modelo assistencial.

E finalmente, nesse ano, conseguimos introduzir e vencer cinco municípios a começar a implantação do Programa de Saúde da Família, o PSF. O programa vai ter início agora neste segundo semestre e queremos e desejamos que, a partir do primeiro semestre do ano que vem, um maior número possível de municípios solicite e queira implantar o Programa de Saúde da Família. Então, esse trabalho nós entendemos como fundamental para começarmos a reverter esse modelo de atenção que temos. Começamos a desenvolver algumas ações com problemas relacionados à violência e dependência de álcool e drogas. Na área também da Saúde Indígena há um amplo trabalho nas instituições e Conselhos de Saúde locais no sentido de darmos uma contribuição para melhorar essa situação, que hoje é vergonhosa no Brasil e aqui em Mato Grosso. Isso, além do trabalho também que fizemos com os meninos e meninas de rua, juntamente com outras instituições.

Então, isso na área da Vigilância à Saúde, foram as ações que nós desenvolvemos e estou citando apenas aquelas que tivemos talvez um pouco mais de prioridade ou relevância, sem com isso deixar de dizer que outros grupos de risco não sejam problemáticos e não precisem de atenção.

A outra área de atuação nossa, como eu disse, em relação ao modelo de atenção Vigilância à Saúde, é a que nós chamamos de Política Assistencial.

Qual é a situação da política assistencial que nós tínhamos no Estado?

O SUS, Sistema Único de Saúde, hoje em Mato Grosso, faz aproximadamente 17.000 internações por mês. Ele é responsável pela cobertura de mais ou menos 90% da população do Estado. O “posto de saúde” que tem mais extensão aqui em Mato Grosso é a UNIMED, que não tem mais do que 125.000 pessoas ligadas. A população do Estado é de 2.300.000 habitantes. Então, isso eu estou explanando rapidamente para vocês terem uma idéia da magnitude da importância desse sistema.

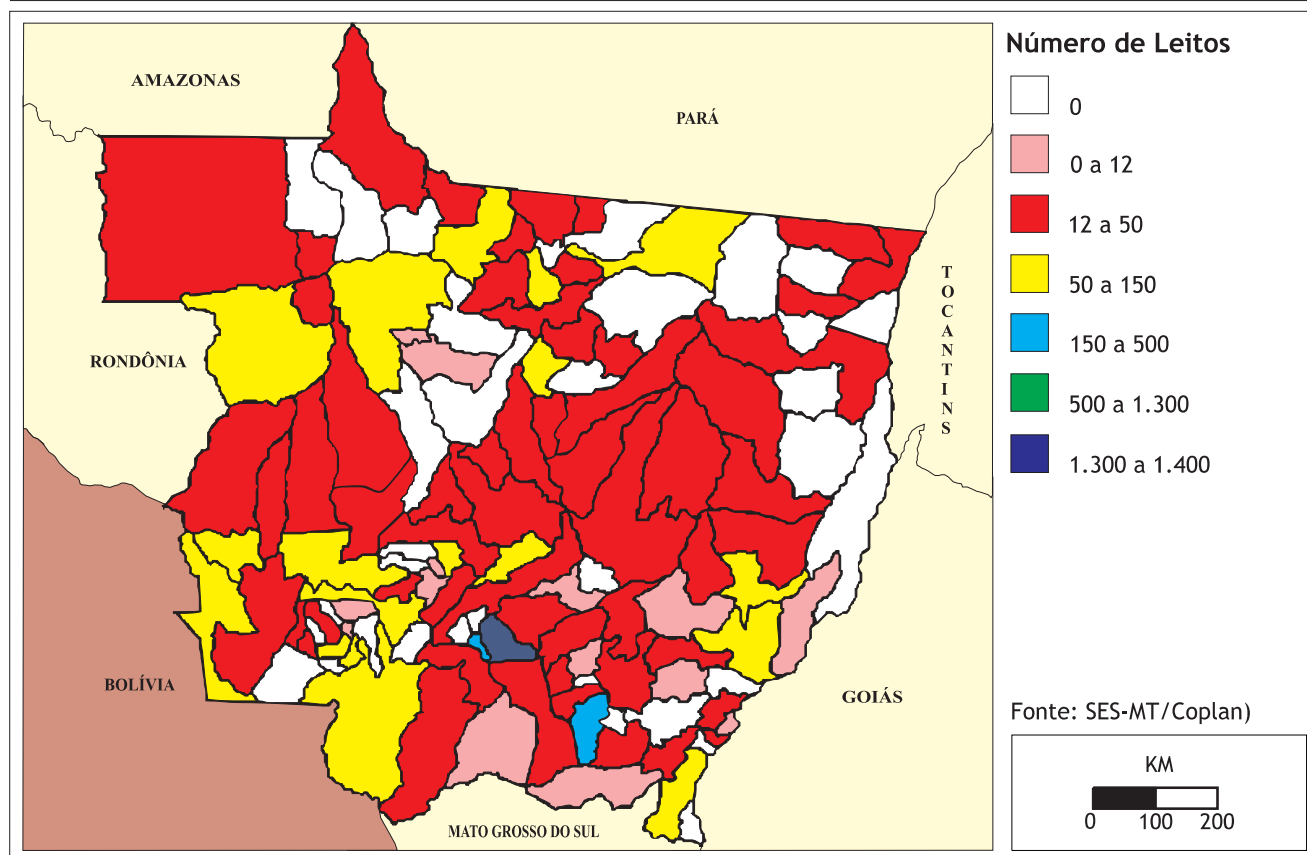
O SUS faz hoje em torno de 320.000 consultas médicas por mês em Mato Grosso, através de mais ou menos 1.000 unidades ambulatoriais, que hoje, a grande maioria, mais de 97%, são postos e centros de saúde, o que mostra uma baixa resolutividade dentro dessa área. Além disso, o SUS desenvolve uma série de ações em áreas que chamamos de “alto custo”, “alta complexidade”, como é o

caso da quimioterapia, da diálise, próteses e os chamados “medicamentos de alto custo”. Para vocês terem uma idéia, a Secretaria Estadual de Saúde gasta uma média de R\$ 200.000,00 por mês apenas com medicamentos de alto custo para esses pacientes.

Quanto ao chamado Tratamento Fora do Domicílio, que é a viabilização do tratamento das pessoas em outros Estados, nós atualmente mandamos em torno de 100 pessoas por mês para tratamento em outros Estados e aqui se reflete uma outra falha do nosso sistema, pois muitas dessas pessoas não precisariam estar indo, porque nós não estamos ainda com essa área assistencial suficientemente organizada, em função também dessa crise do Sistema que todos temos falado.

Esse aí é um mapa que mostra o total de leitos públicos encontrados em Mato Grosso em 1995, e aí vocês podem ter uma idéia da distribuição deles no Estado. O que está em branco é onde não existe leito nenhum, nem

TOTAL DE LEITOS PÚBLICOS E CONTRATADOS MATO GROSSO – 1995



público, nem filantrópico, nem privado. Nós ainda temos 31 municípios, no Estado, que não têm nenhum tipo de leito no SUS. Isso não significa que essa população não tem acesso a um hospital. Ela normalmente é internada, quando necessário, em municípios vizinhos. Mas o que chama atenção é principalmente a má distribuição regional desses hospitais ou desses leitos. Vocês vão ver que há uma concentração muito grande da falta na região Norte e na região do Araguaia, que são exatamente as regiões que nós temos menos infra-estrutura de serviços, seja hospitalar, seja ambulatorial e uma concentração muito grande, principalmente na capital, que tem mais de 1.300 leitos. Rondonópolis está na faixa acima de 150 leitos e alguns municípios têm mais de 50 leitos, entre 50 e 150. Cáceres, Tangará da Serra e alguns outros municípios estão espalhados nesse perfil.

Aqui, nós temos essa distribuição de hospitais e leitos com natureza pública e privada, que é importante para vocês terem uma idéia de como está estruturada essa área de assistência hospitalar; um total de 159 hospitais, quer dizer, esse total são hospitais do SUS, do Sistema Único de Saúde.

Nós temos em Mato Grosso, hoje, mais de 200 hospitais. Tínhamos 196. Esses outros que não estão no SUS são hospitais privados que funcionam independentemente

do Sistema Único de Saúde. Agora aqui temos trabalhado com hospitais do SUS. Desses 159 hospitais, os privados correspondem a, praticamente, 2/3 deles, são 108. Os públicos são 37. A grande maioria deles é, inclusive, pequenos hospitais municipais, que foram construídos nesses últimos anos.

Essa distribuição em relação aos leitos é mais ou menos... já diminuiu um pouco a participação do setor privado. Então, nós temos aí em torno de 24% dos leitos que são públicos; 56% são leitos privados e 20% são filantrópicos. Essa é, mais ou menos, a distribuição dos leitos hospitalares hoje no Estado de Mato Grosso.

Isso é uma pequena tabela mostrando o atendimento de alto custo ao usuário na SES. Então, nós temos aí uma demanda muito grande de atendimento ao usuário individual, principalmente aqueles procedimentos que eu já me referi, medicamentos de alto custo, prótese, quimioterapia, os renais crônicos etc. e as solicitações que nós tivemos em 95 foram 952, sendo aqui feitas no ano, 655, um atendimento de 87% dessas solicitações. Inclusive das do ano anterior, que eram de 30% e o não atendimento de 12%, em função ou de critérios técnicos ou de desistência do usuário, etc, já que isso passa também por um processo de controle e avaliação, para se saber da real necessidade de atendimento dessas demandas.

Atendimentos Realizados no Serviço Social da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso - 1995

Nº de ordem	Solicitações em 1995	Solicitações em 1995	Solicit. anos anteriores	Total de Solicitações	Usuários Atendidos em 1995	Usuários não Atendidos em 1995
01	Aparelho Ortodôntico	01	-	01	01	-
02	Balão de Oxigênio	01	-	01	01	-
03	Bolsa de Colostomia	15	04	19	19	-
04	Cadeira de Rodas	15	-	15	04	11
05	Medicamentos de Alto Custo	517	235	752	713	39
06	Meias Compressivas	01	-	01	01	-
07	Outros Medicamentos	58	09	67	61	06
08	Órtese	17	05	22	10	12
09	Prótese Mecânica	07	04	11	06	05
10	Prótese Auditiva	29	30	59	16	43
11	Restauração de Prótese Mecânica	02	-	02	-	02
12	Tela de Marlex	01	-	01	01	-
13	Tratamento Periodontal	01	-	01	01	-
	Total Geral	655	287	952	834	118

Fonte: Divisão de Serviço Social/Sistema de Informações em Saúde - SES/MT

Passei esses dados só para vocês terem uma idéia do tamanho do problema que nós temos que enfrentar quando formulamos qualquer política de saúde no Estado. Nós temos aí uma quantidade, ainda que insuficiente, de leitos no Estado... Esses leitos estão pessimamente distribuídos e concentrados em outros locais e inexistentes em outros. Em geral são hospitais, a maioria deles de pouca complexidade, pouca capacidade de resolver problemas e a rede ambulatorial muito parecida, principalmente a rede de especialidade. É evidente que situações como essas nos mostram qual o caminho a seguir em relação à Política Assistencial. É sobre isso que vamos falar rapidamente, para dar uma idéia de como nós estamos enfrentando essa situação dentro desse modelo de atenção.

Então, em nível da Política assistencial o que nós estamos propondo fazer para mudar um pouco esse perfil?

Começando o que eu chamo de “nível de referências regionais”. Nós temos procurado desenvolver um trabalho intensivo de reorganização dessa rede através de um processo de programação, controle e avaliação, feito de forma regionalizada.

No ano passado, nós fizemos 27 oficinas de trabalho em conjunto, Estado e Comissão Intergestora Bipartite, no sentido de ajudarmos a reorganizar esses serviços assistenciais e procurando fazer isso junto com os municípios em cada região. Esse foi um processo muito bonito, que nos permitiu ter uma idéia real e concreta dessa situação do Estado e já deu alguns frutos da maior importância, principalmente em relação à definição dos fluxos dessa demanda na melhoria e utilização de AIH's.

Nós já conseguimos organizar isso, como é o caso, por exemplo, da Regional de Cáceres e da Regional de Rondonópolis, onde foram criadas Comissões Intergestoras de Bipartites Regionais, que estão atuando relativamente bem, e criadas Câmaras de Compensações de AIH's, as quais mudaram bastante esse perfil do fluxo do atendimento, tanto na área ambulatorial quanto hospitalar.

Além disso, ainda nesse espaço regional, nós temos procurado priorizar o levantamento das necessidades dos serviços especializados e de referência, para podermos orientar a política estadual no sentido de suprir essas necessidades e até definir as prioridades de investimento. O investimento tem que ser definido assim e não a partir da demanda clientelista ou da demanda exclusivamente política. Se vamos fazer política de saúde a sério, tem que ser a partir desse diagnóstico.

Então, eu não vou citar as diversas ações realizadas nesse sentido, só gostaria de fazer uma pequena ressalva com uma experiência do consórcio feito no Estado, que é o Consórcio Intermunicipal do Rio Teles Pires, que agrupou sete municípios e com o qual o Estado fez um convênio. Hoje nós fazemos uma co-gestão com o Hospital Regional de Sorriso, que vem tendo até agora um bom desempenho assistencial e suprimo pelo menos bem melhor a demanda dessa região, inclusive em algumas especialidades que, antigamente, nessa região do interior você só encontrava no setor privado. É o caso de algumas especialidades como a cirurgia, a assistência ao trauma, ortopedia, cardiologia etc, que estão funcionando relativamente bem no consórcio.

O consórcio não pode funcionar só em torno do hospital. A nossa idéia é de um consórcio que tem que servir para organizar o conjunto e reverter o modelo de atenção. E esse é o desafio dos sete municípios que estão consorciados conosco. O consórcio está ajudando e vai continuar ajudando no sentido de enfrentar esse problema.

Um outro exemplo, também, que podemos citar é o consórcio na região de Cáceres, que também já começou e, inclusive, em pouco tempo conseguiu resolver, parcialmente, o problema da referência ao trauma, através da implantação no município de Mirassol D'Oeste de um serviço de atendimento a essa necessidade.

De uma maneira geral, enfatizamos que essa forma de organização regional é fundamental se nós pudermos superar hoje esse processo de municipalização atomizado, que jogou o bebê no colo dos municípios, e que depois não deu mais nada e não tem proposta para sair disso. É fundamental esse papel na articulação regional, da coordenação de esforços nas regiões, na microrregião; e o Estado está procurando trabalhar, junto com os municípios, para organizar esse processo, seja através do consórcio, seja através de Bipartites regionais ou qualquer outra forma de articulação regional que se possa fazer.

Ainda em relação aos serviços de referência estadual, estou dizendo quanto à política assistencial, no que se refere à questão descentralizada, das regionais e municipais, no âmbito do Estado. Quanto ao Estado, no seu âmbito próprio, o serviço de Referência Estadual fez um trabalho de recuperação muito grande do LACEN – Laboratório Central. Reestruturou diversos setores do LACEN. Nós procuramos priorizar principalmente a área de Vigilância Epidemiológica. Nós não conseguíamos aqui fazer diagnóstico de meningite e dengue e hoje o LACEN está amplamente capacitado e realizando todo esse trabalho. E, neste ano de 96, nós estamos priorizando a área de Vigilância

Sanitária, principalmente, para que a área de toxoepidemiologia tenha um laboratório central, que seja digno de um nome “Laboratório Central”.

A mesma coisa em relação à área do sangue. Fizemos esse trabalho também no Hemocentro, com todo trabalho também de recuperação e de colocá-lo em efetivo funcionamento, na área do sangue. Nós estamos trabalhando com os municípios procurando estabelecer parceria no sentido de os mesmos criarem suas unidades de coleta e transfusão, enquanto o Hemocentro se responsabiliza pelo processamento do sistema. O problema de sangue em Mato Grosso e no Brasil é gravíssimo. Vocês viram o Betinho falando nisso. Aqui em Mato Grosso é mais grave ainda. Então, em razão disso, nós priorizamos uma região do Estado, a região noroeste – Cotriguaçu, Juruena, Aripuanã e Juína – porque nós tínhamos ali epidemias de hepatite, além de malária e outras doenças relacionadas à transfusão de sangue. A partir desses municípios nós já estamos com unidades em processo de implantação e vamos levar isso para a maior parte das regiões do Estado, porque é uma prioridade também nossa e isso é uma responsabilidade do Estado.

Além desse trabalho LACEN/Hemocentro nós podemos citar todo o trabalho de referência que vem sendo feito no Centro Estadual de Referência; o importante trabalho que vem sendo desenvolvido pelo Centro de Reabilitação Dom Aquino Corrêa -um trabalho envolvendo uma série de técnicas e de novidades na área – e na área da Saúde Mental nós estruturamos a Central de Vagas do Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho. Desde o mês de junho, toda internação psiquiátrica passa, obrigatoriamente, pelo Aduino Botelho para nós evitarmos as internações desnecessárias nessa área, além de outros avanços como do município de Cuiabá, que está começando a implantar os chamados Lares Abrigados, os serviços ambulatoriais, etc.

Isso dá rápida idéia do que nós fizemos na área da Vigilância e na área da Assistência, procurando fazer isso de forma integrada através do processo de programação de controle e avaliação.

Um último aspecto referente a essa questão é o do Plano Estadual de Investimento na Infra-estrutura de Serviço de Saúde. Aí nós temos em andamento um programa, através de convênios com recursos do Ministério da Saúde, de investimentos em mais de 50 municípios, para ajudar no término das unidades mistas, pequenos hospitais municipais, centros de saúde, ambulatórios, unidades de sangue. E, com recursos do PRODEAGRO, estamos construindo postos de saúde, priorizando áreas de pequenos produtores rurais e de novos assentamento rurais. No se-

gundo semestre, se conseguirmos contornar todos os problemas existentes, pretendemos retomar as obras paralisadas dos hospitais regionais de Rondonópolis e Cáceres. Aqui em Cuiabá estamos construindo o Centro de Desenvolvimento e Formação de Recursos Humanos, que estaremos inaugurando até o ano que vem.

Nós temos aqui um problema sério, que é o Hospital Central. Não conseguimos saber ainda quanto se precisa de verba financeira para se terminar a construção, que começou há 12 anos e não se sabe direito o que vai acontecer, inclusive porque nós, com recursos do Banco Mundial que devem vir para conclusão dos Hospitais, nós temos que saber como se trabalhará com eles. No caso do Hospital do Câncer nós precisamos ainda em torno seis milhões para poder terminar sua primeira fase, e também estamos lutando, junto ao Ministério da Saúde, para tentar viabilizar os recursos para terminar esse hospital.

Quanto aos recursos repassados pelo Ministério da Saúde, SUS 94/95 para Mato Grosso, pode-se observar que nós sofremos uma redução dos recursos e isso não aconteceu só com Mato Grosso, aconteceu em quase todo país, de R\$ 38,00 per capita para R\$ 34,00 *per capita*. Isso, evidentemente, teve um impacto até certo ponto negativo. É a crise do financiamento do SUS que todos nós temos referido e isso evidentemente afeta o sistema. Esse é o valor *per capita* aplicado nos serviços ambulatoriais e nos serviços hospitalares do Estado em 94/95. Em 94 foram aplicados na rede ambulatorial R\$ 15,00 per capita, enquanto que na rede hospitalar R\$ 23,00 per capita. Havia uma evidente relação de diferença com o que se gastava com internação e com ambulatório.

Já em 95, fruto de uma série de mediadas de contenção, de controle de avaliação de combate a fraudes, de combates a algumas barbaridades que se faziam em alguns hospitais desse Estado, nós conseguimos, praticamente, dividir meio a meio os recursos para a área ambulatorial e hospitalar.

