

IV CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE

Mato Grosso • 2000



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO

Dante Martins de Oliveira
Governador

José Rogério Salles
Vice-Governador

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Júlio Strubing Müller Neto
Secretário

Sandra Maria Coelho Martins
Secretária Adjunta

Ubirajara Sampaio Mota
Superintendência de Gestão

Euze Márcio Souza Carvalho
Superintendência de Saúde Coletiva

Fátima Aparecida Ticianel Schrader
Superintendência de Atenção Integral à Saúde

Augusto Frederico Müller Júnior
Superintendência de Políticas de Saúde

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MATO GROSSO

Júlio Strubing Müller Neto
Presidente

Lourenço Fernandes de Almeida
Vice-Presidente

Anais da
IV CONFERÊNCIA ESTADUAL DE
SAÚDE DE MATO GROSSO

**“Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização
da Atenção à Saúde com Controle Social”**

I Mostra Estadual de Saúde da Família

17 a 20 de outubro de 2000
Local: Hotel Fazenda Mato Grosso
Cuiabá - MT

IV CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MATO GROSSO

COMISSÃO ORGANIZADORA

Coordenador Geral

Geny Catarina Rodrigues Lopes

Coordenadoria Adjunta

Eliete Saragiotto

Zulma Albuquerque de Siqueira

Secretaria Geral

Edna Marlene da Cunha Carvalho

Representante do Conselho de Secretários

Municipais de Saúde de Mato Grosso -

COSEMS/MT

Dejair José Pereira

Representante da Fundação Estadual do Meio
Ambiente – FEMA

Doroty Queiroz Topanotti

Representante da Federação Mato-grossense
das Associações de Bairro - FEMAB

Cândido Barbosa Alvarenga

Representante do Conselho Regional de
Odontologia - CRO

Nídia Fátima Ferreira

Representante de Raças - GRUCON

Edvande Pinto de França

Coordenação de Relatoria

Nina Rosa Ferreira Soares,

Simone Carvalho Charbel

Assessoria Orçamentária e Financeira

Josinete Regina de Albuquerque Fonseca,

Leila Conceição de Figueiredo

Assessoria Técnica

Amaury Ângelo Gonzaga, Elisete Duarte,

Euze Márcio Souza Carvalho,

Fátima Aparecida Ticianel Schrader,

Ione Mariza Bortolotto, Josinete Regina de

Albuquerque Fonseca, Maria Welter,

Rita Christina Martins Borges

Apoio Administrativo

Elton Rubens do Espírito Santo,

Hedi Marta Hiller,

Kerdrick Kane de Judith Barbosa

COMISSÕES ESPECÍFICAS

Científica e Temática

Eliete Saragiotto,

Fátima Aparecida Ticianel Schrader,

Geny Catarina Rodrigues Lopes,

Nina Rosa Ferreira, Simone Charbel Carvalho

Comunicação/Informação

Caio Feitosa da Silva, Ione Mariza Bortolotto,

Vicente Gonçalves de Queiroz,

Mariane de Oliveira

Infra-Estrutura

Eliete Saragiotto, Hedi Marta Hiller,

Miriam Monteiro, Sandra Judith

Secretaria e Apoio Administrativo

Darilene Santos, Eliete Saragiotto,

Gloria Maria Grández Muñoz,

Ilva Félix Nascimento,

Joacir Maria Ferreira do Nascimento,

Kety Auxiliadora Preza Nogueira,

Mauro Carvalho Júnior

Recepção e Cultura

Ana Maria Boabaid Couto,

Doroty Queiroz Topanotti, Filinto Neto,

Valdevina Rosa Capistrano de Oliveira

Apoio às Regionais

Cândido Barbosa Alvarenga,

Edna Marlene da Cunha Carvalho,

Edvande P. França,

Lourenço Fernandes de Almeida,

Marion Barros Ferreira,

Silvana Cardoso Gomes,

Solange Ferreira Alves,

Sonia Regina Santos de Souza,

Zulma Albuquerque de Siqueira

Orçamento e Finanças

Ana Calhao, Haidi Marta Hiller,

Leila Conceição de Figueiredo, Maria Welter,

Zeniuda Cândida de Rezende

Comissão Eleitoral

Debbiê Caporossi, Doroty Queiroz Topanotti,

Lourenço Fernandes de Almeida

Revisão Ortográfica

Samira Lotfi Rocha da Silva

Anais da
IV CONFERÊNCIA ESTADUAL DE
SAÚDE DE MATO GROSSO

**“Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização
da Atenção à Saúde com Controle Social”**

I Mostra Estadual de Saúde da Família

Cuiabá - MT
2002

Agradecimentos

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para transpormos mais uma etapa árdua, porém gratificante e dignificante, que é a luta por um Sistema de Saúde de qualidade, humanizado e acessível a todos, processo de transformação no qual a participação da sociedade é fundamental.

Aos Órgãos Públicos, Privados e à Sociedade Civil Organizada, que contribuíram para a efetivação deste evento:

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso
Secretaria de Estado de Planejamento/Prodeagro
Secretaria de Estado de Cultura
Secretaria de Estado de Educação
Secretaria de Estado de Comunicação
Fundação de Saúde de Cuiabá
Fundação Estadual de Meio Ambiente
Universidade Federal de Mato Grosso
Conselho Estadual de Saúde
Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Mato Grosso
Pólos Regionais de Saúde
Fundação Nacional de Saúde
Fundação Centro de Reabilitação Dom Aquino Corrêa
Hemocentro Coordenador
Centro Estadual de Citologia e Anatomia Patológica
CIAPS Adauto Botelho
Núcleo de Ofiologia Regional de Mato Grosso
Laboratório Central de Mato Grosso
Hospital Regional de Sorriso-MT
Hospital Regional de Colider-MT
Escola de Saúde Pública Dr. Agrícola Paes de Barros
Centro Regional de Referência de Saúde de Mato Grosso

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

Conselho Estadual de Saúde

Júlio Strubing Müller Neto - Presidente
Lourenço Fernandes de Almeida - Vice-presidente

Representantes do Poder Executivo

Thiers Ferreira - Conselheiro
Geny Catarina Francisca Rodrigues Lopes - Suplente

Representantes da Secretaria de Estado de Saúde - SES/MT

Euze Márcio de Souza Carvalho - Conselheiro
Augusto Frederico Müller Júnior - Suplente
Fátima Aparecida Ticianel Schrader - Conselheira
Ana Maria Boabaid de Carvalho Couto - Suplente

Representante do Instituto de Previdência do Estado de Mato Grosso- IPEMAT

Marisa Martins Bosaipo - Conselheiro
Jair Ribeiro Teixeira - Suplente

Representante da Secretaria de Estado de Meio Ambiente - FEMA

Frederico Guilherme Moura Müller - Conselheiro
Doroty Queiroz Topanotti - Suplente

Representante do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Mato Grosso - COSEMS/MT

Luiz Soares - Conselheiro

Representante da Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT

Nina Rosa Ferreira Soares - Conselheira
Suely Reimão de Arruda - Suplente

Representante da Federação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas do Estado de Mato Grosso

Francisco Belo Galindo Filho - Conselheiro

Luiz Fernando Caldart - Suplente

Representante do Sindicato dos Trabalhadores da Saúde - SISMA

Silvestre Noronha da Luz - Conselheiro

Luiz Carlos de Campos Borges - Suplente

Representante do Sindicato dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde de Mato Grosso - SINDESSMAT

Celso Cardoso - Conselheiro

Alberto Romeu Pereira - Suplente

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

Edson Ricardo Pertile - Conselheiro

Alírio Artur Guimarães - Suplente

Representantes de Entidades de Classe

Conselho Regional de Odontologia

José Abel Porto de Almeida - Conselheiro

Nídia Fátima Ferreira - Suplente

Conselho Regional de Medicina

José Fernando Maia Vinagre - Conselheiro

Adriana Rigon Weska - Suplente

Conselho Regional de Enfermagem

Maria de Anunciação Silva - Conselheira

Debbiê Caporossi - Suplente

Conselho Regional de Farmácia

Josanil Bezerra Ramos - Conselheira

Sandra Izilda Souza de Figueiredo - Suplente

Representantes dos Usuários

Federação de Trabalhadores da Agricultura - FETAGRI

Maria Divina Santana - Conselheira

Marisa Batista Santana - Suplente

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

Cândido Barbosa Alvarenga - Conselheiro

Edimirço Batista de Souza - Suplente

Representante da Associação dos Deficientes - AMDE/MT

Ângela Maria Ferreira - Conselheira

Malvineide Miranda de Freitas - Suplente

Associação de Portadores de Patologias

Gonçalo Fiel de Paula - Conselheiro

Ivo de Amorim Benevides – Suplente

Movimento Popular de Saúde - MOPS

Lourenço Fernandes de Almeida - Conselheiro

Alvani Batista de Almeida - Suplente

Entidades de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente - CEDEC

Lenir de Arruda - Conselheiro

Associação dos Aposentados de Mato Grosso - AMAP

Elias Ribeiro da Silva - Conselheiro

Eliberto Francisco da Cruz - Suplente

Representante do Conselho Indigenista Missionário - CIMI

Sebastião Carlos Moreira - Conselheiro

Maristela Souza Torres - Suplente

Representante do Movimento Ambientalista e Ecológico

Lúdio Frank Mendes Cabral - Conselheiro

Solange Ferreira Alves - Suplente

Sindicato dos Garimpeiros do Estado

Marcionílio Macedo Neto - Conselheiro

Juscelino Costa dos Santos - Suplente

Núcleo de Estudos e Organização da Mulher - NEOM

Leila Maria Boabaid Levi - Conselheira

Clélia Araújo Brito - Suplente

Sindicato dos Profissionais da Educação - SINTEP

Maria Auxiliadora Silva e Silva - Conselheira

Sílvia Marques Callichio - Suplente

Classistas das Centrais Sindicais - CUT

Maria Cândida do Nascimento - Conselheira

Orency Francisco da Silva - Suplente

Associação de Proteção das Vítimas de Acidentes do Trabalho e Trânsito

Maria Auxiliadora Rossoli - Conselheira

Ambrósio Moreira de Souza - Suplente

Representante de Raças - Grupo de Consciência Negra - GRUCON

Edvande Pinto de França- Conselheiro

Cláudia Araújo dos Santos – Suplente

Siglas Utilizadas

Agentes Indígenas de Saúde - AIS
Autorização de Internação Hospitalar - AIH
Associação dos Aposentados de Mato Grosso - AMAP
Associação Mato-grossense dos Deficientes - AMDE/MT
Classistas das Centrais Sindicais – CUT – Central Única dos Trabalhadores
Coordenador de Odontologia - CO
Comissões Intergestoras Bipartite - CIBs
Coordenadoria de Assuntos Indígenas de Mato Grosso - CAIEMT
Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Mato Grosso - COSEMS/MT
Conselho Estadual de Saúde - CES
Coordenadoria de Administração Hospitalar e Ambulatorial - CAHA
Conselho Nacional de Saúde - CNS
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
Conferência Nacional de Saúde das Populações Indígenas - CNSPI
Comissão Especial Permanente de Saúde Indígena - CEPSI
Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI
Entidade de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente - CEDEC
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
Fundo Municipal de Saúde - FMS
Grupo de Saúde Popular - GSP
Instituto de Previdência do Estado de Mato Grosso - IPEMAT
Movimento de Raças - GRUCON
Movimento Popular de Saúde - MOPS
Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase - MORHAN
Programa de Informação em Saúde - PROINS
Programa de Saúde da Família Indígena - PSFI
Programa de Saúde da Família - PSF
Programação Pactuada Integrada - PPI
Secretaria de Estado de Saúde - SES

Secretaria de Estado de Meio Ambiente - FEMA
Sistema de Notificação de Agravos de Notificação - SINAN
Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB
Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA
Sistema de Informações Hospitalares - SIH
Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC
Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM
Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde - SIOPS
Sindicato dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde de Mato Grosso - SINDESSMAT
Sindicato dos Trabalhadores do Ensino Público - SINTEP
Sindicato dos Trabalhadores da Saúde – SISMA
Sistema Único de Saúde – SUS
Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT
Universidade de Cuiabá – UNIC

Apresentação	17
Introdução	19
PARTE I	
AÇÕES INTRODUTÓRIAS DA CONFERÊNCIA.....	21
As Conferências Municipais	23
Temas de Debates	32
Abertura	33
PARTE II	
CONFERÊNCIAS	41
Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização da Atenção à Saúde com Controle Social.....	43
O SUS em Mato Grosso: Da III para a IV Conferência	50
PARTE III	
MESAS-REDONDAS	59
Saúde da Família: Acesso, Qualidade, Humanização, Referência e Controle Social	61
Controle Social: Mito ou Realidade?	68
O Orçamento, Recursos Humanos e o Controle Social	79
Regionalização: Acesso e Responsabilidade dos Gestores.....	84
PARTE IV	
MESAS ESPECÍFICAS.....	93
Política de Qualidade do Sangue e Hemoderivados	95
Saúde Bucal — Modelo de Atenção x Controle Social.....	97
Sistema de Informação em Saúde	99
Saúde Mental, Álcool e Drogas	102
Saúde do Adulto - Doenças Crônicas: Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus	105
Saúde da População Negra	107

Regionalização das Ações de Saúde Pública: Descentralização da Atenção às Grandes Endemias	108
Regionalização da Assistência à Saúde I e II – Sistema de Referência, PPI, CIB's, Centrais de Regulação, Consórcios	110
Comunicação Coordenada em Saúde da Família	116
Saúde é Comunicação e Informação - Política de Comunicação para o SUS	117
Vigilância de Serviços, Produtos e Ambiente de Trabalho	124
Política de Assistência Farmacêutica	126
Política de Saúde Indígena	129
Estratégias de Organização do Sistema Estadual de Atenção à Urgência e Emergência	131
Saúde Sexual e Reprodutiva: Questões Inerentes aos Direitos Humanos	135
Violência em Saúde	138
Controle Social no SUS	141
Modelo de Atenção às Pessoas Portadoras de Deficiência	142
Hanseníase e Tuberculose: "Acesso às Ações de Controle e Integralidade da Assistência"	148
PARTE V	
PROPOSTAS APROVADAS NA PLENÁRIA FINAL DA IV CONFERÊNCIA DE SAÚDE	
Saúde da Família	151
Cooperação Técnica	152
Administração, Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos.....	153
Assistência Ambulatorial	155
Assistência Hospitalar	156
Referência e Contra-Referência	157
Readequação da Rede Física e Tecnológica	158
Desenvolvimento Institucional e Modernização Gerencial	159
Participação e Controle Social	161
Gestão do SUS	163
Síntese das Propostas Aprovadas	170
MOÇÕES APROVADAS NA PLENÁRIA FINAL	
Moção de Aplauso	174

Moção de Repúdio	174
Moção de Apoio	174
Processo Eleitoral	175
Conclusão	179
PARTE VI	
I MOSTRA ESTADUAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA	181
A Escola de Saúde Pública e a I Mostra Estadual de Saúde	183
Pôsteres	185
Comunicação Coordenada	189
Cursos para as Equipes de Saúde	191
Premiação	193
Navegar é Preciso	198
PARTE VII	
TEXTOS DE APOIO	203
A Saúde Reconhecida	205
Propostas de Superação das Pendências Básicas de Financiamento	207
O Controle Social e o Processo de Descentralização	211
O Controle Social no Sistema	218
Construindo o Controle Social	221
A Organização da Gestão da Assistência em Mato Grosso	224
PARTE VIII	
EFETIVANDO O SUS: ATIVIDADES DESENVOLVIDOS PELA SES.....	229
Introdução	231
PARTE IX	
ANEXOS	257
Portaria N° 037/2000	259
Regimento da IV Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso	260
Decreto para Convocação da IV Conferência Estadual de Saúde	265

O relatório final da IV Conferência Estadual de Saúde, que aqui apresentamos, condensa idéias, análises, proposições, críticas e sugestões ao Sistema Único de Saúde efetuadas por usuários, profissionais do SUS, imprensa e sociedade civil organizada que participaram, ativamente, de um dos mais importantes eventos já realizados em Mato Grosso, na área da Saúde Pública.