Apesar então da diminuição do total do dinheiro que nós tivemos no Estado, eu considero que esse dinheiro está melhor distribuído por várias razões: a primeira, a rede ambulatorial é basicamente pública e municipalizada. Então, foi mais dinheiro para o setor público; segundo, foi mais para os municípios; e terceiro, com isso, nós poderemos optar desde que os municípios saibam gastar bem esse dinheiro. Nessa outra discussão, entra a questão do governo assistencial priorizar determinadas ações. Isso pode ser melhor utilizado, no sentido de começarmos a reverter esse modelo.

Estamos no processo de informatização geral da Secretaria Estadual de Saúde, pois é inadmissível se fazer controles e avaliações nas fichas de procedimentos absolutamente arcaicos.

Surge o que nós estamos considerando como novo papel da Secretaria Estadual de Saúde. Esse papel é um pouco da ocorrência do que já falei; é como nós entendemos o que deve ser em torno de revolucionar a Secretaria Estadual de Saúde em Mato Grosso, nesse novo contexto, da construção do SUS; de formular e coordenar a Secretaria Estadual de Saúde; a cooperação técnica para a descentralização; a Política de Recursos Humanos; a Política Redistributiva... é uma atribuição para o Estado procurar redistribuir melhor os recursos de acordo com as maiores necessidades. As regiões mais carentes, evidentemente, pedem esses recursos. Grupos sociais marginalizados sócio-economicamente devem também ser privilegiados – isso vale para AIH, remédio e todos os aspectos.

E, principalmente para área de investimento, se nós vamos ter que investir, nós vamos ter que saber investir em função desse critério.

No quinto aspecto, estão as ações voltadas para a reversão do modelo de atenção à saúde. Essa é uma prioridade nossa para superar o que hoje se discute: que o problema da saúde é só falta de dinheiro. Não é verdade! É falta de dinheiro e modelo de atenção voltada para a qualidade de vida. Então é o que já falei sobre Vigilância à Saúde, Política Assistencial e finalmente a Política de Ciência e Tecnologia.

Gostaria de encerrar dizendo que esse trabalho só foi possível até agora por algumas razões. A primeira delas é que há uma decisão política do governo de priorizar a saúde. Nós não teríamos feito 20% do que nós fizemos se nós não tivéssemos essa decisão política em nível de governo.

A segunda delas é a excelência do corpo técnico que nós conseguimos ter hoje no âmbito do Estado, de uma maneira geral altamente motivado e capacitado.

O terceiro aspecto é a manifestação de força, a decisão firme, a ousadia e a adesão que nós tivemos em relação a esse projeto. Decisão firme e a adesão não só nossa, mas, também, dos profissionais e trabalhadores da Saúde, realmente comprometidos com o Sistema Único de Saúde.

E a quarta razão, e talvez até a mais importante, é a participação popular no controle social desse processo de construção do Sistema Único de Saúde. Obrigado.

Projeto de uma Indústria Farmacêutica para Mato Grosso

Thiers Ferreira
Presidente do Instituto de Previdência
do Estado de Mato Grosso

Bem, senhores, senhor Secretário de Saúde Júlio Müller... componentes da mesa. Eu vim fazer a apresentação do nosso colega Antônio José, que é diretor técnico do LAFEPE, o Laboratório de Produtos Farmacêuticos de Pernambuco e fazer um pequeno histórico do que se está pretendendo fazer no Estado, com vontade política, como diz o nosso Secretário.

Eu havia pedido o currículo do Antônio. Eu achei o currículo interessante. É muito “humilde”. Hoje de manhã, na sua falação, ele se mostrou muito tímido ao microfone. E esse currículo que chegou hoje pelo fax mostra que ele é uma pessoa bem diferente. Essa pessoa que vocês estão vendo aqui é um intelectual e um grande profissional da área de medicamentos, em nosso país.

Eu vou citar o início deste currículo, as passagens e os anos que Antônio José viveu na sua vida profissional. Ele é farmacêutico bioquímico, formado pela Universidade Federal de Pernambuco, em 1973 e mestrado também pela mesma universidade, em 77. PhD na França, em 1983. Fez “Pós” nos Estados Unidos, em 1990. Em 1992 foi licenciado pela Comissão Nacional de Energia Nuclear. Em 1976, especialista em análises clínicas, pela Sociedade Brasileira de Análises Clínicas. É professor do Departamento de Farmácia da Universidade Federal de Pernambuco. Em 77 chegou à direção técnica do LAFEPE. De 1987 a 1990 foi Coordenador Industrial da CEME – Central de Medicamentos e Coordenador de Produção, de 92 a 93. Em 1995 chegou à presidência do LAFEPE, até o presente momento.

Este sim é um profissional que se apresenta hoje à sociedade mato-grossense, com a intenção, através da indústria que ele dirige, de assinar um acordo de cooperação técnica com a Secretaria de Saúde do Estado.

Agora, com relação ao histórico dessa futura Indústria de Medicamentos do Estado de Mato Grosso...o doutor Gabriel Novis Neves, se não me engano há 12 anos, foi Secretário de Saúde de Mato Grosso e tentou implantar a indústria farmacêutica no Estado. Houve um projeto que a Assembléia Legislativa aprovou. Esse projeto se transformou na Lei, se não me engano, 4.673 e só ficou realmente

no projeto. Logo depois, um deputado influente na época comandou uma ação contra a implantação dessa indústria. Seu fundamento era um ofício da Federação das Indústrias do Estado de Mato Grosso, contrário à implantação dessa indústria.

Na realidade, conseguiu-se não se tomar nenhuma atitude com relação à indústria farmacêutica de Mato Grosso depois da administração do governo Bezerra. Quando ele assumiu o governo, disse que implantaria essa indústria. Novamente isso não aconteceu. Agora esse ano o doutor Júlio nomeou uma comissão especial, da qual eu faço parte, para que a gente possa estudar a implantação dessa indústria. Essa comissão especial é composta também pelo Frederico Müller e pela doutora Maria de Lourdes. Está sendo preparado um seminário onde vai ser discutido com a sociedade mato-grossense o interesse de se implantar essa indústria.

Mas, ao mesmo tempo, uma parte já administrativa e efetiva dessa intenção nós já estamos tomando, através do contato direto com o LAFEPE, através do seu presidente, Antônio José. Esse é o motivo pelo qual se vai assinar hoje, agora, esse acordo de cooperação técnica. Mas é preciso que a sociedade saiba que nós vamos ter adversários nessa nossa intenção, porque o projeto de uma indústria farmacêutica no Estado de Mato Grosso é um projeto de extrema relevância social. Infelizmente, não sei por que, muitas ações relevantes na área de saúde são relegadas a um segundo plano por quem faz da atividade política uma profissão. Nós temos certeza de que essa vai ser uma luta dura, mas eu acredito muito na persistência do nosso Secretário de Saúde e acredito também na força e vontade daqueles que compõem essa comissão especial.

Dessa maneira, fazendo essas apresentações, esse pequeno histórico do que aconteceu em Mato Grosso, eu passo a palavra para o nosso secretário, para que ele possa, com o Antônio José, fazer a assinatura desse convênio de cooperação técnica.

Produção de Medicamentos

Antônio José Alves
Diretor do Laboratório de Produtos
Farmacêuticos de Pernambuco

Veja bem, vai haver, hoje, uma mesa redonda onde vai se discutir produção de medicamentos nos Estados e municípios. Eu trouxe alguns dados para projetar para vocês. Então, diante da possibilidade de externar alguns senti-

mentos, eu gostaria de dizer que a produção de medicamentos local, no município ou no Estado, pode beneficiar o atual sistema em que se encontra o Estado brasileiro. Não somente por propiciar medicamento de baixo custo e de elevada qualidade, como por propiciar o desenvolvimento tecnológico e científico na área do medicamento, podendo inclusive estimular universidades, centros de pesquisas, projetos de mútua cooperação.

Eu tenho alguns exemplos para dar para vocês. Em Pernambuco, nós tínhamos uma faculdade que não formava bem os profissionais; não treinava e, conseqüentemente, atendia mal o mercado, que já não era muito bom. Hoje, nós temos um centro de pesquisa, e o laboratório do Estado está lançando medicamentos de última geração; está envolvido em projetos da produção de medicamentos, primordialmente anticancerígenos. Está nascendo um pólo científico e tecnológico num país que é extremamente dependente dos países do primeiro mundo.

Então, vejam bem, o Estado só tem a ganhar com a implantação de um laboratório estatal. Agora, a grande discussão, em plena era da globalização, do neoliberalismo, como é que o Estado se propõe a criar um laboratório estatal? Vejam: não é simplesmente o fato de se criar mais uma estatal; é o fato de se estar criando um laboratório de produção de medicamentos onde nós somos extremamente dependentes, como eu mostrei esta manhã. É um problema de estratégia; de segurança nacional. Durante a guerra das Malvinas, faltavam medicamentos na Argentina, porque os países centrais simplesmente não enviavam, ou não vendiam matéria-prima. Um país com essa dimensão não pode estar à mercê de uma simples indústria de manipulação. Por causa disto este é um problema de estratégia.

Para o conhecimento de vocês, a Central de Medicamentos está investindo mais de sete milhões de dólares no laboratório do Exército; está investindo no laboratório da Aeronáutica, justamente preparando o terreno, preparando essa área para eventuais reabastecimentos de medicamentos.

Nós reconhecemos recentemente as patentes. Os preços poderão aumentar. Não podemos mais piratear e não temos condições de criar, porque não temos estrutura, nem tecnológica, nem de mão-de-obra. Esse projeto vai ajudar, juntamente com outras áreas, a fornecer subsídios para o estabelecimento... para a melhoria e a reafirmação desse setor no país. Eu gostaria de dizer para vocês, não só eu, mas muitos pesquisadores brasileiros, quase todos

os presidentes dos laboratórios oficiais, muitas universidades, jamais questionaram a criação dos laboratórios estatais, até porque são irrefutáveis quanto à produção, quanto ao preço e quanto à qualidade.

Às vezes aparecem pessoas contrárias, querendo privatizar os laboratórios estatais. Eu estive agora, recentemente, na Assembléia Legislativa de Salvador, na Bahia e eles estavam querendo privatizar o laboratório farmacêutico do Estado. Nós fizemos um debate, um pronunciamento na Assembléia e os deputados ficaram convencidos; o Secretário de Saúde ficou convencido de que a saída não era privatizar e sim fortalecer o laboratório estatal. Falei com o ministro Jatene e ele, na minha frente, telefonou para o governador da Bahia e descartou essa possibilidade. Goiás também estava com o pensamento em privatização, mas foi completamente descartado.

Então vejo bem essa tônica atual em função da nossa situação, em função da nossa defasagem que existe na área de medicamento e não é só fortalecer os atuais laboratórios oficiais, como também construir outros. Estamos

dispostos a colaborar com vocês. Recife é um ponto distante aqui de Cuiabá, mas nós estamos dispostos e colocamos os técnicos do LAFEPE à disposição de vocês. Temos de ser um pouco rápidos. Como é muito distante, não dá para vir aqui todo o mês, nem toda a semana.

Temos que acelerar esse processo, e o mais rápido possível concluir esse projeto, que não é muito caro. Você pode fazer uma indústria de 200 mil dólares ou uma de sete, 20 milhões de dólares. Depende do que se quer produzir, da quantidade e da simplicidade. Pode-se fazer medicamentos com instalações simples, mas que atendem às normas, às boas normas de produção de medicamentos de extrema qualidade e uma produtividade elevada. Então, pode-se dimensionar laboratórios de 500, 800 milhões de dólares, à medida que as coisas vão melhorando, duplicar, triplicar ou até multiplicar por cinco. Então veja bem, eu acho que é perfeitamente factível e é uma realidade; é uma necessidade da implantação, não só da implantação de outros laboratórios como também do fortalecimento dos laboratórios existentes.

Momento cultural



RELATÓRIO DAS MESAS ESPECÍFICAS

MESA 01

TEMA: **Estruturação de um Subsistema Diferenciado para a Saúde Indígena**

Coordenação: Solange Ferreira Alves

Expositores: Gilney Viana
Presidente da Comissão de Minorias e Meio Ambiente da Câmara dos Deputados
Flávio Pereira Nunes
Coordenador de Saúde Indígena, COSEA/FNS
Ana Costa
Coordenadora de Saúde Indígena da Fundação Nacional do Índio
Mara Lúcia Oliveira
Representante do Conselho Missionário Indígena
Vanja Jogurta Bonna
Coordenadora Técnica, SES/MT
João Henrique Scatena
Representante do Núcleo Interinstitucional de Saúde Indígena

MESA 02

TEMA: **Política de Medicamentos no SUS/MT**

Coordenação: Thiers Ferreira
Presidente do Instituto de Previdência de Mato Grosso

Exposições: **Organização da Assistência Farmacêutica no SUS em uma Nova Perspectiva**
José Augusto Dupim
Prof. da Faculdade de Farmácia, UFMG
Laboratórios Farmacêuticos Municipais: A Experiência de Mirassol d'Oeste
Maria das Graças Leão
Diretora Técnica da FAMEM, Mirassol D'Oeste

A Homeopatia e o SUS

Mari Gema Fontelles De La Cruz Mota
Professora da Faculdade de Farmácia, UNIC

Atenção Primária à Saúde: Assistência Farmacêutica e a Produção de Medicamentos Essenciais nos Estados e Municípios

Antônio José Alves
Diretor LAFEPE/PE

Segundo o grupo Política de Medicamentos no SUS/MT, existem hoje, no Brasil, 1.150 laboratórios farmacêuticos produzindo. Pela falta de uma política de medicamentos, porém, apenas os laboratórios públicos e as multinacionais são eficazes. Os principais problemas apontados do setor são os seguintes: falta de seleção de produtos e de programação de produção; erros na aquisição (controle de qualidade) e no armazenamento; e falhas na prescrição.

Como proposta organizacional do setor de assistência farmacêutica, o grupo elencou estas prioridades: seleção dos produtos; programação do consumo e a real necessidade da população; definição de critérios para aquisição de medicamentos; garantia do armazenamento correto dos produtos; fiscalização da qualidade técnica dos laboratórios (produção); treinamento dos técnicos da área; e melhoria do padrão de prescrição por parte dos profissionais do setor.

Um aspecto importante abordado pelo grupo foi a experiência do Laboratório Farmacêutico do Município de Mirassol D'Oeste. Segundo a farmacêutica Maria das Graças Leão, responsável pela implantação do projeto, o Brasil é um verdadeiro *santuário de ervas medicinais* que precisa ser melhor estudado. A fábrica e o laboratório fitoterápicos do município, de acordo com ela, produzem hoje 16 medicamentos: são antigripais, antiácidos, calmantes, analgésicos, cicatrizantes e vitamínicos, todos com utilidade terapêutica comprovada. A matéria-prima dos produtos vem de uma área de 4,8 hectares de terra reservada pela Prefeitura exclusivamente para o projeto, onde são cultivados mais de 20 tipos diferentes de plantas.

Na opinião do grupo de discussão, alternativas como a de Mirassol (que reivindica melhor estrutura para produzir e garantir melhor controle de qualidade) devem ser estendidas para outras regiões do Estado, democratizando o processo de produção e distribuição de medicamentos.

Outra perspectiva discutida foi a possibilidade de o Estado passar a contar com um Laboratório Farmacêutico Oficial. O suporte técnico para viabilização do projeto está sendo oferecido por um dos mais conceituados laboratórios oficiais do País: o LAFEPE – de Pernambuco, que produz 44 tipos de remédios, dentre os mais utilizados pela população e alguns especializados. A meta em Mato Grosso, segundo os expositores, é criar uma empresa ou sociedade de economia mista para produzir medicamentos genéricos constantes da relação do Manual de Medicamentos Essenciais – Rename. A idéia foi aprovada pelos participantes da mesa.

A questão da homeopatia e o SUS também foi abordada. A avaliação é de que ainda há um pequeno fluxo de profissionais com experiência e formação de homeopatia no SUS. Para que este quadro mude, a mesa sugere que o tema seja incluído nas grades curriculares dos cursos de medicina, formando profissionais especializados na área. Para os participantes, tem que haver vontade política para se implantar a proposta. Outro ponto discutido foi a regulamentação da profissão do farmacêutico e a criação de uma Associação dos Profissionais de Assistência Farmacêutica.

MESA 03

TEMA: Formação e Capacitação de Recursos Humanos para o SUS

Coordenação: Elisete Duarte
Chefe do Núcleo Setorial de RH da SES/MT

Exposições: Novas Práticas na Formação de Enfermeiros e Nutricionistas da UFMT

Celina Maria Araújo Tavares
Diretora da Faculdade de Enfermagem e Nutrição da UFMT

Estágio Integrado de Interiorização em Saúde Coletiva

Elias Nogueira Peres
Diretor do Instituto de Saúde Coletiva da UFMT

Experiência do Internato Médico na Área de Saúde Coletiva, no Distrito Sanitário Norte/Cuiabá

Lígia Regina de Oliveira
Coordenadora dos Estágios Curriculares no Departamento de Saúde Coletiva, UFMT

O Ensino da Odontologia na Perspectiva do SUS

José Abel Porto de Almeida
Chefe do Departamento de Cirurgia Traumatologia Buco-maxilofacial, UNIC

Formação de Nível Médio – Experiência da Escola Técnica de Saúde

Eliete dos Santos Saragiotto
Diretora da Escola Técnica de Saúde, SES

Capacitação de Recursos Humanos para o SUS/MT

Stella Maris Luna
Chefe da Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos da SES

Os participantes discutiram assuntos relacionados a temas como “Novas Políticas na Formação de Enfermeiros e Nutricionistas”, “Experiência do Internato Médico na Área de Saúde Coletiva no Distrito Sanitário Norte, em Cuiabá”, “O Ensino da Odontologia na Perspectiva do SUS” e “Formação de Nível Médio – Experiência da Escola Técnica de Saúde”.

De acordo com a enfermeira Celina Maria Araújo Tavares, expositora, as **novas políticas de formação de enfermeiros e nutricionistas** surgiram através de um trabalho de reformulação dos cursos pelas Faculdades de Enfermagem e Nutrição da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). As prioridades estabelecidas nesta mudança foram as seguintes: reestruturação curricular do curso, integração com os serviços de saúde e capacitação de docentes. Os objetivos também foram claros: a meta é subsidiar o processo de mudança na formação dos profissionais enfermeiros e nutricionistas da UFMT e contribuir com a qualificação da atenção à saúde das populações residentes em bairros como Osmar Cabral e Santa Laura, em Cuiabá (área de abrangência do Programa).

Ainda segundo Celina Tavares, os pressupostos básicos do Projeto são a mudança do modelo clínico-patológico para o sócio-epidemiológico, a integração com os serviços de saúde, utilização do ambiente comunitário como campo de aprendizagem e o desenvolvimento de um ensino, culminando com a interdisciplinariedade. Para conseguir isto, de acordo com a enfermeira, os coordenadores do Programa estão concentrando os trabalhos, atualmente, na ampliação da estrutura física, número de equipamentos e materiais do Centro de Saúde do bairro Osmar

Cabral, além do desenvolvimento de 19 subprojetos envolvendo alunos de graduação e especialização.