A Conferência é resultado do esforço e mobilização das equipes da Secretaria de Estado de Saúde dos mais diversos níveis, dos usuários do Sistema Único de Saúde e da população geral.

Precisamente no ano em que comemoramos os 10 anos da implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil, avaliar os avanços e dificuldades do SUS representa a possibilidade de realizarmos transformações que garantam mais acesso, maior qualidade e humanização na oferta dos serviços de saúde.

Os espaços de discussão e proposição dentro da Conferência foram precedidos pelos trabalhos nos 99 municípios (na época, Mato Grosso era constituído por 126 municípios) que se reuniram para concretizar os seus aportes em Conferências e Fóruns locais, todos em sintonia com o tema proposto para a Conferência Estadual.

A IV Conferência Estadual contou com a participação maciça de gestores municipais de saúde, usuários do SUS, profissionais de saúde em geral e representantes do Ministério da Saúde, além das mais diversas entidades ligadas ao setor. O amplo envolvimento de todos estes setores teve como conseqüência o fortalecimento do exercício democrático da discussão e da proposição no âmbito da Saúde Pública em Mato Grosso.

Pelo menos 50% dos participantes eram representantes dos usuários do Sistema, que puderam propor, reivindicar medidas específicas

e sugerir mudanças para a melhoria do SUS em suas regiões.

No entanto, a principal meta da Conferência não foi obter a participação de todos durante o evento apenas, mas incentivar o controle social em relação ao atendimento cotidiano realizado pelo SUS aos milhares de cidadãos mato-grossenses. A participação e o controle social, portanto, foram os temas mais debatidos durante a Conferência, ao lado da necessidade de se garantir acesso universal, com qualidade e equidade aos usuários do SUS.

Cientes de que a imprensa representa e registra em suas páginas e programas de televisão, as angústias, desejos e aspirações de seus leitores e ouvintes, os repórteres e editores, dos mais diversos veículos de comunicação, foram convidados para a Conferência.

A mesa redonda intitulada "Saúde é Educação e Comunicação" constituiu-se em um evento inédito na história da Saúde Pública do Brasil. Profissionais do SUS, usuários, professores dos dois cursos de jornalismo do Estado, repórteres e editores de jornais e televisões permaneceram em uma sala por quatro horas, discutindo políticas de promoção da saúde, assim como a melhor maneira de informar a população sob o prisma da prevenção.

Durante a discussão, surgiu um pacto de troca de informações entre profissionais do SUS e a imprensa. Os participantes concluíram que a promoção da Educação em Saúde é atribuição de todos os segmentos da sociedade.

A Conferência também foi marcada pela I Mostra de Saúde da Família (PSF), que aconteceu entre os dias 16 e 19. Responsável pela substancial melhora dos índices de saúde nas regiões onde é implantado, o PSF atua de forma intensa na prevenção e na promoção da Saúde, motivo pelo qual é compreendido como carro chefe das políticas de saúde em todo o país.

Em Mato Grosso, à época da Conferência Estadual, já haviam sido implantadas nada menos que 145 equipes do Projeto Saúde da Família, que atuavam em 73 municípios, além de 2.287 agentes de saúde, todos capacitados pela Secretaria de Estado de Saúde.

Durante a Mostra, os profissionais de Saúde da Família trouxeram as experiências e os resultados dos seus municípios, apontaram soluções de acordo com a realidade sócio-econômica das regiões onde atuavam e, sobretudo, encaminharam propostas para a Conferência Nacional, que se realizou em dezembro daquele ano.

Agradecemos àqueles que compareceram, apresentando críticas e sugestões. Todas as críticas sugeridas durante a IV Conferência Estadual, o que inclui aquelas que apontaram erros e tropeços do Sistema em algumas regiões, tornaram-se poderosas aliadas dos profissionais do SUS em Mato Grosso. É a partir da identificação das dificuldades que poderemos transpor as barreiras e alcançar o SUS que tanto almejamos e que garante saúde pública de qualidade a todos os cidadãos do Estado.

Júlio Strubing Müller Neto
Secretário de Estado de Saúde

Introdução

A IV Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso, concebidas como mais uma etapa do processo de efetivação do Controle Social, contou com a participação de cerca de 1.100 pessoas, entre usuários do SUS, trabalhadores da saúde, representantes do Governo e observadores.

O processo democrático de discussão, avaliação e novas proposições resultou em propostas norteadoras para a Política de Saúde do Quadriênio 2001-2004.

O eixo de discussão girou em torno do Controle Social do Sistema Único de Saúde e da necessidade de todos os cidadãos terem, efetivamente, acesso aos serviços de saúde com qualidade, de forma humanizada, garantindo, assim, o verdadeiro exercício da cidadania.

A metodologia foi organizada em torno do tema central "Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização da Atenção à Saúde com

Controle Social", resultando em uma programação que pôde contemplar grandes conferências, mesas específicas, painéis e comunicação coordenada. A partir daí, buscou-se fundamentar as discussões que culminaram na apresentação das deliberações da Plenária Final, consignadas neste relatório.

Durante a IV Conferência Estadual de Saúde, além das atividades sociais como apresentações culturais que resgata e valoriza a cultura mato-grossense, transcorreram outros eventos de relevância para a Saúde Pública, como o lançamento do Plano Estadual de Saúde, da série "Legislação do SUS" nºs 3 e 4, da revista "Saúde Pública em Mato Grosso – Ações e Perspectivas" e do II Vídeo de Capacitação de Conselheiros, Premiação da I Mostra da Saúde da Família e a Premiação do Hospital de Vila Rica: "Hospital Amigo da Criança".

Momento cultural



Estas atividades proporcionaram maior integração entre os participantes da IV Conferência Estadual de Saúde e oportunizaram a divulgação dos inúmeros trabalhos que a SES vem desenvolvendo frente à Política de Saúde do Estado, buscando a valorização dos trabalhos desenvolvidos pela sua equipe técnica e o reconhecimento da sociedade civil organizada.

Na consolidação final deste relatório, estão contemplados a síntese avaliativa das etapas das Conferências Municipais, os relatórios das grandes conferências, das mesas específicas

e as propostas aprovadas na Plenária Final da IV Conferência Estadual de Saúde, organizados de acordo com o Plano Estadual de Saúde, as recomendações e moções e a síntese da Plenária Estadual dos delegados para a 11ª Conferência Nacional de Saúde.

É através destas Conferências que o país pode chegar ao ideal de igualdade de oportunidades a todos na Saúde Pública, efetivando um Sistema Único de Saúde que não seja puramente estatal, mas que integre a participação de diferentes setores e segmentos sociais.