No item **experiência do internato médico na área de saúde coletiva**, Lúgia Regina de Oliveira, expositora, disse que a UFMT teria que trabalhar mais na integralidade de ações junto à sociedade. Para ela, há necessidade de se rever o papel da instituição e o processo de formação existente, com uma nova estrutura curricular e um novo mecanismo de entrada dos candidatos ao curso. A experiência do Distrito Sanitário Norte, em Cuiabá, segundo ela, busca os seguintes objetivos: cooperação entre Universidade, serviços e práticas sociais; construção do sistema de informação local; implantação de território geográfico delimitado – com identificação de micro-áreas; e consolidação de uma abordagem integral do serviço de saúde/comunidade.

Segundo Lúgia de Oliveira, a partir de 1996, os alunos da “saúde coletiva” passaram a ter estágio no próprio Distrito Norte, garantindo uma relação disciplina/aprendizado e o relacionamento com equipes multiprofissionais. A avaliação contínua do processo é feita a cada 9 semanas. Ela avalia que as clínicas médicas, de cirurgia e pediatria também deveriam ter a experiência de trabalhar com a transformação dos profissionais da área.

Já o **ensino da odontologia na perspectiva do SUS**, segundo o expositor José Abel Porto de Almeida, caracteriza-se pela formação nas seguintes áreas: Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), Técnico de Higiene Dental (THD), Técnico de Prótese Dentária (TPD) e Cirurgião Dentista (CD). Os pré-requisitos básicos de cada profissão, relatados pelo expositor, são os seguintes:

- ACD exige 1º grau completo e 300 horas específicas, e a formação se dá através de órgãos públicos. Os ACD's vêm da classe média, o que favorece o trabalho desses profissionais com a realidade da comunidade;

- THD necessita do 2º grau completo e 1.100 horas específicas. Cabe a ele complementar as ações do ACD, executar atos ditos reversíveis e também se constitui em elo importante na ligação do serviço com a comunidade. Além disso, tem papel importante nas ações de programação à saúde e na reversão de índices epidemiológicos.

- TPD a formação ocorre através de entidades de classe e algumas unidades de ensino. É um profissional que atua na reabilitação.

- CD exige formação de 4 a 5 anos. É uma formação tecnicista voltada geralmente para a cura e reabilitação.

Ainda é muito elitizado em função dos custos.

Segundo José Abel Porto de Almeida, houve pouca diferença na percepção causa/efeito da doença bucal, biológica e social, desde a fundação da primeira Universidade, em 1897. Ele avalia que há pouca integração entre serviços públicos de saúde e as universidades. A atividade multiprofissional, de acordo com ele, não existe.

A **formação de nível médio - experiência da Escola Técnica de Saúde**. Segundo Eliete dos Santos Saragiotto, as Escolas Técnicas de Saúde e os Centros Formadores têm uma concepção pedagógica baseada no item ensino/serviço. Existem, atualmente, 23 escolas técnicas no Brasil e Mato Grosso possui a 21ª, que começou a funcionar em 1992 no município de Colíder. As unidades estão inseridas na estrutura da Secretaria de Estado de Saúde.

As Escolas Técnicas têm as seguintes características: são multiprofissionais, descentralizadas, utilizam metodologia de ensino/serviço e possuem docentes específicos por área. Cabe à elas a tarefa da qualificação por via supletiva (1 ano), suprimimento (educação continuada) e aproveitamento de estudos já realizados, além de também poder viabilizar a educação geral e subsidiar PCCS.

A clientela da Escola, segundo Eliete dos Santos, é formada, basicamente, por trabalhadores adultos inseridos no processo produtivo (áreas meio e fim) de estabelecimentos de saúde. A maior demanda da Escola é o curso de Auxiliar de Enfermagem, que é descentralizado. O THD é centralizado em Cuiabá.

De uma forma geral, segundo exposição de Stella Marys M. Lima, a efetivação da reforma sanitária, dentro do **processo de capacitação de recursos humanos para o SUS**, passa, necessariamente, por um compromisso sério dos gestores. Ela diz que a capacitação e desenvolvimento de RH são imprescindíveis diante da necessidade da implantação e implementação do SUS e para que haja uma melhoria das relações humanas. Stella lembra que as fontes de recursos são oriundas de projetos prioritários definidos por uma política estadual de saúde.

Segundo seus dados, no período de março de 1995 até a data da Conferência, aconteceram 59 eventos, com 2.028 participantes. As áreas mais contempladas foram as de “controle social” e “controle da doença”. A avaliação é de que a capacitação é fundamental por causa da carência de multiplicadores de temáticas como ética, relações humanas e diretrizes do SUS.

O grupo que discutiu a temática colocou essas quatro propostas como prioridades: mecanismo de interiorização para os profissionais de nível superior; que a Universidade forme generalistas; que a Secretaria de Estado de Saúde aprove os cursos da Escola Técnica de Saúde para que não haja corporativismo profissional; e que se consolide a implantação de novos projetos pela ETS-MT.

MESA 04

TEMA: Oficina CETAD – Uma Prática com o Usuário de Drogas

Coordenação: Luis Alves Correia Filho
Coordenador do CETAD

MESA 05

TEMA: Participação Popular e Controle Social no SUS/MT

Coordenação: Luis Fernando Rogério
Vice-presidente do Conselho Estadual de Saúde/MT

Exposições: **A Importância do Sistema de Informações para a Democratização e Descentralização do SUS**

Ione Mariza Bortolotto
Coordenadora do Sistema de Informação em Saúde na SES/MT

A Importância da Capacitação dos Conselhos Municipais de Saúde
Dorothea Eliza Dressler
Coordenadora do Grupo de Saúde Popular

Obstáculos no Processo de Consolidação no Controle Social nas Três Esferas de Governo
Júlio Strubing Müller Neto
Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso

A Importância da Organização das Bases para o Exercício do Controle Social no SUS
Lourenço Fernandes de Almeida
Coordenador do MOPS

A Importância do Servidor Público no Controle Social

Roberto Kazan
Coordenador do Programa DST/AIDS/SES/MT

O processo de transformação social em cidadãos conscientes, sensibilizados, criativos e participativos implica em instrumentalizar, possibilitar capacitação e informação à população, no sentido a propiciar uma participação efetiva no planejamento, execução, gerenciamento e avaliação da política de saúde.

Neste sentido, os expositores apresentaram elementos fundamentais para promover e qualificar esta integração entre Estado e sociedade civil no desenvolvimento do trabalho na saúde.

Ione Mariza Bortolotto, da SES/MT, justificou a importância do Sistema de Informação para a democratização e descentralização do SUS. Apresentou a cartilha elaborada pela SES/MT que oferece dados e subsídios para que sejam divulgados as ações e os impactos delas no setor de Saúde do Estado.

Lourenço de Almeida, do MOPS, fez colocações em relação à atuação do “movimento”, no sentido de refletir com os grupos de base a importância da participação popular nos espaços conquistados constitucionalmente para o exercício do Controle Social. Na avaliação do MOPS, há necessidade de capacitar lideranças e representantes do setor popular para que eles possam responder com competência seus papéis dentro deste processo.

Dorothea Eliza, do GSP, justificou a importância da capacitação dos conselheiros e lideranças populares. Segundo ela, a iniciativa da discussão, que partiu de instituições, ONGs e movimentos populares, foi reforçada com a realização de uma oficina (julho 1995), à partir da qual a SES/MT, CES/MT – em parceria com entidades sociais – passaram a desenvolver um processo de discussão e busca de alternativas e apoio para realizar oficinas de capacitação junto aos Conselhos Municipais de Saúde no Estado.

O Dr. Júlio Müller, Secretário de Estado de Saúde, reafirmou a expectativa da SES/MT em viabilizar efetivamente o controle social, promovendo a capacitação e agilizando o repasse de informações entre Estado e sociedade civil organizada.

De uma forma geral, os participantes desta “mesa” avaliaram que é essencial sensibilizar o conjunto da sociedade para a questão dos envolvidos no trabalho de Controle Social. A mobilização permitiria a busca de alternati-

vas às dificuldades, fortalecendo o conjunto das instituições e entidades sociais e possibilitando a intervenção e transformação ao pleno exercício da cidadania.

MESA 6

TEMA: Saúde do Trabalhador

Coordenação: Ivanil Mamoré de Souza
Assistente Social da Equipe de Saúde do Trabalhador da SES/MT

Exposições: Avanços e Retrocessos na Política de Saúde do Trabalhador no SUS

Jacinta de Fátima Sena da Silva
Coordenadora da Saúde do Trabalhador/MS
Sandra Maria Moussalem
Assistente Social da Equipe de Saúde do Trabalhador da SES/ MT

Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador no SUS: Problemas de Cobertura Assistencial e Articulações Interinstitucionais e Setoriais na Descentralização das Ações, nos Vários Níveis

Benedito Adalberto Brunca
Gerente Regional de Seguro Social em Cuiabá, INSS

Papel da UFMT, dos Órgãos de Pesquisa e das Entidades Não-governamentais na Consolidação do Sistema de Saúde do Trabalhador

Wanderlei A. Pignati
Professor do Instituto de Saúde Coletiva, UFMT

Saúde do Trabalhador

O conteúdo da programação foi prejudicado em função das ausências da coordenadora de Saúde do Trabalhador, do Ministério da Saúde, e da representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT), permitindo que fossem avaliadas apenas experiências locais. Participaram da discussão técnicos da Secretaria Estadual de Saúde, UFMT, Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e profissionais que têm afinidades com questões ligadas à saúde do trabalhador.

Apesar de o tema “Saúde do Trabalhador” ser um assunto novo em Mato Grosso, houve grande interesse dos participantes da III Conferência em participar da mesa. De

uma forma geral, observou-se uma expectativa muito grande, principalmente dos inscritos do interior, em ouvir explicações sobre trabalho rural em usinas de açúcar e a regulamentação de profissões como as que lidam com serviços de risco e os relacionados a produtos químicos.

De uma forma geral, constatou-se a preocupação dos presentes no sentido de que as ações de Saúde do Trabalhador se estruturarem urgentemente em nível estadual, o que permitiria num segundo momento a descentralização das atividades para os municípios. Observou-se ainda a necessidade de se discutir o Sistema de Informação do setor. A idéia principal é sensibilizar os profissionais da área e a população em geral para a necessidade de se construir e conhecer o perfil de morbi-mortalidade ocupacional dos trabalhadores, superando a situação atual de quase completo desconhecimento desta realidade. Isto, na avaliação dos participantes da mesa, permitirá a construção de um instrumento fundamental para o reordenamento das ações de controle e prevenção dos agravos relacionados ao trabalho.

Problemas levantados:

O instrumento de notificação utilizado pelo INSS para fins de prestação de assistência médica e previdenciária – a CAT (Comunicação Interna de Acidente) – apresenta falhas quanto a(o):

- a) subnotificação dos acidentes e doenças do trabalho;
- b) preenchimento do laudo do exame médico, que deve ser realizado pelo médico assistente;
- c) nem todos os acidentes são registrados pelas empresas; o desconhecimento quanto ao poder de preenchimento da CAT, que pode ser formalizada pelo Sindicato, Serviço de Saúde, pelo próprio trabalhador ou seus dependentes;
- d) notificação, apenas nas declarações de óbitos, que são levantadas estatisticamente, mas não são trabalhadas;
- e) as informações são tratadas isoladamente, ou seja, setorialmente (Saúde – Previdência – Trabalho).

Avanços/Retrocessos (Considerações Gerais)

Após a promulgação da Lei Orgânica de Saúde, inserem-se, no âmbito do SUS, atribuições de Vigilância

Epidemiológica e Sanitária em “Saúde do Trabalhador”. A partir desta nova perspectiva, a área passa a ser estruturada abrindo campo de rediscussão de seu conceito e abrangência, especialmente no tocante à investigação de determinantes dos agravos à saúde originadas na relação produção/saúde.

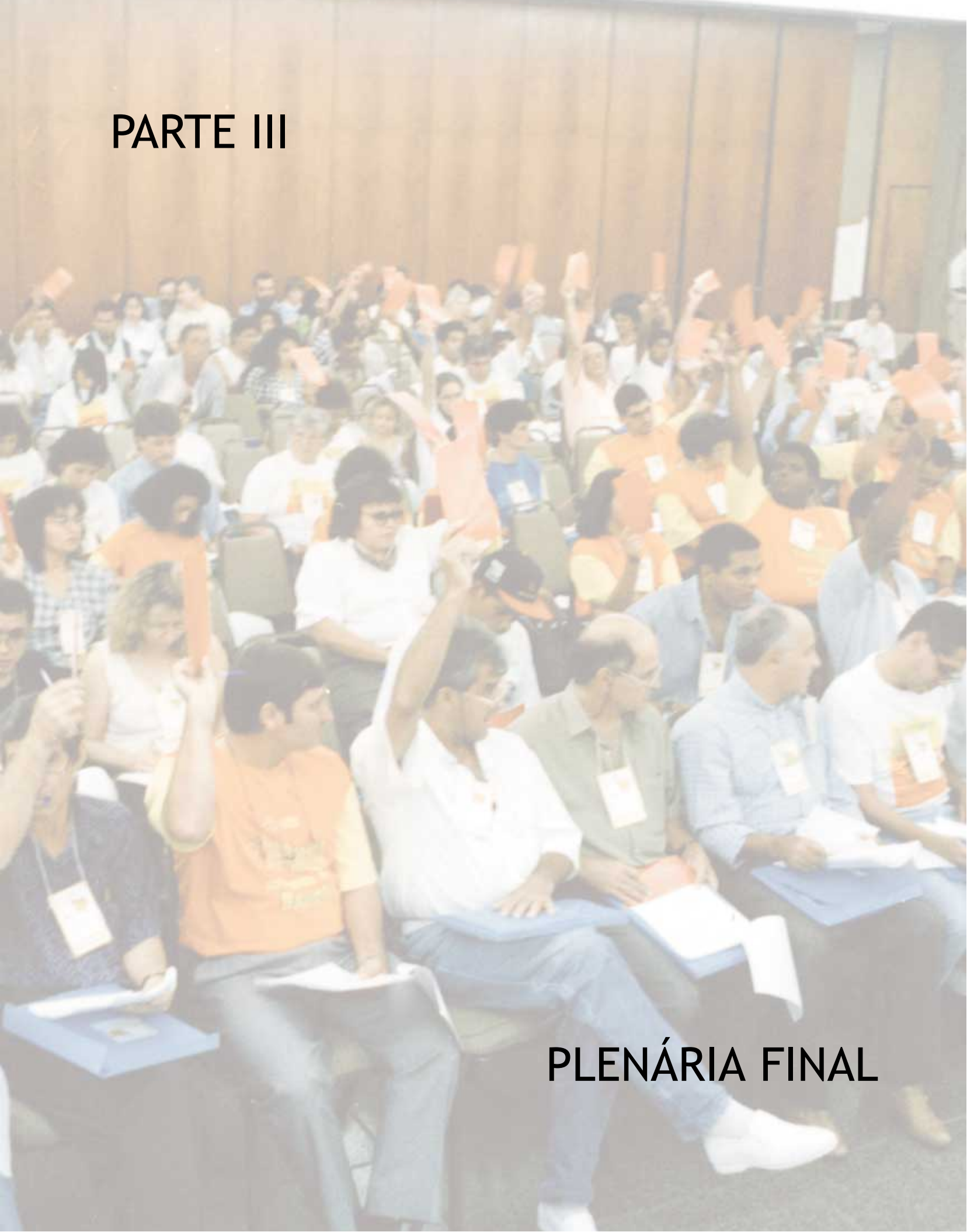
A formulação dos princípios, que devem orientar a política de saúde atual, está vinculada a questões estruturais, econômicas e políticas, que devem ser modificadas. Neste contexto, não há como falar em saúde sem abordar temas como reforma agrária, reforma urbana, saneamento básico, dívida externa, entre outros.

Os serviços de atenção à saúde em geral e, mais especificamente, a saúde do trabalhador, encontram-se totalmente inadequados às suas necessidades. De uma forma geral, os órgãos de assistência estão fragmentados e realizam uma assistência precária.

A Saúde do Trabalhador, serviço público ou privado, normalmente, restringe-se a prescrições geralmente sintomáticas que desconsideram as especificidades das patologias em sua relação com o trabalho. Em nível de Ministério da Saúde criou-se uma Divisão de Saúde do Trabalhador, que será a responsável pela normatização da área e está inserida na Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária.

Apesar das dificuldades estruturais, Mato Grosso está entre os poucos Estados da Federação que possuem o setor de Saúde do Trabalhador em suas estruturas estaduais. Isso talvez explique o número absurdo de acidentes de trabalho que se registram no país. Apesar de uma queda aparente nos últimos anos, os acidentes de trabalho atingem em média quase um milhão de trabalhadores por ano no Brasil. Se levarmos em conta o subregistro, este número pode ser até três vezes maior.

PARTE III



PLENÁRIA FINAL

Proposições aprovadas pela plenária final da III Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso

MODELO ASSISTENCIAL

A Conferência posicionou-se, decididamente, quanto à necessidade de mudanças profundas no atual modelo de assistência e nas práticas de saúde.

Tópicos pertencentes à agenda constitucional, tais como integralidade, universalidade, participação, relevância pública, regionalização e hierarquização, entre outros, foram amplamente discutidos e aprofundados, dando origem a uma extensa pauta de recomendações operacionais.

Da mesma forma, ressaltou-se a preocupação em levantar determinados aspectos, também derivados da pauta legal do SUS, porém mais detalhados em função, seguramente, das condições políticas, institucionais e epidemiológicas prevalentes em Mato Grosso.

Dentro de tal conjunto, podem ser citados: a organização do sistema estadual de saúde, de forma descentralizada, a partir de suas bases municipais, sem perder de vista as responsabilidades do gestor estadual; a ênfase na incorporação de grupos específicos, geralmente descuidados dentro do modelo tradicional de práticas de saúde; a multiprofissionalidade das equipes de saúde e a conseqüente multidisciplinaridade orientadora de suas práticas; e a co-responsabilidade pelas ações e serviços, envolvendo os diversos níveis e esferas governamentais e não governamentais.

1. Reformulação do Modelo de Atenção à Saúde

- 1.1. Implantar, no Estado e Municípios, modelo de atenção baseado nas ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde, considerando o perfil epidemiológico da população urbana e rural e orientado pelos princípios e diretrizes do SUS.

Plenária Final



- 1.2. Implementar a educação em saúde relacionada às ações preventivas (inclusive às relacionadas com a dependência de drogas e álcool) e ambientais, em parceria com as diferentes instituições e entidades (escolas, conselhos de saúde, ONG's,...).
- 1.3. Efetivação do Saneamento Básico nos municípios com:
 - fluoretação da água e controle do teor de flúor, pela Vigilância Sanitária de cada município;
 - construção de privadas higiênicas para as zonas rurais e cloração de poços, em parceria com a SANEMAT;
 - coleta e reciclagem do lixo.
- 1.4. Criar programa de educação sanitária ao consumidor.
- 1.5. Incrementar mecanismos de transparência do funcionamento dos serviços (divulgar as ações realizadas, quadro informativo do número de funcionários, carga horária e função).
- 1.6. Adequar os serviços às necessidades definidas localmente (a exemplo: da composição das equipes, horários de funcionamento, recursos materiais, presença de acompanhantes).
- 1.7. Participação dos serviços privados de saúde de forma complementar ao SUS, conforme a legislação vigente.
- 1.8. Promover a integralidade das ações.
- 1.9. Implantar formas de medicina alternativa, dando opção ao usuário, divulgando e incentivando o seu uso (ex.: homeopatia, fitoterapia, etc).

2. Atenção a Grupos Específicos

- 2.1. Implementar assistência integral à saúde da mulher, inclusive nas zonas rurais, com apoio e supervisão ao trabalho desenvolvido por parteiras.
- 2.2. Implantar política de assistência integral à terceira idade, garantindo a proteção e amparo aos idosos, conforme legislação vigente.
- 2.3. Implantar atenção à saúde do trabalhador, com a criação de serviços de assistência médica e CIPA's, com notificação de acidentes do trabalho.
Estabelecer convênio com o Ministério do Trabalho para fiscalização dos ambientes de trabalho.
- 2.4. Definir e implantar política de atenção aos portadores de HIV, inclusive vigilância

epidemiológica, com apoio aos parceiros governamentais e não governamentais, garantindo a compra de medicamentos pelo Governo do Estado.

- 2.5. Implantação do SISVAN, PSF, e PACS nos municípios, criando as condições necessárias para sua implantação.
- 2.6. Definir Política de Saúde Mental:
 - garantir atendimento e internação em hospitais gerais;
 - implantar lares abrigados para pacientes crônicos dos hospitais psiquiátricos, conforme proposta atual do Ministério da Saúde.
- 2.7. Prestar assistência médica e garantir atenção à Saúde Bucal em todas as creches públicas e comunitárias, em caráter permanente.
- 2.8. Estabelecer política de atenção à saúde do presidiário.
- 2.9. Implantar e implementar no SUS a atenção integral à pessoa portadora de deficiência, incluindo ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e inserção participativa na sociedade.
- 2.10. Fazer cumprir o Pacto pela Infância e Adolescência, na área da saúde, conforme dispõe a Constituição Federal (Art. 227) e Resolução 04/95 do Conselho Estadual de Saúde.

3. Responsabilidades da SES e organização do Sistema Estadual de Saúde

- 3.1. Definir sistema ágil de Referência e Contra Referência na área ambulatorial, laboratorial e hospitalar (a exemplo: unidades de terapia intensiva, oftalmologia, sangue e hemoderivados, reabilitação, exames colpocitológicos, zoonoses).
- 3.2. Incrementar Política de Investimentos, priorizando a conclusão de obras paralisadas, quando necessário.
- 3.3. Desenvolver a cooperação técnica para apoio à conformação dos sistemas municipais de saúde voltados para a reformulação do modelo de atenção à saúde.
- 3.4. Estabelecer mecanismos de auditoria, controle e avaliação dos serviços e ações de saúde (a exemplo: instituições psiquiátricas, distribuição de AIH's, dos serviços conveniados e contratados).

- 3.5. Implementar políticas de produção, compra e distribuição de medicamentos e insumos, adequadas à realidade local.
- 3.6. Valorizar os Planos Municipais de Saúde, aprovados pelos Conselhos de Saúde, como instrumentos orientadores da organização do Sistema de Saúde.
- 3.7. Incrementar o uso da Epidemiologia como instrumento de gestão do Sistema de Saúde, através de:
 - criação de centros de epidemiologia, em nível estadual e regional;
 - implementação de banco de dados acessível aos profissionais e população;
 - sanções ao não cumprimento das notificações compulsórias.
- 3.8. Criar mecanismos e condições para implantação imediata do laboratório farmacêutico oficial em Mato Grosso.

4. Descentralização

- 4.1. Municipalizar as ações de Vigilância Sanitária.
- 4.2. Descentralizar o controle de endemias e demais ações atualmente gerenciadas e executadas pela FNS.
- 4.3. Criar câmaras de compensação de AIH em todas as sedes de Regionais de Saúde.
- 4.4. Incentivar a criação de novos Consórcios Intermunicipais de Saúde.
- 4.5. Implantar programa de Tratamento Fora de Domicílio nos municípios.

5. Incremento das parcerias institucionais

- 5.1. Desenvolver e expandir os projetos de integração Ensino-Serviço, a exemplo do estágio integrado e interiorizado da UFMT.
- 5.2. Identificar e estabelecer parcerias com órgãos governamentais e não governamentais, para execução de ações e serviços de saúde que exijam atuação intersetorial (ex.: saneamento, educação).
- 5.3. Incentivar a realização de pesquisas das práticas alternativas mais utilizadas no Estado, em parceria com as Universidades e ONG's.

CONTROLE SOCIAL

A participação social, da qual a própria Conferência Estadual de Saúde constitui-se em um momento privilegiado, foi considerada essencial para a efetiva realização dos princípios constitucionais do SUS.

As propostas levantadas pelos participantes da III Conferência Estadual de Saúde, para efetivação do controle social no SUS demonstram, basicamente, como preocupação, a infra-estrutura dos Conselhos, a questão da representatividade dos conselheiros, o reconhecimento público do Conselho, a democratização das informações, a capacitação dos conselheiros e a inserção da população indígena nas decisões da Política de Saúde do Índio.

1. Capacitação e Comunicação

- 1.1. Criar estratégias e oportunidades de capacitação e divulgação alternativas adequadas a cada finalidade específica voltadas para conselheiros e comunidade em geral, visando formação e informação, referente a princípios e diretrizes do SUS, papel do controle pela sociedade, financiamento e uso dos recursos, e situação de saúde da população.
- 1.2. Os processos de capacitação deverão obedecer a critérios para escolhas de participantes, que contemplem o compromisso destes enquanto representantes de suas categorias específicas;
- 1.3. Implementar vias de comunicação dos CMS E CES com a sociedade civil.
- 1.4. Utilizar as coordenadorias de educação em saúde para promover campanha e produzir material de conscientização do controle social, fomentando a divulgação nos meios de comunicação, como rádio e TV.
- 1.5. Os CMS e o CES deverão divulgar data, pauta, local, horário e ata das reuniões à SMS, Organizações da Sociedade Civil, para que sejam abertas à comunidade em geral.
- 1.6. Os gestores da saúde deverão garantir a visibilidade das informações orçamentárias, financeiras, epidemiológicas e as referentes à produção de serviços, qualidade da assistência e critérios de redistribuição de recursos, pelos meios de comunicação que têm acesso.
- 1.7. Os Conselhos deverão ter um planejamento das ações de forma participativa, visando a definição de prioridades e sua avaliação como ator social.

- 1.8. Executar o projeto de capacitação elaborado em oficinas, com participação de instituições públicas e entidades populares.
- 1.9. O CES deverá criar assessoria de comunicação e imprensa, visando estabelecer comunicação com a sociedade, no sentido de sensibilizá-la para o exercício do controle social.
- 1.10. O processo de formação de conselheiros deverá contemplar conteúdos que tornem claros os instrumentos jurídicos no controle social, o papel do legislativo e estabelecer uma política de parceria.
- 1.11. A SES deverá confeccionar boletim informativo contendo informações referentes aos hospitais conveniados e não conveniados ao SUS.

2. Estruturação dos Conselhos

- 2.1. As Conferências Municipais de Saúde deverão acontecer a cada dois anos, e nos anos alternados serão realizados seminários para avaliação e informação de como se está processando a política de saúde no município.
- 2.2. O Presidente do Conselho Municipal de Saúde será eleito entre os conselheiros conforme a Resolução nº 33 do Conselho Nacional de Saúde de 23 de dezembro de 1992, e, nos municípios com Lei Orgânica contrária à Resolução serão propostas mudanças.
- 2.3. O Conselho Municipal de Saúde deverá possuir secretaria executiva com sala própria, garantida pela SMS, a fim de assessorar o trabalho dos conselheiros, dentro da realidade de cada município.
- 2.4. O Conselho Municipal de Saúde deverá criar a Ouvidoria Geral com toda infra-estrutura, a fim de ter uma instância que apure as denúncias encaminhadas pela população usuária do SUS.
- 2.5. O CMS deverá ter dotação orçamentária dentro do orçamento geral da SMS.
- 2.6. A composição do CMS será revista quanto à sua paridade a cada Conferência Municipal de Saúde onde serão eleitas as entidades que participarão da próxima gestão do mesmo.
- 2.7. Deverá ter assento no CMS, um representante do Conselho Local de Saúde Indígena.

3. Papel dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde

- 3.1. O CES criará mecanismo de revisão no Código Estadual de Saúde, do capítulo que trata da estruturação do CES, a fim de garantir que as entidades que o compõem sejam eleitas nas Conferências Estaduais de Saúde ou em Fórum específico, e não sejam fixadas em Lei como a estrutura atual.
- 3.2. O CES deverá incentivar a reativação e criação dos Conselhos Municipais de Saúde inativos ou inexistentes.
- 3.3. O CES e CMS's deverão realizar debates nos municípios sobre controle social, papel do conselheiro e direito do cidadão.
- 3.4. O CES deverá criar um núcleo de apoio regionalizado para assessorar os Conselhos Municipais de Saúde.
- 3.5. Os CMS's deverão estimular a constituição dos Conselhos Locais de Saúde nos municípios.
- 3.6. Os CMS's e o CES deverão cumprir as Resoluções do I Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde.
- 3.7. O CES deverá recomendar aos municípios a realização de reuniões periódicas entre Prefeito, vereadores, Secretário de Saúde e Conselho Municipal de Saúde.
- 3.8. Os CMS's e o CES deverão mobilizar os trabalhadores e usuários, através de associações de moradores de bairros e sindicatos específicos juntamente com a sociedade organizada em defesa do SUS, frente ao avanço de propostas contrárias aos seus princípios e diretrizes.
- 3.9. O CES deverá organizar plenária, a fim de discutir controle social e a política de saúde para o Estado, com os Secretários de Saúde que irão assumir após as eleições municipais.
- 3.10. Os CMS's e o CES deverão solicitar do Ministério da Saúde, cópia dos relatórios de verbas enviadas aos Municípios/Estados.
- 3.11. Os Conselhos de Saúde deverão ter controle absoluto dos critérios definidos para a distribuição de AIH's e demais recursos do SUS.
- 3.12. Os convênios e contratos do setor privado com o SUS deverão ser previamente autorizados pelos Conselhos Municipais de Saúde.
- 3.13. Os Conselhos Municipais e Estadual de Saúde deverão aprovar prestação de contas aos con-

selheiros municipais e estaduais de saúde, controlar o Fundo Municipal de Saúde e a execução orçamentária.

- 3.14. O CES deverá prestar assessoria efetiva aos Conselhos Municipais de Saúde e Conselhos Locais de Saúde Indígena.
- 3.15. O CES deverá estimular e apoiar a articulação e plenárias e fóruns de saúde como espaço coletivo não institucional de elaboração de política e avaliação das ações.
- 3.16. Avaliar, semestralmente, o cumprimento das resoluções desta Conferência e apresentar a cada Conferência, o relatório dos encaminhamentos das proposições da Conferência anterior.
- 3.17. Criar um fórum para discutir os rumos do IPEMAT.

4. Articulação entre Conselhos e desses com a Sociedade Civil Organizada

- 4.1. O CES deverá criar estratégias de articulação entre os CMS's a fim de estabelecer trocas de experiências entre os mesmos.
- 4.2. O CES deverá promover no primeiro semestre de 1997, a II Conferência Estadual de Conselhos de Saúde com divulgação direta para os CMS's.
- 4.3. As SMS deverão ter assento nos Conselhos Indígenas.
- 4.4. O CES deverá garantir um canal de interlocução entre os órgãos, CES e Comissão Intergestora Bipartite, definido o papel de cada um, evitando superposição das ações.
- 4.5. O CES deverá promover assembléia anual de representante de Conselho Municipal de Saúde, com representação paritária, com o objetivo de avaliar a atuação dos conselhos, bem como planejar ações conjuntas.
- 4.6. Os CMS's e o CES deverão estabelecer parceria com o Ministério Público a fim de buscar e divulgar informações sobre o papel do Legislativo e os instrumentos jurídicos referentes ao controle social.
- 4.7. Organizar fórum de debate com os candidatos a prefeito e vereadores sobre as propostas aprovadas nas Conferências Estadual e Municipais de Saúde.

5. Papel das Secretarias Municipais e Estadual de Saúde

- 5.1. As SMS e a SES deverão promover audiência pública, periodicamente, visando à prestação de

contas das verbas recebidas pelo município e Estado à sociedade civil, com a fixação de relatórios em locais públicos e de fácil visibilidade e interpretação, bem como garantir ampla divulgação de dados e de projetos relativos à saúde.

- 5.2. A SMS deverá colocar à disposição dos CMS's, uma equipe multiprofissional, como auditor, para assessoria na fiscalização aos serviços conveniados e contratados com o SUS, os quais não poderão ser prestadores de serviços, devendo ser submetidos à aprovação do Conselho Municipal de Saúde.
- 5.3. A SES deverá constituir as Bipartites Regionais.

O PAPEL DO ESTADO NO SUS – PROBLEMAS E DIFICULDADES

Das dificuldades encontradas para a Consolidação do SUS, as principais estão relacionadas com os recursos humanos e financeiros. Isto implica dizer que:

- a) as formas de aplicação e investimento dos recursos financeiros não são compatíveis com as propostas do SUS (produtividade x impacto na Saúde);
- b) as características, na formação e qualificação dos Recursos Humanos, também se caracterizam enquanto dificuldade na organização e gestão dos serviços.

Um outro fator a ser considerado entre as dificuldades para a gestão do SUS está relacionado à indefinição da articulação entre as demais instâncias direta ou indiretamente ligadas ao processo saúde-doença, ou seja, as outras instituições ligadas interinstitucionalmente nas demais esferas de bens e serviços (saneamento, políticas públicas, etc.).

A III Conferência Estadual de Saúde apontou várias alternativas em relação a esses problemas, tais como valorização dos recursos humanos e participação desses nas decisões, descentralização financeira e administrativa para as diversas instâncias da Secretaria Estadual de Saúde e parceria com outras instituições, principalmente no que diz respeito a meio ambiente e saneamento básico.

1. Recursos Humanos – Competência do Município

- 1.1. Incentivar os profissionais de saúde, para que trabalhem com grupos organizados da área de

abrangência orientando-os a respeito do exercício da cidadania.

- 1.2. Criar estratégias para humanizar e melhorar a qualidade no atendimento ao usuário.
- 1.3. Garantir o cumprimento da carga horária dos profissionais de saúde, de acordo com o especificado no seu contrato de trabalho.
- 1.4. Garantir transporte aos servidores que exercem suas funções em local distante de sua residência e alimentação aos que fizerem período integral.
- 1.5. Adequar os RH's existentes na rede, sem interferência política partidária, implantando programa de educação continuada, realizando cursos de formação e treinamentos para todos os níveis de servidores a partir de um profundo estudo do perfil epidemiológico do município, capacidade instalada, dados populacionais e outros.
- 1.6. Realizar imediatamente concurso público que atenda às necessidades dos serviços, adeque o perfil do profissional ao novo modelo do SUS, garantindo pontuação diferenciada para quem já estiver prestando serviço na área.
- 1.7. Garantir a identificação pessoal dos trabalhadores do SUS, através do uso de crachá.
- 1.8. Realizar reuniões periódicas com os profissionais de cada setor a fim de que possam participar das decisões e planejamento das atividades.
- 1.9. Promover eleição entre os funcionários de carreira da instituição, para os cargos de chefia das unidades de saúde e remunerá-los.
- 1.10. Garantir no quadro funcional a categoria profissional de assistente social e nutricionista em todos os centros de saúde e policlínicas.
- 1.11. Garantir equipamento de proteção individual para todos os funcionários, de acordo com a função exercida, segundo normas de vigilância sanitária.

2. Recursos Humanos – Competência do Estado

- 2.1. Formar grupo paritário entre governo, trabalhadores e usuários para estudar a reforma administrativa no que diz respeito ao servidor público.
- 2.2. Garantir comissão multiprofissional para implantar política de saúde mental e orientar, informar e fiscalizar os procedimentos dos profissionais de saúde.

- 2.3. Solicitar, aos órgãos competentes, a reavaliação dos convênios existentes com as escolas onde funcionam cursos de nível médio na área da saúde, com a finalidade de verificar as condições de estrutura física, pedagógica e de recursos humanos.
- 2.4. Definir critério para criação de cursos profissionalizantes de nível médio, levando em consideração as necessidades do SUS e o perfil epidemiológico da região.
- 2.5. Estabelecer, nos convênios e contratos com hospitais e laboratórios privados, a obrigatoriedade de os mesmos cederem, uma vez que apresente condições técnicas, seus estabelecimentos para campo de estágio dos cursos profissionalizantes da área da saúde.
- 2.6. Realizar, em conjunto com as Universidades e entidades de classe, pesquisa sobre o perfil da força de trabalho em saúde no Estado.
- 2.7. Obrigatoriedade para as instituições privadas vinculadas ao SUS terem um plano de qualificação profissional para os seus trabalhadores, assim como a garantia da profissionalização dos que não tiverem qualificação específica.
- 2.8. Discutir, conjuntamente com os municípios, a elaboração de um PCCS único para o SUS, sob a gerência do município, que estabeleça a dedicação exclusiva para todos os profissionais, isonomia salarial para os servidores dos três níveis de governo, e carga horária única (30 horas), garantindo tabela salarial justa com pagamento até o 5º dia útil do mês.
- 2.9. Dar posse, imediatamente, aos profissionais de área de saúde já concursados, de acordo com as necessidades.
- 2.10. Criar uma Escola de Saúde Pública para capacitação de recursos humanos, incluindo pós-graduação e aperfeiçoamento, em convênio com as Universidades.
- 2.11. Descentralizar a Escola Técnica de Saúde para os municípios sede das regionais.
- 2.12. Priorizar a realização de cursos aos municípios considerados de risco.
- 2.13. Transformar a Escola Técnica de Saúde em unidade orçamentária.
- 2.14. Efetivar política permanente de RH, planejada, gerenciada e executada pelas regionais de saúde.

de, com a garantia da autonomia administrativa e financeira.

- 2.15. Criar comissão interinstitucional (SES, SEE, Universidades, COSEMS, ETF e FNS) para propor uma política permanente de RH para o Estado.
- 2.16. Criar quadro funcional de inspetor sanitário para a Vigilância Sanitária e Epidemiológica.
- 2.17. Promover a formação e a contratação de médicos homeopatas na rede de saúde pública.
- 2.18. Realizar oficinas e/ou seminários para divulgar as Portarias que se referem a PPD (Pessoa Portadora de Deficiência) com objetivo de informar melhor os municípios e implementar programas de atenção integral a PPD.
- 2.19. A SES deverá contratar imediatamente, recursos humanos, para o núcleo central de saúde do trabalhador da Secretaria (médico, engenheiro, advogado, enfermeiro e técnicos especializados em saúde do trabalhador).
- 2.20. A SES deverá realizar, ainda em 1996, os treinamentos em técnicas de mapeamento de riscos em saúde do trabalhador, programados para este ano, ampliando para Sinop.

3. Recursos Humanos – Competência da União

- 3.1. Implantar programa de ascensão funcional aos servidores do Ministério da Saúde.
- 3.2. Incluir no Programa de Qualificação do Fundo de Apoio ao Trabalhador a qualificação dos profissionais de saúde.
- 3.3. Reestruturar os programas de residência médica, visando a formação do médico generalista.

4. Recursos Humanos – Incrementos das parcerias intitucionais

- 4.1. Realizar trabalho visando à melhoria dos cursos profissionalizantes de nível médio da área da saúde já implantados e evitar a criação de cursos sem condições de funcionamento.
- 4.2. Analisar os currículos dos cursos de nível médio na área de saúde, com objetivo de evitar a dicotomia entre teoria e prática.
- 4.3. Dar continuidade aos cursos de capacitação dos agentes comunitários de saúde e divulgar suas atividades, valorizando seu trabalho junto à comunidade, reconhecendo e regulamentando a sua categoria profissional.