PARTE I

CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE

Acesso, Qualidade
e Equidade

ATIVANDO SU
CIVILIDADE

AÇÕES
INTRODUTÓRIAS
DA CONFERÊNCIA

As Conferências Municipais

O processo de organização da IV Conferência Estadual de Saúde demandou um árduo trabalho da comissão organizadora, que encontrou diversas barreiras – de cunho técnico e político – para a concretização das conferências municipais, tendo como pano de fundo as eleições político-partidárias nos municípios.

O problema da infra-estrutura deficiente dos municípios - que não dispunham de pessoal capacitado para organizar e conduzir uma conferência - aliado ao desconhecimento da importância do evento para a Saúde Pública de Mato Grosso, exigiu uma imensa disponibilidade da comissão organizadora que, no menor tempo possível, se viu obrigada a atender às múltiplas demandas, atenta à realidade de cada região.

A comissão organizadora programou suas atividades levando em consideração a etapa municipal, a estadual (IV Conferência) e a nacional (XI Conferência), cujo tema perpassou todas essas instâncias - "Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização da Atenção à Saúde com Controle Social".

A etapa municipal da IV Conferência Estadual de Saúde foi articulada a partir da organização de uma comissão de apoio às Regionais de Saúde. Integrada por técnicos da SES, conselheiros do Conselho Estadual de Saúde e Ouvidoria, essa comissão ofereceu suporte técnico e logístico na preparação das conferências municipais.

A comunicação com as comissões organizadoras das conferências municipais foi constante e marcou todo o processo de reflexão, discussão e diagnóstico da realidade vivenciada em cada região. Essa comunicação intensa propiciou a discussão do tema central das conferências municipais em sintonia com a reflexão instaurada nos níveis estadual e nacional.

Com o intuito de dar suporte às comissões organizadoras das conferências municipais, a equipe da Secretaria de Estado de Saúde elabo-

rou e enviou material de subsídio aos mesmos. Os municípios receberam um folder didático que explica o que é uma conferência de saúde, qual a sua importância na consolidação e implementação do SUS, os passos necessários para a sua realização, a escolha de delegados e a necessidade da participação social.

A comissão organizadora estadual enviou ainda, aos municípios, os modelos de regimento de conferência municipais, a Norma Eleitoral, o decreto e a portaria para a viabilização da conferência e a proposta de programação e metodologia de trabalho durante a conferência.

Como material bibliográfico de apoio, os municípios receberam um texto sobre controle social, o relatório final do II Encontro Nacional de Conselhos de Saúde, o texto "Avanços e retrocessos do controle social no SUS" (de autoria de Nina Rosa Ferreira Soares) e os volumes 1, 2 e 3 da série de Documentos Técnicos da Secretaria de Estado de Saúde - MT, que contêm informações para os municípios.

Apesar dos esforços da comissão organizadora da IV Conferência Estadual de Saúde, da comissão de apoio às Regionais de Saúde e das respectivas comissões municipais, a realização das conferências municipais esbarrou nos seguintes entraves:

a) Político: Tendo em vista a proximidade das eleições municipais no Estado, muitos gestores municipais não conseguiram desvincular os interesses partidários dos da população, encarando a realização das conferências municipais como um aspecto que poderia ferir algumas candidaturas. Vários gestores dificultaram ao máximo, a realização das conferências, demonstrando desconhecer a responsabilidade legal na sua efetivação.

Faz-se necessário repensar a realização das conferências em período próximo às eleições políticas. É preciso discutir e refletir com

os gestores e a sociedade civil organizada que a realização das conferências é um processo de avaliação das ações de atendimento à saúde, de efetivação do SUS e momento privilegiado para a proposição de políticas públicas de saúde que beneficiem a população. As conferências devem acontecer dentro deste contexto deliberativo, propositivo e articulado aos Planos Municipais de Saúde.

- b) Financeiro: Os municípios, na sua maioria, não contavam com apoio financeiro para a realização das suas conferências. Este aspecto dificultou significativamente os trabalhos. Faz-se necessário garantir, no orçamento municipal, os recursos financeiros para a realização das mesmas.
- c) Ausência de uma Comissão Permanente para acompanhar a realização e organizar as conferências municipais: as comissões organizadoras das conferências municipais, em número considerável, desconheciam os passos necessários para a realização das mesmas. Os municípios desconhecem a importância das conferências e do controle social para a efetivação do SUS.

Recomenda-se a instalação de uma Comissão Permanente do Conselho Estadual de Saúde para apoio técnico e acompanhamento dos municípios na viabilização das conferências de saúde.

- d) Informação insuficiente sobre as conferências de saúde: o marco histórico e legal que as precede, a sua importância para a efetivação do SUS.

Consolidação das Propostas das Conferências Municipais de Saúde

As Conferências Municipais aconteceram em 99 dos 126 municípios que conformavam o Estado de Mato Grosso à época da IV Conferência Estadual. As propostas elencadas nas Conferências Municipais foram consolidadas pelas Regionais de Saúde e apresentadas na Conferência Estadual durante os trabalhos de grupo.

As principais reivindicações emanadas das Conferências Municipais centraram-se na gestão, com foco na organização dos serviços e

no modelo assistencial qualitativo, humanizado e resolutivo.

Modelo de Atenção:

- Garantir o preenchimento da CAT, em caso de atendimento ao trabalhador acidentado.
- Implementar a vigilância epidemiológica, sensibilizando os estabelecimentos de saúde e outros envolvidos quanto à obrigatoriedade da notificação das doenças compulsórias.
- Estabelecer, à médio prazo, parcerias entre FEMA, IBAMA, Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Educação e Associações de Bairros, para sensibilizar professores, pais e alunos quanto à preservação do meio ambiente.
- Estabelecer parceria junto à Secretaria de Agricultura, para que o INDEA proceda à fiscalização de rotina nos abatedouros municipais.
- Desencadear trabalho junto à classe médica, sobre a necessidade da prescrição médica contemplar o nome genérico do medicamento.
- Implementar ações de controle e acompanhamento às doenças crônico-degenerativas.
- Implantar projetos que visem à humanização no atendimento à gestante, ao parto e ao recém-nascido em todos os municípios.
- Desenvolver ações de educação em saúde com enfoque na prevenção de acidente de trabalho e de trânsito.
- Construir um modelo de educação em saúde, marcado pela interdisciplinaridade e pela relação interinstitucional, voltada para facilitar a participação da população no planejamento e na fiscalização de serviços e ações de saúde.
- Implantar política de educação sexual e programas educativos a adolescentes, para reduzir o problema de gravidez nesta faixa etária.