- 4.4. Criar programa de incentivo à interiorização dos profissionais de saúde.
- 4.5. Dar continuidade aos cursos para gestores municipais de saúde e criar cursos para gerentes de unidades de saúde.
- 4.6. Criar mecanismos para que o servidor público possa concluir seus estudos assegurando vagas nas redes de ensino público em nível Federal, Estadual e Municipal.
- 4.7. Criar mesas de negociação permanente entre trabalhadores e empregadores do SUS.
- 4.8. Propor às Secretarias de Educação a inclusão, na grade curricular de I e II graus, conteúdos que contemplem o impacto, degradação e manejo sustentável do ambiente, bem como, a disciplina Educação em Saúde difundindo conhecimento sobre o SUS.
- 4.9. Garantir, nas três esferas de governo, o mínimo de 2% do seu orçamento para investimento na formação e capacitação de RH.

5. Financiamento – Competência do Estado

- 5.1. Auxiliar, financeiramente, os municípios que têm consórcio, bem como o HPSM conforme as normas do Conselho Federal de Medicina, com o equivalente a 50% de seus gastos, considerando que estes funcionam como referência.
- 5.2. Garantir 20% do seu orçamento para a saúde.
- 5.3. Melhorar o remanejamento automático dos itens orçamentários, considerando a produção dos serviços efetuados pelos municípios e com tabela condizente com os serviços realizados.
- 5.4. Fiscalizar a existência e funcionamento dos Fundos Municipais de Saúde e obrigar a criação onde ainda não existam.
- 5.5. Agilizar o processo dos municípios para ingresso na Gestão Semiplena, através da Comissão Bipartite.
- 5.6. Cumprir o item da Lei de Diretrizes Orçamentárias, concernente à saúde do índio.
- 5.7. Criar e efetivar as Câmaras de Compensação de AIH's em todas as Regionais de Saúde.

6. Financiamento – Competência do Município

- 6.1. Normatizar o repasse de suprimento de fundo às unidades de saúde de acordo com uma planilha de alocação de recursos, com autonomia dos res-

ponsáveis pelas unidades e em conjunto com os conselhos gestores.

- 6.2. Repassar, no mínimo, 10% do orçamento próprio, para o Fundo Municipal de Saúde.
- 6.3. Garantir a administração dos recursos do Fundo Municipal de Saúde pelo CMS, sendo que estes deverão ser os ordenadores de despesas desse recurso.
- 6.4. Criar comissão de licitação para compras de medicamentos e insumos, em nível local.

7. Financiamento – Competência da União

- 7.1. Assegurar a aplicação imediata do Art. 3º da Lei 8.142, que define a regulamentação do Art. 35 da Lei 8.080.
- 7.2. Ampliar o número de AIH's para os municípios e fazer a distribuição de acordo com a população real e critérios nosológicos.

8. Financiamento – Competência das Três Esferas de Governo

- 8.1. Repassar as verbas federais, de acordo com os critérios determinados na Lei 8.080.
- 8.2. Assegurar a aplicação imediata do Art. 3º da Lei 8.142, que define a regulamentação do Art. 35 da Lei 8.080.
- 8.3. Garantir, no orçamento, percentual destinado ao SUS, de acordo com sua realidade e necessidades.
- 8.4. Aprovar Lei Federal que garanta ao orçamento do SUS um mínimo de 10% de recursos próprios da União, Estados e Municípios, bem como 30% da Seguridade Social.
- 8.5. Garantir que as verbas arrecadadas pelas Vigilâncias Sanitárias Estadual e Municipais sejam revertidas ao FMS/FES.
- 8.6. Democratizar, junto às bases dos Conselhos de Saúde, a discussão da NOB-96 para posterior aprovação.
- 8.7. Garantir a movimentação do FES e FMS sob a fiscalização dos Conselhos de Saúde.
- 8.8. Repassar os recursos financeiros da Fundação Nacional de Saúde aos municípios para que estes executem as ações de saúde, desde que estes apresentem capacidade técnica e científica para tanto e em consonância com o Plano Municipal de Saúde, garantindo autonomia e aprovação pelos Conselhos Municipais de Saúde.

- 8.9. Garantir a aprovação das contas da saúde pelos Tribunais de Contas somente após aprovação destas pelos Conselhos de Saúde.

- 8.10. Repassar os recursos financeiros da CEME aos municípios para aquisição de medicamentos e insumos, preferencialmente sob a forma de consórcios.

- 8.11. Garantir que conste nas licitações para aquisição de insumos (reagentes, equipamentos, etc.) especificação técnica do produto, devendo a compra, definitiva, ser precedida do parecer técnico da unidade solicitante.

9. Intersetorialidade – Competência do Estado

- 9.1. Garantir melhor atendimento aos municípios por parte dos servidores da SES.
- 9.2. Efetivar a municipalização da SANEMAT.
- 9.3. Articular com o DETRAN e Secretaria de Educação, um programa de organização do trânsito, fiscalização e sinalização nas estradas com objetivo de evitar os acidentes de trânsito.
- 9.4. Apresentar os EIA's (Estudo de Impacto Ambiental), RIMA's (Relatório de Impacto Ambiental) aos CMS's antes de sua aprovação.
- 9.5. Recomendar que a emissão dos alvarás pela FEMA passe por consulta das SMS e CMS's, antes de sua expedição.
- 9.6. Recomendar, à Secretaria de Agricultura, a agilização das ações de combate à brucelose e tuberculose nas vacas leiteiras e de abate.
- 9.7. Recomendar a garantia de infra-estrutura básica nos postos de saúde e escolas nas áreas de assentamento das famílias, água de boa qualidade e destino adequado do lixo.

10. Intersetorialidade – Competência do Município

- 10.1. Recomendar, às Secretarias de Obras, a melhoria do acesso às comunidades rurais.
- 10.2. Criar um trabalho de conscientização sobre produtos químicos utilizados na zona rural.
- 10.3. Incentivar a criação de hortas comunitárias, inclusive de plantas e ervas medicinais.
- 10.4. Incentivar a denúncia ao Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente dos casos de maus tratos aos menores, principalmente os ocorridos nas delegacias.

- 10.5. Incentivar programas de moradia popular.
- 10.6. Recomendar a implantação de Delegacias da Mulher, onde não houver, e criar programa de educação sexual nas comunidades, em relação à violência contra a mulher.
- 10.7. Garantir o cumprimento da lei que obriga os proprietários a fazer a limpeza dos terrenos baldios.

11. Intersetorialidade – Competência das Três Esferas de Governo

- 11.1. Definir política de saneamento básico.
- 11.2. Assegurar, junto aos canais de comunicação, horário gratuito para a divulgação das ações de saúde.
- 11.3. Estabelecer sistema de auditoria estadual para a área de saúde.
- 11.4. Incentivar alternativas para geração de emprego.
- 11.5. Criar formas de pressão para reforma agrária, de forma planejada e integrada.
- 11.6. Promover, em conjunto com a FEMA e IBAMA, campanhas de conscientização sobre as queimadas, conservação e limpeza das nascentes de águas existentes nos municípios.

POLÍTICAS ESPECÍFICAS

1. Sangue e Hemoderivados

- 1.1. Transformar o Hemocentro em Fundação a exemplo dos demais Hemocentros do país.
- 1.2. Promover vacinação, em massa, para hepatite B, nos municípios de alta prevalência, e para os doadores de repetição.
- 1.3. Promover a união de municípios vizinhos para captação de doadores e coleta de sangue.
- 1.4. Promover campanha publicitária para conscientização da população do Estado quanto à necessidade de doação de sangue.
- 1.5. Promover campanha educativa, direcionada aos profissionais de saúde quanto à importância da qualidade do sangue.
- 1.6. Proporcionar autonomia administrativa e financeira para o Hemocentro Coordenador.
- 1.7. Mobilizar os Conselhos Municipais de Saúde na cobrança dos meios de interromper no Mato Gros-

so a transfusão de sangue não testado (braço a braço).

- 1.8. Impedir que os bancos de sangue privados continuem fazendo uma captação de doadores da forma agressiva e exagerada com que é feita (atuação dos CMS's).
- 1.9. Dar mais autonomia à Vigilância Sanitária para bancos de sangue.
- 1.10. Agilizar a implementação da Hemorede, promovendo ações concretas para coibir a transfusão "braço a braço".

2. Saúde do Trabalhador

- 2.1. A SES deverá implantar um programa descentralizado, de saúde do trabalhador, para o Estado.
- 2.2. O Ministério da Saúde deverá implantar, urgentemente, um programa de saúde do trabalhador, dentro dos seus órgãos.
- 2.3. A SES deverá rever, no prazo máximo de 1 mês, e encaminhar ainda este ano para a Assembléia Legislativa, o Código Sanitário do Estado.
- 2.4. A SES deverá dinamizar as comissões de infecção hospitalar existentes nas unidades sanitárias.
- 2.5. O Ministério da Saúde deverá implantar, juntamente com outros Ministérios e órgãos, um sistema único de informações sobre saúde do trabalhador.
- 2.6. Os gestores do SUS deverão difundir a obrigatoriedade do preenchimento e registro do laudo de exame médico – LEM.
- 2.7. A SES deverá legalizar a Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador do Estado e oficializar o Regimento Interno desta Comissão.

3. Portadores de Deficiência

- 3.1. Adotar o conceito de modelo de reabilitação que, segundo a OPAS, "é um conjunto de ações de atenção à saúde sendo um componente imprescindível para promoção, prevenção e assistência às pessoas, na manutenção de sua saúde, bem estar, bem como de sua família e comunidade".
- 3.2. Implantar, na rede pública de saúde, a atenção integral à PPD (Pessoa Portadora de Deficiência), incluindo ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação social e inserção participativa na sociedade.

- 3.3. Normatizar a concessão de órteses e próteses e sua vinculação à assistência adequada, ao treinamento, ao acompanhamento técnico psicoterápico, e à adaptação da órtese e prótese que receberá.
- 3.4. Contemplar a concessão de órteses e próteses, preferencialmente, às entidades públicas ficando vinculadas ao controle e avaliação das mesmas, evitando o apadrinhamento, e usando critérios técnicos e não somente a licitação.
- 3.5. Normatizar a adequação arquitetônica das unidades de saúde, no nível espacial e concreto, garantindo, às pessoas portadoras de deficiência, acessibilidade aos serviços de saúde, quer como usuários ou como profissionais, de acordo com a Constituição Federal e a NBR 9050 da ABNT.
- 3.6. Implantar e implementar projetos experimentais de “Reabilitação Baseada na Comunidade”, em um dos bairros de Cuiabá, para posterior ampliação para a capital e Estado.
- 3.7. Sistematização da assistência em todas as fases de intervenção: a) Nível 1: Prevenção, detecção, orientação, estimulação e capacitação; b) Nível 2: Diagnóstico e ações básicas de reabilitação; c) Nível 3: Ações complexas de reabilitação.
- 3.8. Vincular a existência de leitos de referência para pacientes de reabilitação a uma equipe técnica (médicos especialistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos, etc.) que atuará diretamente com quadros agudos, minimizando as seqüelas e, principalmente, diminuindo a falta de vagas existente no Centro de Reabilitação devido aos quadros crônicos que poderiam ser facilmente evitados.
- 3.9. Desenvolver programa de atenção à saúde da PPD, voltado para todos os tipos de deficiências, ou seja, física, auditiva, visual, mental, psicológica, orgânica e múltipla, dentro do enfoque amplo de reabilitação, que extrapole a mera preocupação com o aspecto motor ou funcional, englobando a área psicossocial.
- 3.10. Ampliar os atendimentos de habilitação e reabilitação às PPD's e, conseqüentemente, aumentar o quadro técnico para dar suporte a esse trabalho.

4. Terceira Idade

- 4.1. Implantar programas geriátricos em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde/SUS, (Federal, Estadual e Municipal).
- 4.2. Tornar realidade o artigo 232 da Constituição Estadual, regulamentado em março de 1996, assegurando o desenvolvimento pleno da Política de Assistência Integral ao Idoso em Mato Grosso, garantindo ainda o acesso aos serviços e programas de saúde, com direito ao atendimento do nível primário ao terciário.
- 4.3. Recomendar, à Fundação de Promoção Social do Estado (PROSOL), a criação de Centros de Convivência para Idosos, através da manutenção dos recursos do Projeto Conviver, que deverá passar para a competência da Secretaria Nacional de Assistência, garantindo condições de sobrevivência aos grupos organizados de idosos do Estado de Mato Grosso.
- 4.4. Criação de uma comissão para traçar as políticas de atendimento do idoso, que deverá concluir seu trabalho no prazo máximo de 120 dias a contar do término da III Conferência Estadual de Saúde.

5. Saúde Indígena

- 5.1. Efetivar o modelo de Saúde Indígena proposto na II Conferência Nacional da Saúde do Índio, contemplando a regulamentação e implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e a participação da população indígena.
- 5.2. Os municípios que possuem aldeias indígenas, na sua área de abrangência, deverão participar efetivamente dos Conselhos Locais de Saúde Indígena.
- 5.3. A SES, através das Regionais de Saúde, deverá participar efetivamente das reuniões dos Conselhos Locais de Saúde Indígena.
- 5.4. A FUNAI, FNS e SES deverão realizar um trabalho junto às ADR's (Administradores Regionais), sobre o papel dos Conselhos de Saúde Indígena e sua importância, para garantir qualidade na saúde indígena.
- 5.5. A Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) deverá ser reativada imediatamente pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).
- 5.6. A CISI, após sua reativação deverá estar ligada ao CNS, e ter um papel participativo/ativo junto aos Estados que possuem populações indígenas,

e que não se reúna apenas em Brasília, mas que faça rodízio entre as áreas próximas às comunidades indígenas.

- 5.7. A III Conferência Nacional de Saúde Indígena deverá ser marcada na X Conferência Nacional de Saúde.

OUTROS

1. Garantir que os Secretários Municipais de Saúde residam no município, tenham 2º grau completo e sejam da área da saúde pública.
2. Transformar a fábrica de medicamentos de Mirassol D'Oeste em Fundação.
3. Regularizar a posse da terra pelo INCRA e INTERMAT.
4. Organizar fórum de debate com os candidatos a prefeito e vereador sobre as propostas aprovadas nas Conferências Municipais e Estadual de Saúde.

5. Adequar a estrutura arquitetônica das unidades de saúde, garantindo o acesso aos portadores de deficiências aos serviços, de acordo com a Constituição Federal, a NBR 9050 e a ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas).

MOÇÕES APROVADAS NA PLENÁRIA FINAL

RECOMENDAÇÃO APROVADA

Nós, delegados representantes dos municípios mato-grossenses presentes na III Conferência Estadual de Saúde, recomendamos ao Governo do Estado de Mato Grosso e aos municípios que assumam a municipalização do Saneamento Básico.

Obs: Documento com 20 assinaturas.

Responsáveis pela organização, com sucesso, da Conferência



MOÇÃO DE APLAUSO

Nós, abaixo assinados, vimos apresentar, ao Pleno desta III Conferência Estadual de Saúde, uma Moção de Aplauso pela participação dos diversos povos indígenas, aqui representados por uma numerosa delegação. Entendemos que a Nação Brasileira, portanto todos nós, temos uma dívida social impagável para com esses nossos irmãos. Dívida esta, feita de dor, genocídio e silêncio. Silêncio esse que vem sendo rompido com muita garra pela organização e resistência dos povos indígenas do Brasil e de Mato Grosso.

Pela demarcação urgente das terras indígenas!

Pela dignidade dos povos indígenas.

Cuiabá, 26 de julho de 1996.

Obs: Documento com 70 assinaturas.

MOÇÃO DE SOLIDARIEDADE

- Considerando que a saúde, sendo medida pelo nível de qualidade de vida prevalente na comunidade, é a resultante das condições de vida, trabalho e lazer proporcionadas pela inserção social dos indivíduos e coletividades;
- Considerando que os nutricionistas são os profissionais legalmente habilitados e eticamente competentes para gerir as ações profiláticas e terapêuticas desempenhadas pela alimentação e nutrição humanas, intervindo mediante a participação em equipes multidisciplinares prescritas nos diários do SUS – Sistema Único de Saúde;
- Considerando que a Constituição Brasileira estabelece: “A Saúde é direito de todos e dever do Estado”;

Nós, abaixo assinados, delegados na III Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso, vimos:

- a) Prestar irrestrita solidariedade aos nutricionistas do Pronto Socorro Municipal de Cuiabá/MT, vítimas de um processo de terceirização, imposto sem suas anuências e de uma maneira nada transparente e pouco criteriosa, tendo sido colocados à margem das decisões que afetam diretamente a qualidade dos serviços de nutrição e dietética prestados pelos estabelecimentos públicos de saúde no município de Cuiabá/MT, estando agora em disponibilidade;

- b) Prestar irrestrita solidariedade aos nutricionistas, legitimamente aprovados no concurso público da FUSC – Fundação de Saúde de Cuiabá, mas ainda não convocados e nomeados – devido a essa postura equivocadamente punitiva da Secretaria Municipal de Saúde – denotando o descaso do poder público municipal com essa categoria profissional e com a bandeira de luta da redenção social por intermédio do acesso da população mato-grossense – notadamente a mais carente – a uma alimentação e nutrição quantitativa e qualitativamente orgânico-fisiológica e de promoção e recuperação da rigidez que caracterizam uma cidadania integral.

Saúde: um compromisso social, uma parceria profissional!

Obs: Documento com 26 assinaturas.

MOÇÃO DE APOIO

À PRODUÇÃO DE MEDICAMENTOS FITOTERÁPICOS EM MIRASSOL D'OESTE

Solicitamos do Governo do Estado, através da Secretaria de Estado de Saúde, apoio técnico e financeiro para a implementação da Fábrica de Medicamentos Fitoterápicos do Município de Mirassol D'Oeste e utilização de sua produção em todo o Estado de Mato Grosso.

Obs: Documento com 38 assinaturas.

MOÇÃO DE REPÚDIO

Os Secretários Municipais de Mato Grosso apresentam Moção de Repúdio à proposta de extinção das Comissões de Intergestores Bipartites e Tripartites, por considerarem as mesmas como um espaço democrático em que os municípios negociam com as diversas esferas de gestão e decidem sobre a operacionalização do Sistema Único de Saúde. A sua extinção significaria um retrocesso ao processo de descentralização, pois estaríamos retirando o espaço de sustentação do mesmo.

Obs: Documento com 47 assinaturas.

DENÚNCIA

O Conselho Local de Saúde dos Povos Indígenas Bororo e Bakairi – Rondonópolis/MT, através de seu delegado, vem de público denunciar a Administração Regional da FUNAI

de Cuiabá e Núcleo de Apoio da FUNAI de Rondonópolis/MT, que, de forma contínua, tem cerceado o controle social garantido na Constituição e Lei Orgânica da Saúde, inviabilizando as reuniões deste Conselho. Além disso, perseguindo a equipe de saúde, culminando com a demissão do dentista Wagner Araújo, do PNUD/PRODEAGRO (reintegrado), do enfermeiro Vicente Guimarães – PNUD/PRODEAGRO e impondo retaliações à enfermeira Francilene Anunciato.

Obs: Documento com 21 assinaturas.

MOÇÃO DE REPÚDIO

O Conselho Local de Saúde dos Povos Indígenas Bororo e Bakairi – Rondonópolis/MT vem de público manifestar o seu repúdio às ingerências da Administração Regional da FUNAI de Cuiabá e Núcleo de Apoio da FUNAI de Rondonópolis/MT, prejudicando, sensivelmente, o Plano Integral de Assistência à Saúde Indígena - PIASI, apresentado e aprovado por este Conselho.

Obs: documento com 21 assinaturas.