- Dar continuidade às campanhas, através dos meios de comunicação, sobre a importância do trabalho dos agentes comunitários de saúde e agentes do programa contra a dengue.
- Implementar projetos de educação em saúde que envolvam grupos populares organizados nos níveis locais, procurando garantir recursos técnicos, administrativos e financeiros necessários aos trabalhos.
- Reduzir os índices de mortalidade por câncer de colo uterino, mama e próstata, priorizando o trabalho de educação em saúde, com garantia do acompanhamento dos pacientes por ginecologistas, urologistas, bem como exames de apoio e diagnóstico.
- Implantar e implementar, em todos os municípios do Estado, o programa de recuperação de dependentes químicos (álcool e drogas).
- Utilizar os meios de comunicação para divulgação e sensibilização da população quanto a importância das ações existentes nas unidades básicas de saúde, como forma de prevenir doenças e promover a saúde.
- Ampliar e fortalecer uma rede para troca de informações entre a academia e os profissionais de educação em saúde.
- Desencadear a curto prazo, um trabalho rotineiro de educação em saúde à população, com temas voltados para a prevenção e tratamento da hanseníase, tuberculose, doenças de notificação compulsória, malária, doenças sexualmente transmissíveis/AIDS, medidas de higiene e dengue.
- Desencadear campanha de conscientização junto a empresários e à comunidade, quanto ao risco do uso indiscriminado de agrotóxicos e os danos causados pelas queimadas.
- Incentivar as ações de combate às endemias, em todos os municípios.
- Divulgar os serviços oferecidos pelas unidades de saúde para a população, através de cartilhas.
- Realizar campanhas educativas quanto ao destino do lixo e de incentivo à sua reciclagem.
- Implantar, em toda a rede básica, ações de saúde do trabalhador e sua reabilitação profissional.
- Desenvolver uma política de Atenção à Saúde Bucal para todas as faixas etárias, com garantia de insumos e kit de prevenção para escolares.
- Estabelecer parceria junto à Secretaria de Estado de Justiça para assegurar a assistência médica rotineira aos presidiários. Na época, esta era a Secretaria responsável pelo Sistema Penitenciário.
- Implantar ações preventivo-promocionais em saúde bucal, nas atividades dos agentes comunitários de saúde em todos os municípios.
- Viabilizar o atendimento de urgência, nas policlínicas, durante 24 horas.
- Reativar o projeto: Programa de Rádio “Saúde da Nossa gente”, como um meio de comunicação popular.
- Implantar sistema de vigilância sanitária nos consultórios odontológicos, em parceria com a Vigilância Sanitária e o Conselho Regional de Odontologia.
- Desenvolver ações intersetoriais, com o objetivo de articular projetos e ações de saúde bucal.
- Implantar programa de odontologia preventiva e reabilitação, nas escolas e na rede.
- Acompanhar, analisar, computar quantitativa e qualitativamente os procedimentos individuais odontológicos (PAB, FAE) das clínicas odontológicas, em articulação com a Comissão de Controle e Avaliação.

- Implementar a assistência integral à terceira idade e ao ambulatório de climatério.
- Elaborar e aprovar, em curto prazo, os Códigos Sanitários Municipais, contemplando ações de preservação do meio ambiente e saúde do trabalhador.
- Implantar Núcleos de Reabilitação nos municípios que ainda não contam com esse serviço.
- Definir o modelo de atenção à saúde baseado nos princípios do Programa de Saúde da Família (PSF).
- Implantar terapias alternativas, como acupuntura e homeopatia, nos serviços de saúde.
- Implantar em todos os municípios, o controle, prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS.
- Criar uma casa de apoio à Gestante e Adolescentes, para a realização de palestras, cursos e terapias ocupacionais, troca de experiências, lazer e educação sexual.
- Priorizar as ações básicas de saúde, exames Papanicolau, pré-natal, puericultura, hanseníase, tuberculose, diabetes, hipertensão e imunização, em todos os municípios.
- Priorizar e implementar ações de prevenção às infecções respiratórias agudas, puericultura e aleitamento materno, como forma de prevenir, controlar e reduzir as internações.
- Priorizar a atenção à saúde da mulher e da criança, para reduzir a mortalidade infantil para 10/1.000 nascidos vivos, a longo prazo.
- Implantar e implementar, a curto prazo, o pré-natal em todas as unidades básicas de saúde, com ações que contemplem a gestante adolescente.
- Assegurar incentivo financeiro compatível com as despesas para os municípios que fizerem restaurações odontológicas aos adolescentes e adultos.
- Garantir, através dos recursos financeiros do PAB, a inclusão de ações de saúde bucal no PACS e PSF.
- Interligar as clínicas odontológicas através de uma rede computadorizada.
- Assegurar recursos para tratamento e fluoretação da água para 100% da população urbana.
- Construir escovódromos nas escolas existentes e assegurar, em lei, a obrigatoriedade da sua construção em novos prédios e em locais que realizem atividades com idosos.
- Garantir o fornecimento de kits sanitários para a população rural e urbana dos municípios.
- Implementar as ações de Vigilância Epidemiológica e Sanitária nos municípios.
- Implementar as ações de vigilância sanitária de baixa complexidade.
- Criar e formular o código sanitário dos municípios, adequando-o à realidade local.
- Assegurar que o secretário municipal de saúde seja o ordenador de despesas dos recursos do fundo municipal de saúde, cuja aplicação deverá contar com o aval do Conselho Municipal de Saúde.
- Efetuar o repasse dos recursos financeiros aos municípios de forma diferenciada, considerando critérios que contemplem o perfil epidemiológico da população, capacidade instalada dos serviços, receita anual municipal, assentamentos cadastrados pelo INCRA e outros.
- Garantir, no orçamento, percentual mínimo de 15% para o setor saúde.
- Implementar uma política administrativa que garanta a manutenção da estrutura física, de equipamentos, de recursos humanos e

Modelo de Gestão:

- Organizar o sistema de referência e contra-referência, nas diferentes áreas da odontologia.

- materiais para as unidades básicas de saúde, visando a garantia da resolutividade dos serviços.
- Garantir uma política de aquisição de materiais de consumo para as unidades de saúde.
 - Garantir, através de instrumentos legais, o cumprimento do orçamento democrático e participativo, aprovado pela comunidade.
 - Garantir o suprimento de fundo aos centros de saúde, policlínicas, coordenadorias e Conselho Municipal de Saúde, para solução dos problemas básicos.
 - Construir, imediatamente, centros de saúde para as unidades que não têm sede própria.
 - A SES deverá estabelecer parcerias para a contratação de profissionais de nível superior com prefeituras distantes da capital, que enfrentam dificuldades financeiras e não conseguem fixar esses profissionais no município, no modelo já existente nos consórcios de saúde.
 - As Secretarias Municipais de Saúde deverão assegurar em seu orçamento recursos financeiros para articularem, junto à Escola de Saúde Pública de Mato Grosso, o Curso de Técnico de Enfermagem e outros.
 - Garantir recursos financeiros para a instalação de linhas telefônicas nas unidades de saúde.
 - Assegurar recursos para a aquisição de equipamentos de proteção individual para vacinação anti-rábica.
 - Assegurar aquisição de equipamentos para informatizar os programas nas unidades básicas de saúde, a curto prazo.
 - Adquirir UTI móvel para atender as regionais de saúde.
 - Contemplar, nos planos plurianuais municipais, a médio prazo, a implantação de centros de reabilitação em fisioterapia, para municípios que não dispõem desse serviço e, ainda, a criação de centros odontológicos municipais de referência às unidades básicas de saúde.
 - Garantir que a Secretaria de Saúde encaminhe para o Conselho Municipal de Saúde os balancetes mensais, de acordo com a Resolução nº 003/93, do Tribunal de Contas de Mato Grosso.
 - Assegurar recursos financeiros através do Ministério da Saúde, para incentivar os municípios a desenvolverem trabalhos voltados para a saúde da terceira idade.
 - Criar Centro Integrado de Terapia Ocupacional para idosos e pacientes terminais.
 - Assegurar recursos, através do VIGISUS para implantar, reestruturar e descentralizar laboratórios regionalizados de extensão do LACEN.
 - Implantar laboratórios centrais nos municípios, com os setores de análise de alimentos, de culturas biológicas e biópsias.
 - Oferecer condições técnicas e administrativas ao CECAP e LACEN, para agilizar o retorno dos exames encaminhados.
 - Ampliar a cobertura do PACS e PSF em todos os municípios do Estado, inclusive na zona rural, e garantir a inserção de outros profissionais de saúde na composição das equipes.
 - Divulgar as verbas repassadas do Ministério da Saúde, Policlínicas, Coordenadorias e Conselho Municipal de Saúde, para solução dos problemas básicos.
 - Assegurar recursos para contrapartida do piso salarial do ACS.
 - Assegurar recursos financeiros para a aquisição de veículo para unidade de saúde da família.
 - Assegurar recursos financeiros para a aquisição de bicicletas para os agentes comu-

nitários de saúde da área urbana e moto para a área rural.