MOÇÃO DE REPÚDIO

O Conselho Local de Saúde dos Povos Indígenas Bororo e Bakairi – Rondonópolis/MT vem de público manifestar repúdio ao responsável pelos assuntos indígenas do PNUD/PRODEAGRO pela conivência e cumplicidade aos desmandos promovidos pela Administração Regional da FUNAI de Cuiabá e Núcleo de Apoio da FUNAI de Rondonópolis/MT.

Obs: Documento com 21 assinaturas.

MOÇÃO DE APLAUSO

O Conselho Local de Saúde dos Povos Indígenas Bororo e Bakairi – Rondonópolis/MT vem, de público, aplaudir os povos indígenas por exigir participação na III Conferência Estadual de Saúde.

Obs: Documento com 21 assinaturas.

MOÇÃO DE APLAUSO

O Conselho Local de Saúde dos Povos Indígenas Bororo e Bakairi – Rondonópolis/MT vem, de público, aplaudir a Secretaria Estadual de Saúde por garantir a participação de delegados dos Povos Indígenas na III Conferência Estadual de Saúde.

Obs: Documento com 21 assinaturas.

MOÇÃO DE APLAUSO

O Conselho Local de Saúde dos Povos Indígenas Bororo e Bakairi – Rondonópolis/MT vem, de público, aplaudir a Secretaria Estadual de Saúde pela sensibilização à causa indígena, propondo a contratação de recursos humanos para as causas indígenas.

Obs: Documento com 21 assinaturas.

MOÇÃO DE REPÚDIO

- Considerando os preceitos da Reforma Sanitária, que conceitua a saúde como resultado das condições de vida;
- Considerando que é na terra que o índio mora, planta, coleta, caça e pesca;

As instituições e os delegados representantes de vários povos indígenas participantes da III Conferência Estadual de Saúde vêm, de público, manifestar o seu repúdio ao Decreto 1775 e Portaria 14, do Governo Federal, com anuência do Ministério da Justiça, cujos decretos e portarias propiciam a usurpação das terras indígenas e delapidação do patrimônio público.

Obs: Este documento foi entregue ao Ministro da Justiça com 38 assinaturas.

QUESTÃO DE ORDEM

A Plenária entende que todas as questões encaminhadas à mesa, que gerarem polêmica, devem ser votadas e contadas, a exemplo do item referente à extinção da CEME.

Obs: Documento com 21 assinaturas.

MOÇÃO À CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MATO GROSSO

Tendo em vista o alto grau de desinformação dos cidadãos a respeito de seus direitos básicos de saúde, e que a estrutura social perversa e insultuosa imposta pelo neoliberalismo são as causas básicas dos problemas de saúde no Brasil e em particular em Mato Grosso, sugerimos:

1. Que os órgãos de saúde cumpram as Constituições Federal, Estadual e Leis Orgânicas Municipais no que se refere aos deveres do poder público com respeito à saúde pública;

2. Cumprir essas instituições no que concerne à Educação Sanitária, para eliminar as condições geradoras das doenças;
3. Tornar parte integrante dos currículos escolares, do primário ao secundário, a Educação Sanitária;
4. Campanhas de conscientização das populações sobre os seus direitos Constitucionais e os estabelecidos no SUS, através de cursos nas associações de bairros e/ou comunidades, palestras em entidades diversas etc.

Obs: Documento com 43 assinaturas.

Processo Eleitoral

Escolha dos delegados de Mato Grosso para a X Conferência Nacional de Saúde

MESA: Dejour José Pereira

Bom dia a todos. Gostaria de convidar os delegados que estiverem fora, para que adentrem ao recinto para que nós possamos dialogar um pouco. A informação que vamos passar é com relação ao processo eleitoral. A comissão eleitoral reunida nestes dias todos esteve atenta a esse processo altamente democrático. Com a finalidade de garantir exatamente este espírito democrático e, por questão de justiça, resolvemos fazer algumas recomendações aos candidatos e ao plenário que vai votar. Gostaria de frisar que o regimento do processo, que está em suas pastas, foi aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde e será mantido. Aqui não há nenhuma intenção de se quebrar regimento. Apenas a comissão eleitoral, para garantir ainda mais a pluralidade da participação, recomenda que se faça a votação por segmento. Os representantes de cada parte poderiam fazer uma espécie de convenção entre si, dentre os delegados inscritos, para se fazer um apanhado, procurando resguardar a diversidade das entidades e a participação da Capital e do interior. Isso é uma questão que deveria ser feita. Se foi feita, ótimo. Se não, ainda há tempo de se garantir a pluralidade das representações. Gostaríamos de chamar a atenção que esta Conferência e a Décima primam pela qualidade das representações. Nós estamos trabalhando agora no enfrentamento contra grupos muito mais organizados que nós. Então, os delegados terão que ter firmeza em suas representações. Se não nos cuidarmos, poderemos eleger delegados, tanto do interior quanto da Capital, de uma entidade só. Se nós estamos procurando mais democracia, devemos garantir a partici-

pação de todas as entidades representadas neste plenário. É por isso que estamos recomendando o apanhado. Não há quebra nenhuma do que está resguardado na lei, no regimento, que é garantir a proporcionalidade: 50% de usuários e 50% dos outros segmentos, que compõem gestores, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde.

A comissão eleitoral está fazendo toda esta recomendação por isso. Se a plenária aceitar, nós podemos dar um tempo de 15 minutos, se houver necessidade, para que os usuários façam esta articulação. Eles poderiam ficar nesta parte aqui e os outros segmentos, se assim quiserem, usar aquela outra sala. Se não, se já se considerarem esclarecidos, nós deixaríamos a nossa participação aqui. A comissão organizadora vai depois afixar a relação dos delegados inscritos e aptos a serem votados até para que o plenário possa tomar conhecimento e votar. Até agora as inscrições estão resguardando a pluralidade que a gente tinha colocado, bem como contrabalanceando a candidatura de delegados da Capital e do interior. Isso é importante esclarecer porque há sempre o receio de que o pessoal da Capital se organize e acabe levando a maioria das vagas.

MESA: Nereide Lúcia Martinelli

No segmento dos usuários, setor sindical, nós temos a participação de sete delegados, sendo quatro da Capital e Várzea Grande, e três do interior; pastoral mais igrejas, temos um total de 10 participantes, sendo três da capital e Várzea Grande e sete do interior; associação de moradores, temos sete participantes, três da capital e Várzea Grande e quatro do interior; Conselhos nós temos um total de oito, sendo cinco da capital e Várzea Grande e três do interior; Conselho Indígena nós temos dois, ambos do interior. Há ainda outros como instituições de caridade num total de quatro, sendo três da Capital e Várzea Grande e uma do interior. No segmento do trabalhador nós temos um total de 13 municípios, sendo cinco da esfera federal, duas estadual, um profissional de nível superior, um do COREN, um do Sindicato dos Médicos, um psicólogo, um odontólogo, um do CRES, um da Associação de Enfermagem e um da ONAT.

MESA: Dejour José Pereira

Tem uma questão aqui levantada. É a seguinte: como o regimento diz que todo mundo vota em todo o mundo, existem aquelas pessoas que só votam naqueles que eles escolheram. Isso não é democrático. Se a comissão detectar, vai ter que tomar providências. O certo é votar nos

11. E o regimento é bem claro: são 11, mais os suplentes e, imediatamente, os de votação menor por ordem serão declarados suplentes. Ainda não abrimos a plenária. Só estamos fazendo um esclarecimento. As questões de ordem só deverão ser colocadas quando a plenária estiver aberta.

Questionamento do plenário:

Outra questão de esclarecimento que eu faço. O Dejar tentou introduzir, mas não esclareceu totalmente. Tem que se votar em 11. Não pode acontecer como de outras vezes, quando um determinado segmento votou apenas em cinco, privilegiando aqueles nomes. Eu queria este esclarecimento da comissão, que se vierem algumas cédulas com votos em três ou cinco nomes, eu gostaria que elas fossem consideradas nulas.

Luis Fernando:

Bom, eu gostaria de colocar o seguinte: vocês viram o que deu. Cada um está querendo levantar sua proposta. Precisamos definir o que queremos. Eu, particularmente, quero votar no melhor gestor, quero votar no trabalhador, no prestador de serviços, no usuário. Por isso eu estou defendendo que todo mundo vote em todo mundo. Esse negócio que usuário vota em usuário e Governo vota em Governo não dá. Isso é uma manobra! As entidades de usuários estão aqui se digladiando. As entidades do Governo estão brigando entre si. Vamos defender a norma eleitoral. Defendo ainda que a coordenação desse trabalho seja feita por um membro do interior. Um de Vila Rica, por ter uma experiência bastante grande no Sistema Único de Saúde, o SUS que deu certo. Vamos colocar o interior na coordenação. Gente, eu sou da Capital, mas defendo que o interior coordene esta mesa para que não haja manobras.

Carlos José de Almeida:

Eu sou o Carlos José de Almeida, de Cuiabá. Eu queria dizer que não adianta apresentarmos proposta neste momento. Se a mesa não está instalada, a plenária não está instalada. Acho que nós estamos perdendo tempo aqui. Temos que exigir é respeito para cumprirem a promessa de abrir a plenária às 9 horas até porque nós estamos prejudicados. Se todos vocês prestarem atenção o ponto mais importante desta Conferência foi a questão de fi-

nanciamento e recursos humanos do SUS. Os políticos profissionais estão articulando meios para eles representarem nós em Brasília. Enquanto isso, ficamos aqui, sentados esperando esta massa que está aí, que ficou até 2 horas da manhã organizando chapa para apresentar agora. Exijo respeito! Peço que a plenária exija que seja instalada imediatamente a mesa para que as propostas sejam novamente colocadas.

Questionamento da Plenária:

Eu sou do interior e acho que está tendo uma polêmica muito grande quando se fala em reunir o povo do interior para discutir quem vai representá-lo. Está havendo uma manifestação do pessoal das grandes cidades, como Cuiabá e Várzea Grande, mas o interior também está se organizando para que tenha representantes. Acho que o interior não deve desanimar. Deve manter a proposta de regionalizar a representação.

Proposta da Plenária:

Pessoal, a proposta que eu apresentei é que a representação ocorra por Pólos. Temos oito Pólos. Que a comunidade indígena também garanta uma vaga.

Valdomiro Bororo:

Sou da comunidade indígena de Mato Grosso. Nós pedimos que seja preservada a comunidade indígena que, querendo ou não, tentou conviver com todas as comunidades de Mato Grosso. Essa luta continua. Nós temos que nos unir para garantir uma política de saúde direcionada para as nossas comunidades. Não é fácil, mas com a ajuda de vocês vamos tentar colocar um representante indígena na Conferência de Brasília. A meta é facilitar esta situação que estamos colocando. Estamos pedindo ao pessoal para que se sensibilize para a questão indígena.

João Aílton de Araújo:

Eu sou João Aílton de Araújo, de Vila Rica. Não quero esconder nada dos delegados, dos usuários... Nós somos só três delegados, somos do Nortão de Mato Grosso. Daqui lá são 1.350 quilômetros de distância. Vocês viram a apresentação do trabalho desenvolvido lá. Por isso estou aqui, defendo as causas de Vila Rica. Eu me candidato para defender as causas da minha região, do meu povo. Agora, o que nós temos que verificar é que está todo mundo

querendo ir para Brasília. Nós temos também que olhar a responsabilidade que é ser delegado de uma Conferência Nacional. Tenho interesse em defender o SUS, mas tenho medo porque é uma responsabilidade muito grande. Eu defendo a proposta de polarizar. Tem que regionalizar. Fazer a eleição através dos Pólos. Que haja representantes de cada Pólo, gente! Vai sobrar uma vaga para todo mundo ir e a delegação vai estar muito bem distribuída. Isso está em todas as discussões que fizemos até agora sobre o SUS: a descentralização.

Questionamento da Plenária:

Bom gente, eu só quero fazer um alerta aos usuários. Na Conferência Municipal que tivemos, enquanto os usuários estavam se digladiando, até para uma vaga no Conselho, trabalhadores e Governo estavam muito organizados. Eu faço parte do Conselho Municipal de Saúde, estou no segundo mandato, e a minha entidade não é só de Cuiabá, é nacional. Trata-se da Pastoral da Criança. Como usuária, representante do povo, nunca participei de uma Conferência fora do Estado. Sabe por quê? Porque o usuário sempre perde a vez. Eu só quero fazer um alerta para vocês. Nós pegamos casos crônicos do interior, de Cuiabá, encaminhando-os para hospitais, atendimentos médicos. Sou de Cuiabá mas quero defender o interior. Há casos que recebemos aqui, que dá para chorar. Alguns levam dois ou três meses para serem curados. Então não adianta nós, usuários, ficarmos aqui brigando. Vamos unir os usuários de Cuiabá com os usuários do interior e defender o SUS!

Mesa:

A primeira proposta que saiu foi que os candidatos sejam escolhidos por Pólos. A segunda foi a confecção de um listão. Pega-se uma lista de todos os candidatos. A terceira proposta foi garantir um representante de cada Pólo, no sentido de garantir as três representações: usuários, trabalhadores e Governo. A quarta proposta foi garantir aos Pólos representações de usuários. As outras foram para que todos votem em todos, além de garantir a presença dos índios.

Nós gostaríamos de convidar o pessoal para se acomodar porque vamos dar início aos trabalhos. Nós já estamos com a presença do Dr. Júlio Müller, que é o presidente da III Conferência. Gostaria de chamar o Dr. Wagner Simpício para coordenar a plenária final. Para compor a mesa, gostaria de chamar a Nina, que é a relatora geral da Conferên-

cia; a Ilva, que também vai participar como relatora. Gostaria de dar agora a fala para o presidente da Conferência, para que ele dê a abertura da plenária final.

Júlio Müller:

Meu bom dia a todos vocês, senhores e senhoras, delegados, convidados e observadores aqui presentes. É com satisfação que podemos abrir esta plenária final da III Conferência Estadual de Saúde depois de ter realizado e cumprido uma agenda exaustiva, mas altamente produtiva, de trabalho. Na opinião de todas as pessoas que eu tenho conversado, nós conseguimos nestes quatro dias um fato que já faz parte da história da saúde pública de Mato Grosso. Hoje vamos debater, procurar esclarecer conflitos, defender pontos de vista diferentes para, evidentemente, chegar a um acordo e até a um consenso.

Eu não tenho dúvida de que o consenso desta Conferência deverá ser o respaldo completo e integral ao Sistema Único de Saúde. Um outro consenso, possivelmente, será o de que nós temos que mudar a forma atual de organização do sistema, de modo a garantir uma atenção de maior qualidade à população, ao usuário. Isso será possível mudando a forma atual de organização do sistema, baseado hoje, exclusivamente, na assistência hospitalar. Ou nós avançamos neste sentido ou, na 4ª Conferência Estadual de Saúde, daqui a quatro anos, estaremos discutindo os mesmos problemas. É este o desafio que vai ficar para todos nós: a responsabilidade de cada um aqui e os que forem representar o Estado na Conferência Nacional, em Brasília.

Eu gostaria de dizer a vocês que foi uma grande satisfação poder conviver com todos vocês durante estes quatro dias; preciso dizer também que nós nos esforçamos ao máximo para dar todas as condições para que esta Conferência funcionasse bem. Espero que vocês tenham ficado satisfeitos com a organização da Conferência, com hospedagem, alimentação, suporte nas discussões e, caso tenha havido falhas, eu peço desculpas porque a gente não consegue dar conta de atender 100% das necessidades, em circunstância nenhuma.

Antes de passar a palavra para o Wagner Simpício, que irá coordenar os trabalhos finais, gostaria de fazer duas observações: a primeira é referente à responsabilidade de cada um de nós de sair daqui com um relatório que reflita os reais problemas da saúde no Estado, além de indicar definições claras para a política de saúde do Estado nos próximos quatro anos. Esta vai ser uma responsabilidade

grande que cada um vai ter. Isso não é coisa pequena, brincadeira, para ser tratada no varejo, como quando se compra um sabonete na esquina. As decisões nossas aqui podem influir na vida e na morte de pessoas, na saúde e na doença de muita gente. Por isso, quero chamar a responsabilidade de todos nós nesta discussão.

A outra observação que gostaria de fazer é que nós temos todo o tempo que for necessário para discutirmos

os problemas. Não precisamos nos angustiar. Todos terão seus direitos garantidos: direito à palavra, direito ao voto... E peço que saibamos ser democráticos porque a democracia é o direito de votar, de falar, mas também é o direito de saber respeitar o direito do outro, que pode ser diferente do nosso. E, finalmente, gostaria de dizer que já estamos com os relatórios finais dos trabalhos de grupo.

Obrigado.

CHAPA ELEITA PARA A X CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE:

Representantes dos Gestores Públicos

Nome:	Entidade:	Município:	Total de Votos:
Júlio S. Müller Neto	SES-MT	-	122
Wiston Barreto Romero	FNS-MT	Terra Nova do Norte	122
Marisol Viegas Muniz	Pólo (SES-MT)	Cáceres	104
Antônio Preza	SMS	Cuiabá	88
Elza London Silva	SMS	Santo Afonso	76

Suplentes Eleitos

Fátima T. Schrader	CES-MT	Cuiabá	53
Luiz Prietch	SMS	Rondonópolis	36
Solange F. Alves	CAIEMT/C.Civil	Cuiabá	35
Leda Villaça	SES-MT	Juína	29
José Corrêa	FNS	Várzea Grande	26

Representantes dos Trabalhadores da Saúde

João de Deus Filho	FNS-MT	Cuiabá	93
Clévio Octávio Ferraz	Pólo (SES-MT)	Cáceres	77
Mariuva V. Chaves	Soc. Psicólogos	Rondonópolis	76
Dirce M. Suzuki	SMS	Tangará da Serra	70
Narciso Santana Silva	Ass. Br. Odonto.	Cuiabá	61
Vicente P. Guimarães	Ass. Enferm. Sul	Rondonópolis	55

Suplentes Eleitos

Miris T. de Toni	Coren-MT	Cuiabá	54
Gileno Teófilo	SMS	Vila Rica	53
José Mário Filho	FNS	Rondonópolis	42
Benedito Campos	Unate-MT	Cuiabá	36
Wanderlei Pignati	Sind. Médicos	Cuiabá	36
Gláucia Silva Macedo	SMS	Dom Aquino	32

Nome:	Entidade:	Município:	Total de Votos:
Representes dos Usuários			
Valdomiro Bento Bororo	C. S. Indígena	Barra do Garças	100
Neuza Nunes da Silva	MOPS	Rondonópolis	97
Darci Augusto Hermes	Pastoral Saúde	Juara	86
João Aílton Araújo	Sind. Serv. Mun.	Vila Rica	82
Erlon Marcelino Bispo	MOPS	Cuiabá	79
Maria Grenzel Gressler	Con. Mun. Saúde	Tangará da Serra	77
Pedro Soares Neto	MOPS	Jaciara	71
Tânia Maria Freitas	Cons. Tutelar	Juína	67
Milton Antônio Silva	Igreja	Mirassol D'Oeste	65
Márcia de Campos	Direitos Humanos	Cuiabá	61
Carlos Alberto Almeida	Fed. Trab. M.S.	Cuiabá	59
Suplentes Eleitos			
Ademir de Oliveira	CMS	Lucas do R. Verde	55
Edvaldo de Magalhães	Ass. Hemofílicos	Cuiabá	52
Washington Galvão	Sindsep	Cuiabá	48
Edvande P. França	Grucom-MT	Cuiabá	46
Sivaldo Dias Campos	Pastoral Saúde	Cuiabá	46
Luís Fernando Rogério	Defesa da Criança	Cuiabá	44
Gumercindo Lopes	Igreja	Apiacás	37



ANEXOS

DECRETO Nº 811, DE 15 DE MARÇO DE 1996.

Dispõe sobre a convocação da III Conferência Estadual de Saúde.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE MATO GROSSO, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 66, inciso III, da Constituição Estadual,

DECRETA:

Art. 1º. Fica convocada a III Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso, a se realizar de 24 a 27 de julho de 1996, em Cuiabá-MT, aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde, e promovida pela Secretaria Estadual de Saúde.

Art. 2º. A Conferência desenvolverá seus trabalhos sob o tema “**SUS – CONSTRUINDO UM MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA A QUALIDADE DE VIDA**”, cujos subtemas serão abordados com base na realidade loco-regional do Estado de Mato Grosso.

Art. 3º. A Conferência será presidida pelo Secretário de Estado de Saúde e na sua ausência ou impedimento eventual, pelo Subsecretário de Estado de Saúde.

Art. 4º. O Secretário de Estado de Saúde expedirá, mediante portaria, o Regimento Interno da “III Conferência Estadual de Saúde”, a ser elaborado por comissão que, para esse fim, designará.

Art. 5º. As despesas com a realização da “III Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso” correrão à conta dos recursos orçamentários próprios da Secretaria Estadual de Saúde.

Art. 6º. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º. Revogam-se as disposições em contrário.

Palácio Paiaguás, em Cuiabá, 15 de março de 1996, 175º da Independência e 108º da República.

Dante Martins de Oliveira
Governador do Estado

REGIMENTO ESPECIAL DA III CONFERÊNCIA

Capítulo I DE SUA REALIZAÇÃO

Art. 1º. A realização da III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE, convocada pelo Decreto nº 811/ 96, terá por finalidade promover a reflexão e o debate sobre o SUS em Mato Grosso, analisando o seu processo de descentralização e a qualidade dos serviços ofertados à população, visando a qualidade de vida.

Art. 2º. A realização da III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE, ocorrerá em etapas, no âmbito Municipal e Estadual, onde será debatido o temário central proposto pela X CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE.

Art. 3º. As etapas da III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE serão realizadas nos seguintes períodos:

- I – Etapas Municipais até 15/06/96;
- II – Reuniões Intermunicipais de Caráter Regional até 07/07/96;
- III – Etapa Estadual de 23 à 27/07/96.

§ 1º. O não cumprimento do prazo das etapas I e II em todos os municípios não constituirá impedimento para a realização da III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE no prazo previsto.

§ 2º. A III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE será realizada em Cuiabá-MT, sob os auspícios da Secretaria Estadual de Saúde.

Capítulo II O TEMÁRIO

Art. 4º. Em consonância com a X CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE a III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE terá como Temário Central: “**SUS – CONSTRUINDO UM MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA A QUALIDADE DE VIDA**”, cujos temas específicos serão abordados da seguinte forma:

- I – Descentralização e democratização na gestão do SUS;
- II – O caminhar da municipalização da saúde em Mato

Grosso, avanços e obstáculos;

- III – O Controle Social na gestão do SUS e o fortalecimento dos Conselhos de Saúde. Experiências de Mato Grosso (Ouvidoria);
- IV – Garantia do acesso universal aos serviços de saúde e os desafios da equidade;
- V – Políticas de ajuste para assegurar a qualidade nos serviços de saúde em Mato Grosso
- VI – Avaliação da SES sobre a qualidade dos serviços de saúde;
- VII – Viabilizando o SUS às necessidades da população de Mato Grosso;
- VIII – Como resolver a questão dos recursos humanos;
- IX – As alternativas de financiamento para a Saúde;
- X – As controvérsias da relação entre o setor público e privado;
- XI – Enfrentamento dos principais problemas de saúde em Mato Grosso: Malária, Hanseníase, Leishmaniose e Dengue;
- XII – Política de medicamentos para Mato Grosso;
- XIII – A questão do sangue e hemoderivados em Mato Grosso;
- XIV – Como enfrentar as doenças incapacitantes, visando diminuir o número de portadores de deficiência (Mental, sensorial e física);
- XV – Política intersetorial, saneamento básico, educação, moradia;
- XVI – O papel dos níveis de governo e da sociedade no SUS;
- XVII – As atribuições do governo na consolidação do SUS – experiências e obstáculos;
- XVIII – A participação da sociedade no SUS. Experiências dos Conselhos em Mato Grosso.

§ 1º. A Comissão Organizadora poderá incorporar à programação da III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE temas específicos, que julgar necessário ou por sugestões das etapas municipais.

Art. 5º. As Conferências Municipais que se realizarem em 1996, poderão incluir o temário da III Conferência Estadual de Saúde, manifestar-se sobre este tema e qualificar a representatividade de sua delegação, independen-

te dos temas próprios e autônomos das suas respectivas realidades e esferas de governo.

§ 1º. As Conferências Municipais constituem-se no espaço privilegiado, tanto para a discussão do processo saúde/doença no nível local, quanto para a eleição das Instituições/Membros que comporão os Conselhos Municipais de Saúde.

§ 2º. Os municípios que já realizaram suas Conferências em 1995, deverão convocar etapa complementar específica para discutir o temário da III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE e designar seus delegados.

§ 3º. A etapa complementar específica poderá, por decisão do Conselho Municipal de Saúde, ser viabilizada mediante convocação ampliada do próprio Conselho, preservando-se os critérios de paridade e no limite definido pelas injeções operacionais de cada entidade patrocinar sua ampliação.

§ 4º. As Conferências Municipais de Saúde poderão ser realizadas através de reuniões intermunicipais de caráter regional, preservando-se a autonomia das esferas municipais na decisão de realizarem conferências próprias.

§ 5º. Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Organizadora da III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE.

Art. 6º. Os relatórios das Conferências Municipais / Intermunicipais de Saúde deverão ser apresentados em versão resumida de no máximo 05 (cinco) laudas, em espaço 02 (dois) ou através de disquetes, devendo ser entregues à Comissão Organizadora até o dia 07/07/96.

Art. 7º. Os termos de referência de cada mesa observarão, obrigatoriamente, o Temário Oficial e deverão ter em comum:

- a) A equidade e o direito de cidadania, assim como as demais diretrizes constitucionais de universalidade, da integralidade, da participação social e da descentralização;
- b) A afirmação dos valores e vontades políticas de solidariedade social e da responsabilidade de todos nesse processo.

Art. 8º. Com o objetivo de propiciar oportunidade de ampla divulgação de experiências, estudos e pesquisas relacionadas ao temário da III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE, serão organizadas sessões de apresentação abertas a todos os participantes da Conferência.

Parágrafo Único. Os participantes interessados em apresentar relatos de experiências, trabalhos e comunicações deverão inscrever-se para as referidas sessões até 30/06/96.

Art. 9º. A Comissão Organizadora promoverá a elaboração de textos sobre o Temário Central, que subsidiarão as discussões nas diversas etapas da III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE.

Capítulo III DA ORGANIZAÇÃO DA III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE

Art. 10. A III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE será presidida pelo Secretário de Estado da Saúde e, na sua ausência, pelo Sub-Secretário de Estado da Saúde.

Art. 11. Para a organização e desenvolvimento de suas atividades, a III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE contará com uma Comissão Organizadora, instituída sob a forma da Portaria nº 041, de 08 de maio de 1996, do Secretário de Estado da Saúde.

Seção I Estrutura e Composição da Comissão Organizadora

Art. 12. A Comissão Organizadora da III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE terá a seguinte composição:

- I – Comitê Executivo
 - a) Coordenador;
 - b) Coordenador adjunto;
 - c) Secretário geral;
 - d) Secretário adjunto;
 - e) Relator;
 - f) Relatores adjuntos;
 - g) Apoio administrativo;
 - h) Apoio financeiro.
- II – Representantes dos segmentos que compõem o Conselho Estadual de Saúde e designados pelo Plenário:
 - a) Gestores públicos;
 - b) Prestadores de serviços de saúde;
 - c) Trabalhadores do setor Saúde;
 - d) Usuários.

Seção II Das Atribuições da Comissão Organizadora

Art. 13. A Comissão Organizadora tem as seguintes atribuições:

- I – Coordenar, supervisionar, dirigir e promover a realização da Conferência, atendendo aos aspectos técnicos, políticos, administrativos e financeiros;
- II – Aprovar as propostas do Regimento da Conferência, do Regulamento da Etapa Estadual e sua programação e submetê-las à apreciação do Secretário de Estado da Saúde;
- III – Aprovar os apresentadores e debatedores do temário central da Etapa Estadual, bem como os documentos técnicos e textos de apoio;
- IV – Aprovar os critérios e modalidades de participação e representação dos interessados, bem como o local de realização da Conferência;
- V – Aprovar a proposta do Plano de Aplicação de Recursos Financeiros relativos à Conferência e sua posterior Prestação de Contas e submetê-lo à aprovação do Secretário de Estado da Saúde;
- VI – Assessorar, sempre que necessário, as etapas municipais da III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE;
- VII – Designar relatores auxiliares;
- VIII – Elaborar e publicar os Anais da Conferência.

Art. 14. Aos segmentos que compõem o Conselho Estadual de Saúde cabe:

- I – Atuarem junto ao Comitê Executivo, formulando, discutindo e propondo todas as iniciativas no âmbito da Comissão Organizadora, referente à Organização da III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE;
- II – Atuar como elo de ligação entre a Comissão Organizadora e as demais entidades de âmbito estadual, representantes ou não do Conselho Estadual de Saúde.

Art. 15. Ao Comitê Executivo cabe executar as funções sob responsabilidade da Comissão Organizadora, relativas à preparação e realização da III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE e especificamente:

- I – Dar cumprimento às deliberações da Comissão Organizadora;

- II – Estimular e apoiar as Conferências Municipais de Saúde nos aspectos preparatórios da III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE;
- III – Elaborar a proposta da programação da III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE;
- IV – Elaborar proposta definindo critérios e modalidades de participação e representação à III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE;
- V – Promover divulgação adequada à III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE;
- VI – Elaborar Plano de Aplicação de Recursos Financeiros necessários à realização da Conferência e preparar sua posterior prestação de contas;
- VII – Propor a celebração de contratos e convênios;
- VIII – Elaborar documentos técnicos oficiais e textos vinculados ao Temário da III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE;
- IX – Elaborar o relatório final e os anais da III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE, assim como, promover a sua publicação e divulgação.

Capítulo IV DOS DELEGADOS E REPRESENTAÇÕES DA III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE

Art. 16. A III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE, em suas etapas deverá contar com a participação de representantes de órgãos públicos, entidades de classe, organizações patronais, representantes de Conselhos de profissionais de saúde, demais representantes de entidades/ organizações da sociedade civil, usuários e pessoas interessadas nas questões relacionadas à saúde.

Parágrafo Único. Os delegados representantes dos usuários, em todas as etapas da Conferência, serão paritários em relação ao conjunto dos representantes do governo, prestadores de serviços e trabalhadores do setor saúde.

Art. 17. Os membros da etapa estadual da III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE se distribuirão em três categorias:

- a) Delegados, com direito à voz e voto;
- b) Convidados, com direito à voz;
- c) Observadores.

Parágrafo Único. Os critérios para escolha dos convidados e participação dos observadores serão definidos pela Comissão Organizadora.

Art. 18. Serão delegados na III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE:

- a) Delegados eleitos em cada município, cujo critério de representação, baseado na última estimativa oficial do IBGE, segue:
 - Municípios com até 25 mil habitantes = 02 (dois) delegados;
 - Municípios com 25 a 50 mil habitantes = 04 (quatro) delegados;
 - Municípios com 50 a 100 mil habitantes = 08 (oito) delegados;
 - Municípios com 100 a 200 mil habitantes = 16 (dezesesseis) delegados;
 - Municípios com mais de 200 mil habitantes = 32 (trinta e dois) delegados.
- b) Delegados natos compostos pelos membros efetivos do Conselho Estadual de Saúde ou Suplentes na sua ausência, devidamente credenciados pelo Conselho Estadual de Saúde;
- c) Delegados representantes de instituições públicas estaduais, entidades de classe e demais representantes da sociedade civil, perfazendo um total de 10% dos delegados, escolhidos com base nos seguintes critérios:
 - c.1) 50 % (20 delegados) representantes de entidades que representam os usuários, dos quais 8 (oito) deverão ser indicados pelos Conselhos locais de Saúde Indígena (1 delegado para cada Conselho);
 - c.2) 25% (10 delegados) representantes de trabalhadores de saúde;
 - c.3) 15 % (6 delegados) representantes de gestores públicos e Instituições Públicas Estaduais;
 - c.4) 10% (4 delegados) representantes de entidades de prestadores de serviços.

Art. 19. Os delegados representantes de usuários (exceto os representantes dos Conselhos de Saúde Indígena) e trabalhadores de saúde, serão escolhidos em fóruns específicos para este fim.

Art. 20. Os delegados representantes da Secretaria Estadual de Saúde e Instituições a ela vinculadas, serão escolhidos mediante processo interno da Secretaria.

Art. 21. O credenciamento de delegados à etapa estadual deverá ser efetuado junto à Secretaria do Comitê

Executivo até o dia 10/07/96, juntamente com o relatório final da etapa municipal.

Art. 22. Os delegados para a X CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE serão eleitos de forma direta, na plenária da III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE, resguardando os princípios da paridade disposto na Lei nº 8.142/90, obedecendo ao número de delegados para Mato Grosso, estabelecido pelo Comitê Executivo da X CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, que são:

- I – Usuários – 11 (onze) delegados;
- II – Gestores públicos, prestadores de serviços públicos, privados e universitários e trabalhadores de saúde das diversas categorias – 11 (onze) delegados.

Capítulo V

Seção I

Dos Trabalhos do Temário Central

Art. 23. A abordagem de cada tema que compõe o temário central será realizada mediante exposição, seguida de debates e posterior discussão em grupos de trabalho.

Art. 24. Os apresentadores disporão de 30 (trinta) minutos, prorrogáveis por mais 05 (cinco), para apresentar a síntese do documento previamente encomendado pela Comissão Organizadora.

Art. 25. Os debates serão iniciados imediatamente após as apresentações e abertos ao Plenário durante 60 (sessenta) minutos improrrogáveis.

Art. 26. Será facultado, a qualquer delegado, manifestar-se verbalmente ou por escrito, durante o período dos debates, mediante perguntas ou observações pertinentes ao tema.

Parágrafo Único. O tempo máximo para cada intervenção a que se refere este artigo, será de 03 (três) minutos improrrogáveis.

Art. 27. A mesa desses trabalhos será dirigida por um Coordenador indicado pela Comissão Organizadora e composta pelos apresentadores e debatedores convidados.

Art. 28. As exposições e debates serão registrados em fita magnética para posterior tratamento, com vistas

à sua divulgação nos Anais da III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE.

Art. 29. Cada grupo de trabalho (GT), será composto por até 30 (trinta) membros, que escolherão seu Coordenador com as funções de conduzir as discussões, controlar o tempo e estimular a participação de acordo com o roteiro previamente recebido.

Art. 30. Além do Coordenador, cada GT contará com um Relator e um Sub-Relator designados pela Comissão Organizadora, encarregados de sintetizar as conclusões do grupo, participar da consolidação dos relatórios e colaborar com a Comissão Relatora.

Parágrafo Único. Constarão das conclusões do grupo de trabalho as propostas que obtiverem, no mínimo, vinte por cento (20%) da aprovação de seus integrantes.

Art. 31. Após os trabalhos de grupo de cada dia, haverá uma reunião dos relatores, onde serão consolidados os vários relatórios.

Seção II

Dos Temas Específicos

Art. 32. Com objetivo de aprofundar aspectos técnicos e de políticas específicas relacionadas com o Temário Central, poderão ser analisados por especialistas interessados, membros da III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE, Temas Específicos Complementares selecionados pela Comissão Organizadora, dentre aqueles indicados pelas etapas da Conferência e/ou pela própria Comissão.

Parágrafo Único. A organização das discussões desses temas ficará a cargo de entidades setoriais de reconhecimento de representatividade e/ou vinculação ao assunto abordado, convidadas para esse fim, pela Comissão Organizadora.

Art. 33. Para discussão desses Temas poderão ser constituídos Grupos de Trabalhos de Temas Específicos (GTTE) cujas conclusões serão submetidas à Comissão Organizadora, que julgará a oportunidade de publicá-las nos Anais da III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE.

Seção III

Dos Temas Livres, Relatos de Experiência e Comunicações

Art. 34. A III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE abrirá em sua programação, espaço para apresentação de Temas Livres que guardem relação direta como o Temário Central.

Art. 35. Com o objetivo de propiciar oportunidade de ampla divulgação de experiências, estudos e pesquisas relacionadas ao Temário Central serão organizadas Sessões de Comunicações, Mesa de Debates e Palestra, em horários e locais determinados, abertas a todos os membros da Conferência.

Art. 36. A Comissão selecionará, entre os estudos, resultados de pesquisa no âmbito do SUS e outros trabalhos que lhe forem encaminhados, aqueles que possam ser apresentados sob a forma de Temas Livres, com o propósito de complementar e enriquecer a Conferência.

Art. 37. A apresentação de Temas Livres, Relatos de Experiências e Comunicações será conduzida por Coordenadores designados pela Comissão Organizadora.

Parágrafo único. Para participar dessas sessões, os apresentadores deverão inscrever-se, junto à Comissão Organizadora, até o dia 30/06/96, apresentando o resumo do texto em até 03 (três) laudas, em espaço 02 (dois).

Capítulo VI REGIMENTO DA SESSÃO PLENÁRIA FINAL

Art. 38. A Plenária Final terá como objetivo, debater e aprovar o Relatório Final da III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MT, as moções e manifestações apresentadas.

Art. 39. Participarão da Plenária Final:

- a) Delegados, com direito à voz e voto;
- b) Convidados com direito à voz;
- c) Observadores.

Parágrafo Único. No sentido de facilitar o encaminhamento dos trabalhos, a Comissão Organizadora designará localizações específicas para os Delegados e para os demais membros.

Art. 40. Os trabalhos serão Coordenados por uma mesa, da qual participarão membros da Comissão Organizadora, sendo os trabalhos secretariados por membros da Comissão Relatora.

Art. 41. A agenda da Plenária Final da III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE constará dos seguintes itens:

- a) Apreciação do Relatório Final;
- b) Apreciação de Moções.

Art. 42. A apreciação do Relatório Final será encaminhada na forma que se segue:

- a) Proceder-se-á com antecedência a distribuição do Relatório Final;
- b) Assegurar-se-á aos Delegados o direito de solicitar o exame, em destaque de qualquer item, da proposta do Relatório Final;
- c) As solicitações de destaque deverão ser encaminhadas por escrito até o final da leitura da proposta do Relatório Final pela Mesa, constituindo-se em proposta de redação alternativa em relação ao item destacado;
- d) As solicitações de destaque serão submetidas à deliberação da Plenária, que decidirá inicialmente sobre sua pertinência;
- e) Identificando o conjunto dos itens de destaque, proceder-se-á à votação do Relatório, ressalvados esses itens;
- f) Após a apreciação do Relatório serão chamadas, uma a uma, as apresentações de destaque;
- g) Os propositores de destaque terão 02 (dois) minutos, improrrogáveis, para a defesa do seu ponto de vista. O Presidente da Mesa concederá a palavra, a seguir, por igual tempo, ao Delegado que se apresente para defender posição contrária à do propositor do destaque e não será permitida, em qualquer hipótese, réplica. Será colocado, então, em votação, o destaque apresentado;
- h) A aprovação das propostas será por maioria simples dos Delegados presentes.

Art. 43. As moções encaminhadas exclusivamente por Delegados, deverão ser apresentadas à Secretaria da III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE, até às 10 horas do dia 26 de julho, redigidas em uma lauda, no máximo.