- Ampliar as discussões com a rede pública, privada e conveniada, para a elaboração do sistema de referência e contra-referência junto às Equipes do PSF.
- Integrar as ações dos agentes comunitários de saúde e pastoral da criança.
- Assegurar o apoio aos gestores em relação às atividades desenvolvidas pelos ACS.
- Instalar relógio de ponto em todas as unidades de saúde, onde os servidores lotados deverão registrar a entrada e saída.
- Organizar treinamento, capacitação e formação de equipe técnica para atuar em ambulância.
- Estabelecer critérios técnicos, definidos pelo Conselho Municipal de Saúde, para preenchimento dos cargos de confiança, inclusive de secretário de saúde, para que tais cargos sejam ocupados por profissionais, especificamente, da área da saúde e compromissados com a saúde pública.
- Implantar o programa de controle médico - saúde ocupacional - para todos os servidores da área da saúde (exames admissionais, periódicos e demissionais).
- Implantar programa de apoio ao servidor alcoólatra, usuário de drogas, etc.
- Investir em recursos humanos e fazer avaliação do perfil do trabalhador antes de integrá-lo ao serviço público.
- Garantir um número suficiente de agentes operacionais e treiná-los em biossegurança, a fim de melhorar a limpeza das unidades de saúde e fornecer os equipamentos necessários para a sua proteção.
- Garantir a humanização dos serviços de saúde, através de reciclagem e cursos de formação profissional.
- Garantir um trabalho voltado para a humanização dos serviços de saúde com

os servidores públicos, visando à garantia dos direitos de cidadania aos usuários, assim como aos próprios servidores do SUS.

- Ampliar o quadro de profissionais especialistas nos ambulatórios de especialidades médicas.
- Garantir o pagamento de salários aos servidores públicos municipais, conforme preconiza a lei.
- Garantir a eleição de gerentes, coordenadores distritais, coordenadores de policlínicas e diretores de distritos.
- Implantar programa de atenção à saúde dos trabalhadores para os servidores da saúde.
- Garantir transporte e melhores condições de trabalho para os trabalhadores de saúde da zona rural.
- Implementar a política de Recursos Humanos dos municípios, com realização de concursos públicos, avaliação de desempenho e implantação do plano de carreira, cargos e salários, visando à valorização profissional.
- Assegurar que os médicos cumpram a carga horária do contrato de trabalho e não o número mínimo de consultas para a respectiva carga horária.
- Promover concursos que contemplem as categorias: enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, nutricionista, auxiliar de enfermagem e outros, conforme o perfil epidemiológico do município.
- A SES deverá incentivar e assessorar os municípios a implantarem o plano de carreiras, cargos e salários para o setor de saúde.
- Viabilizar, junto à Escola de Saúde Pública, capacitação de Técnico em Higiene Dental e Auxiliar de Consultório Dentário para os municípios.
- Viabilizar Capacitação e Treinamento de Recursos Humanos na Saúde com relação ao atendimento ao público.

- Buscar parcerias para a realização de um Curso de Especialização em Educação em Saúde, integrado à rede de educação popular, nos próximos dois anos.
- Promover educação em saúde, na comunidade rural, voltada para a qualidade da água, com distribuição do hipoclorito de sódio.
- Contemplar na Lei de Diretrizes Orçamentárias, a curto prazo, a aquisição de aparelhos de TV e videocassete, para dar suporte aos trabalhos de educação em saúde, em todas as unidades básicas de saúde.
- Ampliar a relação de medicamentos que compõem a farmácia básica.
- Flexibilizar os critérios estabelecidos pela SES para a dispensação de medicamentos psicotrópicos, garantindo que o médico treinado para essa atividade, mesmo não sendo psiquiatra, a realize nos municípios com menos de cinco mil habitantes.
- Garantir aquisição de medicamentos em quantidade suficiente para atender a demanda dos programas especiais.
- Assegurar recursos para estabelecer a política de assistência farmacêutica municipal.
- Implantar atendimento às doenças sexualmente transmissíveis, através da estratégia de abordagem sindrômica nas policlínicas, com suporte laboratorial, medicamentos específicos e capacitação de equipe mínima (interdisciplinar) necessária ao atendimento.
- Implementar política de aquisição e distribuição de preservativos, com recursos do SUS.
- Adquirir e distribuir medicamentos para infecções oportunistas, nos Serviços de Atendimento Especializado a Soropositivos (SAE).
- Implantar câmara técnica para definir diretrizes de atuação frente às DST/AIDS, visando à inserção das ações necessárias no âmbito do SUS e assegurando a sustentabilidade das ações.
- Estimular e assessorar os consórcios intermunicipais de saúde, para a aquisição de medicamentos.
- Assegurar recursos financeiros, em parceria com os municípios, visando a construção de casas de apoio aos pacientes encaminhados para tratamento em Cuiabá.
- Implantar consórcio intermunicipal de saúde na região de Diamantino.
- Integrar as ações da FUNASA ao trabalho das secretarias municipais de saúde.
- Implementar a política de atenção à saúde mental, de forma a garantir o tratamento aos usuários de droga e álcool e a dos pacientes psiquiátricos.
- Estabelecer, a médio prazo, parcerias entre órgãos públicos e ONGs, para sensibilizar professores, pais e alunos, quanto à preservação do meio ambiente;
- Elaborar protocolos para a normatização do acesso a exames de complexidade e redefinir as cotas existentes.
- Descentralizar as ações de controle de zoonoses, com distribuição de recursos humanos, viaturas e materiais de consumo específicos.
- Viabilizar, junto aos órgãos competentes, a construção de poços artesianos para uso da população residente em agrovilas e assentamentos.
- Implementar a rede de assistência terciária com conclusão e ampliação de estruturas físicas e de equipamentos dos hospitais, para atender a demanda dos municípios.
- Estabelecer parceria entre a Secretaria de Estado de Saúde e Instituições de Ensino existentes no Estado, para garantir, de forma referenciada, o atendimento especializado.

- Estabelecer parcerias com entidades não-governamentais para atendimento à saúde;
- Normatizar o fluxo de pacientes de outros municípios, no acesso aos serviços de saúde prestados no município.
- Realizar o planejamento de ações da Secretaria de Saúde, em parceria com a Secretaria de Educação e Promoção Social.
- Fazer cumprir a pactuação da Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Estadual de Saúde, quanto à atenção básica de saúde.

Controle Social

- Assegurar que o Conselho Municipal de Saúde proponha e aprove cronograma para a implantação e execução das propostas da conferência, num prazo máximo de noventa dias.
- Instalar a Ouvidoria Geral da Saúde nos municípios.
- Apresentar, semestralmente ou trimestralmente, ao Conselho Municipal de Saúde, a movimentação dos recursos financeiros do Fundo Municipal de Saúde.
- Promover avaliação periódica das propostas aprovadas nas Conferências anteriores, com a participação de todos os segmentos da sociedade.
- Garantir que as eleições dos membros do Conselho Municipal de Saúde, seu presidente e ouvidor, aconteçam em fórum específico, garantindo o voto dos delegados credenciados na Conferência Municipal de Saúde.
- Garantir a criação de comissões, em todas as áreas de serviços, como forma de subsidiar o Conselho Municipal de Saúde.
- Realizar fórum de integração entre as diversas instituições (associação de moradores, clube de mães, sindicatos etc.) e o Conselho Municipal de Saúde, a cada seis meses,

para avaliação e divulgação das atividades do Conselho.

- Fortalecer o Conselho Municipal de Saúde através de encontros mensais entre os conselheiros e suas respectivas categorias, para prestação de informações sobre as atividades desenvolvidas por eles, tendo como princípio as deliberações desta Conferência.
- Ampliar o tempo de discussão e elaboração das propostas nas Conferências e diminuir o tempo de exposição dos conferencistas.
- Capacitar os membros do Conselho Municipal de Saúde.
- Criar instrumento de comunicação das atividades do Conselho Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, direcionada às entidades sociais.

Outros

- Empenhar esforços junto às autoridades competentes para criar uma legislação municipal, visando a inserir a saúde bucal na rede de ensino.
- Acompanhar e supervisionar a merenda escolar, para oferecer uma alimentação menos cariogênica.
- Inserir, como conteúdo programático da disciplina de Programas de Saúde, o tema "Saúde Bucal".
- Garantir o apoio do SUS/MT ao Hospital do Câncer, para viabilizar sua manutenção e funcionamento.
- Priorizar, a curto prazo, obras de saneamento básico nos municípios.
- Garantir a conclusão da obra do Hospital Central.
- Estender a todas as unidades de saúde campo de estágio supervisionado, para alunos da UFMT, UNIC, UNIVAG e outros.

- Regularizar a coleta regular de lixo doméstico e hospitalar nos municípios.
- Realizar ações conjuntas entre saúde, meio ambiente, obras, serviços urbanos e educação.
- Articular, com órgãos competentes, ações para a manutenção da iluminação pública e implantação de postos policiais.
- Implantar o projeto de telemedicina em hospitais públicos e filantrópicos.
- Promover parcerias interinstitucionais na execução de ações voltadas para o controle de zoonoses.
- Criar condições para atualizar os dados do censo/1996, realizado pelo IBGE.
- Melhorar o acesso às comunidades rurais nos municípios.
- Sensibilizar autoridades dos níveis federal, estadual e municipal a aumentar a contrapartida de recursos financeiros para a saúde.
- Assegurar recursos financeiros para a construção e ampliação da rede de esgoto, aterros sanitários e lixo reciclável.
- Estabelecer parcerias para a elaboração e execução de projetos de preservação do meio ambiente, que protejam e recuperem mananciais e nascentes, como princípio de preservação de saúde pública.
- Construir abatedouros municipais, em parceria com o setor privado, a curto prazo.
- Criar salas de aula para alunos especiais e portadores de deficiências mentais, nos municípios.

“Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização da Atenção à Saúde com Controle Social”

“O SUS em Mato Grosso: Da III para a IV Conferência”

Mesas Específicas:

- Mesa 01: Política de Qualidade do Sangue: Interiorização e Relação Público/Privado
- Mesa 02: Saúde Bucal – Modelo de Atenção x Controle Social
- Mesa 03: Sistema de Informação em Saúde
- Mesa 04: Saúde Mental, Álcool e Drogas
- Mesa 05: Humanização e Novas Modalidades Assistenciais
- Mesa 06: Doenças Crônico-Degenerativas: Hipertensão/Diabetes
- Mesa 07: Saúde da População Negra
- Mesa 08: Regionalização das Ações de Saúde Pública: Descentralização da Atenção às Grandes Endemias
- Mesa 09: Regionalização da Assistência à Saúde I e II: Sistema de Referência, PPI, CIB's, Centrais de Regulação e Consórcios
- Mesa 10: Comunicação Coordenada em Saúde da Família I e II
- Mesa 11: Saúde é Comunicação e Informação – Política de Comunicação para o SUS
- Mesa 12: Vigilância de Serviços, Produtos e Ambiente de Trabalho
- Mesa 13: Política de Assistência Farmacêutica
- Mesa 14: Política de Saúde Indígena
- Mesa 15: Estratégias de Organização do Sistema Estadual de Atenção à Urgência e Emergência
- Mesa 16: Saúde Sexual e Reprodutiva – Questões Inerentes aos Direitos Humanos
- Mesa 17: Violência em Saúde
- Mesa 18: Controle Social no SUS
- Mesa 19: Modelo de Atenção às Pessoas Portadoras de Deficiência
- Mesa 20: Regionalização das Ações de Saúde Pública: Vigilância Sanitária e Epidemiológica
- Mesa 21: Hanseníase e Tuberculose

Mesas Redondas:

- Mesa 01: Saúde da Família: Acesso, Qualidade, Humanização, Referência e Controle Social
 - Mesa 02: Controle Social: Mito ou Realidade?
 - Mesa 03: O Orçamento, os Recursos Humanos e o Controle Social
 - Mesa 04: Regionalização: Acesso e Responsabilidade dos Gestores
- Conferência: A Comunidade Ativa e a Política de Saúde**

Pronunciamento da Coordenadora da IV Conferência

Geny Catarina Rodrigues Lopes

Boa noite a todos, na pessoa do Excelentíssimo Governador em exercício, Sr. José Rogério Salles, e na pessoa do Excelentíssimo Secretário de Estado de Saúde, Dr. Júlio S. Müller Neto. Gostaria de cumprimentar os demais componentes da mesa e abrir esta Conferência dizendo boas-vindas a todos, principalmente àqueles que vieram de tão longe para colocar em exercício a cidadania, a democracia. É com o mais profundo orgulho e prazer que abrimos a IV Conferência Estadual de Saúde em Mato Grosso, tendo como tema central: "Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade, Humanização da Atenção à Saúde com Controle Social", tema este que reporta à essência dos princípios do SUS e ao ideal de todos aqueles que lutam por

um sistema de saúde mais justo, resolutivo, mais humano, esperando que, independente de qualquer diferença, possamos participar ativamente das discussões e avaliações para propor a política pública de saúde dos próximos quatro anos.

Também estaremos participando ativamente do processo de gerenciamento voltado para os interesses da coletividade, uma vez que as proposições que sairão daqui é que nortearão a condução dos gestores do Estado. Percebemos e sentimos na pele a delicadeza do momento na realização das Conferências Municipais de Saúde, devido à conjuntura das eleições municipais. No Estado, foi com grande satisfação que nós percebemos a vontade que a população tem de participar, de contribuir de alguma maneira, alguns mais tímidos, outros mais atrevidos, para transformar a realidade que não se deseja em uma que nós, como sociedade, desejamos.

Solenidade de abertura da Conferência



Agradecemos ao Senhor Secretário Dr. Júlio Müller pela confiança; à professora Sandra, nossa Subsecretária, pela confiança em missão tão importante, que é conduzir uma Conferência Estadual; agradecemos a todos, principalmente à Comissão Organizadora, que mostrou a potencialidade de transformar as dificuldades que nós sentimos no dia-a-dia em possibilidades.

Agradecemos também ao Conselho Estadual de Saúde, às Coordenadorias da Secretaria Estadual, às Unidades Descentralizadas, à FUNASA, aos Pólos Regionais de Saúde, e a todas as Secretarias dos Conselhos Municipais de Saúde que, de alguma forma, atenderam ao chamado da Secretaria Estadual e também do Ministério da Saúde.

Esta Conferência, além de consolidar a primeira etapa - as Conferências Municipais - também continua a preparação para a Conferência Nacional. Não poderíamos deixar de ressaltar, principalmente, a participação dos usuários e dos profissionais da saúde que lutam e que buscam, muitas vezes no cansaço do seu dia, um tempinho para discutir as questões de saúde. Não poderíamos também deixar de agradecer a todos aqueles que, direta ou indiretamente, participaram, de uma ou outra forma, no processo de organização da Conferência: o senhor guarda, que estava sempre com a gente, os senhores motoristas, todos, independente de qualquer posição, somando forças nesta grande empreitada.