§ 1º. Cada moção deverá ser assinada por pelo menos 20 (vinte) Delegados;

§ 2º. A Secretaria organizará as Moções recebidas, classificando-as por área temática de forma a facilitar o andamento dos trabalhos.

Art. 44. Encerrada a fase de apreciação do Relatório Final da Conferência, o Presidente dos trabalhos chamará, um a um, os propositores de moção que deverão proceder à simples leitura do texto apresentado, garantindo-se a cada um, o tempo de 02 (dois) minutos, no máximo, para a defesa da moção.

Parágrafo Único. Será facultado, a critério da Presidência, a qualquer delegado defender pelo mesmo tempo, ponto de vista contrário ao expositor da moção.

Art. 45. A aprovação das moções será por maioria simples dos Delegados presentes.

Art. 46. Concluídas as apreciações das moções, serão encerrados os trabalhos da Sessão Plenária Final da III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE.

Capítulo VII DOS RECURSOS

Art. 47. As despesas com a organização geral e com a realização da etapa estadual da III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE correrão por conta da dotação orçamentária da Secretaria Estadual de Saúde e/ou de outras fontes.

Art. 48. Poderão ser firmados convênios com vistas à execução de ações necessárias à realização da III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE.

Capítulo VIII DISPOSIÇÕES GERAIS E COMUNS

Art. 49. A Secretaria Estadual de Saúde promoverá o apoio técnico, administrativo e financeiro necessário ao funcionamento da Comissão Organizadora da III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE.

PORTARIA Nº 041, DE 08 DE MAIO DE 1996

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições legais e, considerando as deliberações do Conselho Estadual de Saúde.

RESOLVE:

Art. 1º. Designar para integrar a Comissão Organizadora da III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MT os profissionais a seguir especificados:

I – Representantes dos segmentos que compõem o Conselho Estadual de Saúde:

- a) Representante do MOPS:
Lourenço Fernandes de Almeida
- b) Representante da CUT:
Maria Cândida do Nascimento
- c) Representante do GRUCON:
Edivande Pinto de França
- d) Representante do CIMI:
Mercedes Sétém
- e) Representante do COSEMS:
Maria da Penha Lino
- f) Representante das Entidades de Defesa da Criança e do Adolescente:
Luis Fernando Rogério

I – Comitê Executivo:

- a) Coordenadora:
Fátima A. Ticianel Schrader (SES)
- b) Coordenadora Adjunta:
Elaine dos Anjos Pelicano Emboava (SES)
- c) Secretária Geral:
Eluaní Silvano Cilarinho (SES)
- d) Secretários Adjuntos:
Ilva Felix Nascimento (FUSC)
Walmir Hugo Soares
Edelson Santana de Almeida

Registrada, Publicada, Cumpra-se.

Secretaria de Estado de Saúde, em Cuiabá-MT, de 08 de maio de 1996.

Dr. Júlio Strubing Müller Neto
Secretário de Estado de Saúde

Norma Eleitoral

Resolução nº 03/96

O Presidente do Conselho Estadual de Saúde, no uso de suas atribuições legais, e de acordo com aprovação do Conselho Estadual de Saúde em reunião do dia 03 de julho de 1996.

RESOLVE:

Art. 1º. Aprovar a norma do processo eleitoral dos delegados a serem eleitos na III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE, a representarem o Estado de Mato Grosso na X CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE que realizar-se-á em Brasília-DF de 02 à 06 de setembro de 1996.

Art. 2º. Poderão se candidatar a delegado à X CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE os delegados eleitos para a III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE.

Art. 3º. O número de delegados de Mato Grosso para a X CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE será de 22 (vinte e dois), sendo 11 (onze) representantes de usuários e 11 (onze) representantes de gestores públicos, prestadores de serviços públicos e universitários e trabalhadores de saúde das diversas categorias.

Art. 4º. Os candidatos à delegados para a X CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, deverão se inscrever junto à Comissão Organizadora da III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE até o dia 26 de julho de 1996, às 12 horas.

Art. 5º. O processo eleitoral será por eleição direta e secreta, no dia 27 de julho de 1996, cabendo o voto somente aos delegados.

§ 1º. Cada delegado poderá votar em 11 (onze) candidatos a delegado representantes de usuários, e 11 (onze) candidatos a delegado representantes dos gestores públicos, prestadores de serviços públicos, privados e universitários e trabalhadores de saúde das diversas categorias.

§ 2º. Serão considerados eleitos os candidatos que obtiverem o maior número de votos.

Art. 6º. No impedimento da participação do delegado, assume a vaga deste o imediatamente mais votado do segmento.

Parágrafo Único. Os delegados eleitos deverão confirmar sua participação a X CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE junto a Comissão Organizadora da III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE, até o dia 31 de julho de 1996.

Art. 7º. Os recursos do processo eleitoral deverão ser efetuados no prazo máximo de 24 (vinte e quatro horas), ou seja até às 12 horas do dia 28 de julho de 1996, à Comissão Organizadora da III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE.

Art. 8º. Os casos omissos serão deliberados pelo plenário da Comissão Organizadora da III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE.

Secretaria Estadual de Saúde em Cuiabá-MT, de 11 de julho de 1996

Registra-se, Publica-se e Cumpra-se

Dr. Júlio Strubing Müller Neto
Presidente do Conselho Estadual de Saúde

Quadro Demonstrativo dos Delegados de Município que Realizaram Conferências

Município	Nº de Delegados			Total
	Pop./hab.	G/Prest/trab.	Usuário	
Acorizal	5.837	01	01	02
Água Boa	19.908	01	01	02
Alta Floresta	72.459	04	04	08
Alto Araguaia	11.908	01	01	02
Alto Garças	9.134	01	01	02
Alto Paraguai	15.318	01	01	02
Apiacás	7.832	01	01	02
Araguaiana	3.639	01	01	02
Araputanga	12.991	01	01	02
Arenópolis	15.554	01	01	02
Aripuanã	16.365	01	01	02
Barra do Garças	50.657	04	04	08
Barra do Bugres	20.833	01	01	02
Brasnorte	7.961	01	01	02
Cáceres	82.661	04	04	08
Campo Novo do Parecis	7.587	01	01	02
Campo Verde	6.913	01	01	02
Canarana	11.675	01	01	02
Castanheira	10.848	01	01	02
Chapada dos Guimarães	14.250	01	01	02
Colíder	35.720	02	02	04
Comodoro	10.860	01	01	02
Cotriguaçu	2.939	01	01	02
Cuiabá	462.739	16	16	32
Denise	5.143	01	01	02
Diamantino	19.079	01	01	02
Dom Aquino	8.935	01	01	02
Figueirópolis D´Oeste	5.412	01	01	02
Glória D´Oeste	4.959	01	01	02
Guarantã do Norte	28.814	02	02	04

Município	Nº de Delegados			Total
	Pop./hab.	G/Prest/trab.	Usuário	
Guiratinga	15.817	01	01	02
Indiavaí	2.022	01	01	02
Itaúba	8.360	01	01	02
Jaciara	21.574	01	01	02
Jauru	14.648	01	01	02
Juara	26.738	02	02	04
Juina	43.459	02	02	04
Juruena	4.221	01	01	02
Juscimeira	11.323	01	01	02
Lambari D´Oeste	6.671	01	01	02
Lucas do Rio Verde	8.046	01	01	02
Marcelândia	10.700	01	01	02
Matupá	12.304	01	01	02
Mirassol D´Oeste	24.477	01	01	02
Nobres	16.001	01	01	02
Nortelândia	10.268	01	01	02
N. Sra. do Livramento	11.171	01	01	02
Nova Bandeirante	3.744	01	01	02
Nova Brasilândia	7.459	01	01	02
Nova Canaã do Norte	16.214	01	01	02
Nova Guarita	7.091	01	01	02
Nova Marilândia	2.140	01	01	02
Nova Monte Verde	5.026	01	01	02
Nova Mutum	7.440	01	01	02
Nova Olímpia	8.133	01	01	02
Nova Xavantina	19.852	01	01	02
Novo Horizonte do Norte	4.267	01	01	02
Novo São Joaquim	8.392	01	01	02
Paranaíta	14.633	01	01	02
Paranatinga	20.566	01	01	02

Município	Nº de Delegados			Total
	Pop./hab.	G/Prest/trab.	Usuário	
Pedra Preta	11.610	01	01	02
Peixoto de Azevedo	45.017	02	02	04
Planalto da Serra	2.882	01	01	02
Poconé	33.130	02	02	04
Porto dos Gaúchos	5.358	01	01	02
Porto Esperidião	9.442	01	01	02
Porto Estrela	6.141	01	01	02
Poxoréo	25.610	02	02	04
Primavera do Leste	14.470	01	01	02
Reserva do Cabaçal	3.186	01	01	02
Rio Branco	6.405	01	01	02
Rondonópolis	139.400	08	08	16
S. Antonio do Leverger	17.015	01	01	02
São Félix do Araguaia	12.185	01	01	02
Salto do Céu	7.557	01	01	02
Santa Terezinha	6.565	01	01	02
Santo Afonso	4.826	01	01	02
São J. dos Quatro Marcos	24.425	01	01	02
São José do Povo	3.314	01	01	02
São José do Xingu	2.763	01	01	02
Sinop	43.610	02	02	04
Sorriso	19.363	01	01	02
Tabaporã	3.008	01	01	02
Tangará da Serra	44.218	02	02	04
Terra Nova do Norte	20.128	01	01	02
Tesouro	5.001	01	01	02
Vila Bela da Sª Trindade	15.822	01	01	02
Várzea Grande	187.419	08	08	16
Vila Rica	11.390	01	01	02
TOTAL		136	136	272

III Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso

APRESENTAÇÃO

A III Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso (III CES/MT) tem por finalidade promover a reflexão e o debate sobre o SUS em Mato Grosso, analisando o seu processo de descentralização e a qualidade dos serviços ofertados à população, visando a melhoria da qualidade de vida.

Para tanto, foram realizadas conferências em 90 (noventa) municípios do Estado, que além de permitirem um espaço de articulação entre os diversos segmentos sociais e institucionais participantes, ainda tiveram o importante papel de oferecer o encontro estadual, conteúdos mais aproximados da realidade dos municípios, suas necessidades, avanços e perspectivas.

A Comissão Organizadora agradece a todos que colaboraram para a realização deste evento e, sente-se honrada em poder apresentar a programação da III CES/MT.

Comissão Organizadora

Presidente: Júlio Strubing Müller Neto

Vice-Presidente: Sandra Maria Coelho Martins

I – Comitê Executivo:

Coordenadora:

Fátima Ticianel Schrader (SES)

Coordenadora Adjunta:

Elaine dos Anjos Pelicano Emboava (SES)

Secretária Geral:

Eluani Silvano Vilarinho (SES)

Secretárias Adjuntas:

Ilva Félix Nascimento (FUSC)

Zulma Albuquerque de Siqueira (SES)

Heidi Hulda Hiller (SES)

Relatora:

Nina Rosa Ferreira Soares (UFMT)

Reladoras Adjuntas:

Irânia Maria da Silva Ferreira Marques (FNS)

Rosa Maria Blanco (FNS)

Assessoria Financeira:

Glória Maria Corrêa de Paula (SES)

José Neto da Luz (SES)

Apoio Administrativo:

Walmir Hugo Soares (SES)

Edelson Santana de Almeida (SES)

II – Representantes dos segmentos que compõem o

Conselho Estadual de Saúde:

MOPS: Lourenço Fernandes de Almeida

CUT: Maria Cândida do Nascimento

GRUCON: Edivande Pinto de França

CIMI: Sebastião Carlos Moreira

MNMMR: Luiz Fernando Rogério

COSEMS: Maria da Penha Lino

PROGRAMAÇÃO

Dia 23.07.96

20:00 h **Solenidade de Abertura**

Mesa de Abertura

Dante Martins de Oliveira

Governador do Estado de Mato Grosso

Márcio Lacerda

Vice-Governador do Estado de Mato Grosso

Júlio Strubing Müller Neto

Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso

Gilmar Donizetti Fabris

Presidente da Assembléia Legislativa/Mato Grosso

Licínio Carpinelli Stefani

Presidente do Tribunal de Justiça de Mato Grosso

Teresino Alves Ferraz

Presidente do Tribunal de Contas de Mato Grosso

Luzia Guimarães

Reitora da Universidade Federal de Mato Grosso

José Meirelles

Prefeito Municipal de Cuiabá

Mário Lúcio Guimarães de Jesus

Representante do Conselho Estadual de Saúde/MT

Fátima Ticianel Schrader

Coordenadora da III Conf. Estadual de Saúde/MT

Maria da Penha Lino

Presidente do Conselho de Secret. Mun. de Saúde/MT

Antero Paes de Barros

Chefe da Casa Civil do Estado de Mato Grosso

Sandra Maria Coelho Martins

Sub-Secretária de Estado de Saúde de Mato Grosso

21:30 h **Conferência de Abertura:
Saúde, Ética e Qualidade de Vida**

Conferencista: Elizabeth D. Barros
Coordenadora de Saúde e Previdência do
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
(IPEA)

Dia 24.07.97

08:00 h Mesa 1

**Modelo de Atenção à Saúde para a
Qualidade de Vida**

Coordenação: Elizabeth D. Barros
Coordenadora de Saúde e Previdência do
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
(IPEA)

Exposição: **Experiência do Estado do Ceará**
Francisca Maria Oliveira Andrade
Sub-Secretária de Estado de Saúde do
Ceará

**Experiência do Município de
Itapiúna/Ceará**

Adoneide Crispin da Silva Clementino
Secretária Municipal de Saúde de
Itapiúna/Ceará

**Experiência do Município de Vila
Rica**

Eleuza Procópio de Souza Martinelle
Secretária Municipal de Saúde de Vila
Rica/MT

**Experiência do Distrito Sanitário
Sul — Cuiabá-MT**

Ricardo Chagas
Diretor do Distrito Sanitário Sul
Fundação de Saúde de Cuiabá (FUSC)

Debatedor: Eugênio Vilaça Mendes
Consultor da Organização Panamericana
de Saúde (OPAS)

09:40 h Intervalo

10:00 h Plenária

11:30 h **Conferência
Modelo e Atenção à Saúde**

Conferencista: Eugênio Vilaça Mendes
Consultor da Organização Panamericana
de Saúde (OPAS)

12:30 h Almoço

14:00 h Grupos de Trabalho

16:15 h Intervalo

16:30 h Mesas Específicas

- Ações Básicas de Saúde no Novo Modelo de
Atenção
- A Regionalização no SUS/MT
- Saúde e Ambiente
- Vigilância Sanitária e Epidemiológica
- Violência, Drogas e Alcoolismo

Dia 25.07.96

08:00 h Mesa 2

Controle Social

Coordenação: Arlindo Fábio Gomez de Sousa
Superintendente do Canal Saúde
Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ)

Exposição: **Diagnóstico da Atuação dos
Conselhos Municipais de Saúde em
Mato Grosso**

Dejair José Pereira
Administrador Regional da Prefeitura
Municipal de Cuiabá

**Atuação do Conselho Estadual de
Saúde de Mato Grosso**

Luiz Fernando Rogério
Vice-Presidente do Cons. Estadual de
Saúde de Mato Grosso

**Experiência da Ouvidoria Estadual
de Saúde de Mato Grosso**

Edna Marlene da Cunha Carvalho
Ouvidora do Conselho Estadual de Saúde
de Mato Grosso

**Experiência da Ouvidoria Municipal
de Saúde de Cuiabá/Mato Grosso**

Sivaldo Dias Campos
Representante da Pastoral da Saúde

**Atuação do Conselho Nacional de
Saúde**

Jocélio Drumond
Representante da CUT no Conselho
Estadual de Saúde

Debatedora: Marilda Matsubara
Departamento de Serviço Social da UFMG

10:00 h Intervalo

10:15 h Plenária

12:00 h Conferência: **O Controle Social Frente a
Crise da Saúde**

Conferencista: Elizabeth D. Barros
Coordenadora de Saúde e Previdência do
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
(IPEA)

13:00 h Almoço

14:00 h Grupos de Trabalho

16:15 h Intervalo

16:30 h Mesas Específicas

- Enfrentamento das Doenças Endêmicas em Mato Grosso
- Saúde Mental
- Modelos Locais de Atenção à Saúde Bucal em Mato Grosso
- Prevenção e Reabilitação das Doenças Incapacitantes
- Terceira Idade e a Qualidade de Vida: Cotidiano e Perspectivas
- Política Estadual de Sangue e Hemoderivados

Dia 26.07.96

08:00 h Mesa 3

O SUS, seus Problemas e Dificuldades

Coordenação: Sandra Maria Coelho Martins
Sub-Secretária de Estado de Saúde de
Mato Grosso

Exposição: **Organização e Gestão do SUS nos diversos níveis de governo**

Armando Martinho Bardou Raggio
Pres. do Cons. Nac. dos Secretários
Estaduais de Saúde (CONASS)

O Processo de Municipalização em Mato Grosso

Maria da Penha Lino
Presidente do Conselho dos Secretários
Municipais de Saúde de Mato Grosso
(COSEMS/MT)

Financiamento do SUS

Neyde Glória Moreira Garrido
Diretora do Departamento de Assistência
e Promoção à Saúde – Ministério da
Saúde

Recursos Humanos

Elisete Duarte
Chefe do Núcleo Setorial de Recursos
Humanos da Secretaria de Estado de
Saúde de Mato Grosso

José Francisco N. Paranaguá de Santana
Coordenadoria Geral de Desenvolvimento
de Recursos Humanos para o SUS/
Ministério da Saúde

Debatedor: Flávio Goulart
Faculdade de Ciências à Saúde/Univ. de
Brasília (UNB)

10:00 h Intervalo

10:15 h Plenária

12:00 h Conferência

O Papel do Estado no SUS/MT

Conferencista: Júlio Strubing Müller Neto

13:00 h Almoço

14:00 h Grupos de Trabalho

16:15 h Intervalo

16:30 h Mesas Específicas

- Estruturação de um Subsistema Diferenciado para a Saúde Indígena
- Formação e Capacitação de Recursos Humanos para o SUS
- Política de Medicamento no SUS/MT
- Participação Popular e Controle Social no SUS/MT
- Oficina do Centro de Tratamento de Dependentes de Drogas (CETADD) – Uma prática com o usuário de drogas.
- Saúde do Trabalhador

Dia 27.06.96

09:00 h Plenária Final

Coordenação: Francisco Wagner Simplicio
Secretário de Governo do Município de
Cuiabá

Programação Cultural

Período: 23 à 26 de julho

Local: Hotel Fazenda Mato Grosso

Horário: a partir das 20:00 h

Dia 23.07.96

- Apresentação do Coral da UFMT

- Recital do Poema “Cuiabá Vera” de Ivens Scaff, por Bia Corrêa

Dia 24.07.96

- Apresentação de Siriri e Cururu (Grupo de Dança do Hospital/Adauto Botelho)
- Apresentação de teatro e coral do Centro de Reabilitação Dom Aquino Corrêa

Dia 26.07.96

- Apresentação da peça teatral Sinhá Mariana
Paralelamente ao evento haverá mostra de artes plásticas, com exposição de artistas como Gervane de Paula, Adir Sodré, Clóvis Hirigaray, Carlos Lopes, Benedito Nunes, Osvaldina Santos, Jonas Barros e Almira Reuter.
- Recital do poema “A Bomba D” de Ferreira Gullar por Osvaldina Santos
- Mostra de Produtos Regionais e Artesanato Indígena

Impressos que circularam durante a Conferência