Por fim, nós temos a certeza absoluta de que estes três dias serão relevantes pela participação de todos; acredito que é aqui que vamos estar contribuindo, de alguma forma, com o país, com este Estado, com a nossa cidade, que precisa de cada um, independentemente da sua religião, independentemente da sua opção partidária, independente da sua classe social. E finalmente, quem decide um caso sozinho sem ouvir a outra parte envolvida não pode ser considerado justo, mesmo que decida com justiça. Sejam todos bem-vindos à IV Conferência Estadual de Saúde, bem-vindos à Cuiabá, terra de muito calor, calor que também é extensão do calor humano da nossa gente. Boa noite, boas vindas a todos!

Pronunciamento da Coordenadora da I Mostra da Saúde da Família

Elisete Duarte

Boa noite a todos os componentes da mesa: boa noite, Dr. José Rogério Salles, Dr. Júlio Müller, demais componentes, boa noite a todos os participantes da IV Conferência Estadual de Saúde e da I Mostra da Saúde da Família. Essa Mostra foi organizada pela Secretaria de Estado de Saúde, através da Escola de Saúde Pública, da qual temos orgulho, e com a participação do Pólo de Capacitação da Universidade Federal de Mato Grosso.

Foi um esforço enorme, no sentido de oportunizar a apresentação dos trabalhos que estão sendo realizados pelos municípios numa nova abordagem, um trabalho que traz uma resolutividade maior à humanização do atendimento; essas equipes que afloram em especial esse ano demandam, também, da escola, todo um esforço no sentido da capacitação.

A abertura dessa Mostra está sendo formalizada agora, mas, nesses dois dias, ontem e hoje, foram oferecidos 16 cursos na Escola de Saúde Pública, objetivando dar continuidade à qualificação dos profissionais, das equipes de saúde da família; e, de fato, a demanda para esses cursos nos surpreendeu. Tivemos mais de 400 pessoas inscritas. Nesses dois dias, nós tivemos cerca de 450 profissionais em capacitação. A capacitação desses profissionais é fundamental para garantir a efetivação do SUS, em especial a assistência oferecida através do Centro de Saúde, através das Equipes de Saúde da Família, que hoje existem em número significativo no Estado, com atenção da melhor qualidade dentro do SUS.

A Geny fez um agradecimento amplo e eu não posso também deixar de agradecer a toda a equipe que esteve conosco. Foi um esforço sobre-humano, eles sabem disso. Reclamam muito da gente no dia-a-dia, mas, por esses dois dias de curso, já sabemos que a Mostra vai ser um sucesso e a saúde da família tem mostrado, no Estado, que é o caminho que temos que percorrer.

Os trabalhos estão sendo apresentados sob a forma de *banner*, que estão na casinha neste Salão Beija-Flor, e vão também estar sendo apresentados como Comunicações Coordenadas, organizadas no decorrer da própria Conferência Estadual de Saúde, e também temos vídeos. Convidamos todo o pessoal, delegados e participantes da IV Conferência Estadual de Saúde, além das pessoas que estão inscritas na I Mostra, a percorrerem os *banners* e também, se for possível, para participar das comunicações coordenadas. Só temos a agradecer a oportunidade que nos foi dada para coordenar este evento que, temos certeza, é o maior evento em Saúde da Família no Estado.

Ele nos aponta que o caminho que estamos percorrendo junto com os municípios, junto com os nossos outros parceiros, em especial com a universidade, no processo de capacitação das equipes, já mostra resultados bastante favoráveis e nós nos sentimos emocionados e muito orgulhosos de estar participando deste trabalho. Obrigada!

Pronunciamento do Exmº Sr. Secretário de Estado de Saúde

Júlio Strubing Müller Neto

Excelentíssimo Sr. Governador em exercício, José Rogério Salles; Secretários Municipais de Saúde do Estado de Mato Grosso, Lourenço Almeida, companheiro vindo do Conselho, vice-presidente e membro do Conselho Estadual de Saúde, aqui representante desse Conselho, Elisete Duarte, Coordenadora da I Mostra Estadual da Saúde da Família, Geny Catarina Lopes, digna Coordenadora da Comissão Organizadora da IV Conferência Estadual de Saúde.

É sempre com satisfação e emoção que participamos desses eventos, principalmente pela magnitude que todos podem perceber, como está a abertura da IV Conferência Estadual de Saúde. Geny já declarou aberta a Conferência e eu quero acrescentar que foi aberta com sucesso, com êxito, podemos assegurar antecipadamente. Temos uma previsão de receber 420 de-

legados. Foram realizadas, até sexta-feira, 99 Conferências Municipais, ou seja, Conferências Municipais em 99 municípios dos 126 que conformam o Estado; é provável, e eu soube que, até ontem, ainda, estavam realizando Conferências Municipais, que esse número sofra alterações. Essas Conferências Municipais envolveram, em média, em torno de 80 pessoas; nós podemos imaginar então em torno de 7.000 pessoas, discutindo, na sua comunidade local, a questão da saúde. Isso é significativo, é muito importante e mostra que a saúde, hoje, é uma questão prioritária e faz parte da vida de todos. A comunidade percebe, claramente, como uma questão importante do ponto de vista político, a luta pela saúde associada à conquista da cidadania.

Além dos 420 delegados que estamos aguardando para esta Conferência, temos também, participando deste mesmo evento, 436 pessoas inscritas na Mostra da Saúde da Família. Esta é a I Mostra Estadual da Saúde da Família, que já comentamos e nós tivemos, nesses 16 cursos que foram oferecidos segunda-feira e terça-feira na Escola de Saúde Pública, 436 participantes: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, procedentes de 35 municípios do Estado. Os participantes da Mostra permanecerão conosco na quarta-feira e quinta-feira e terão uma série de atividades de mesa-redonda, de comunicações coordenadas; todos poderão observar o belíssimo trabalho que hoje é realizado no interior de Mato Grosso e também na capital por essas equipes de Saúde da Família, como puderam observar os senhores e as senhoras, antes de entrar na exposição, aqui no salão vizinho.

Uma troca de experiências importantes vai acontecer nesta Conferência e tentaremos sintetizar o produto dessas 99 Conferências Municipais. Proporcionamos à Comissão Organizadora da Conferência, com o apoio da Secretaria de Estado de Saúde, um conjunto de materiais que nós esperamos que ajudem e apoiem as deliberações e as discussões que todos os delegados terão daqui até sexta-feira.

Os senhores que se inscreveram hoje já devem ter recebido uma pasta, e estaremos dis-

tribuindo, a partir de amanhã, às 7:30h, um *kit* de material de apoio, livros, o Plano Estadual de Saúde; os senhores vão receber também um documento prestando conta do que foi feito da III para a IV Conferência, além de alguns livros com as publicações, todas do Conselho Estadual de Saúde, da Comissão Bipartite, enfim, tudo o que foi produzido de significativo de 96 para 2000. Eu creio que poucos Estados poderão estar oferecendo nas suas Conferências Estaduais esse tipo de suporte, esse tipo de apoio. Essa é uma questão importante e foi inclusive um dos trabalhos mais significativos da Comissão Organizadora da Conferência, com o apoio dos técnicos e dos profissionais da saúde da Secretaria Estadual de Saúde.

A Conferência Estadual terá duas palestras, uma logo após esta mesa, que Rita Barradas Barata vai fazer e uma outra amanhã, além de 4 grandes mesas-redondas e 22 mesas de temas específicos, como os senhores e as senhoras puderam ver na programação. É um verdadeiro progresso da Saúde Pública que nós vamos estar presenciando, vivenciando, de hoje até sexta-feira.

Fui entrevistado pelos jornalistas, há pouco, e me perguntaram: mas o que mudou de 96 para cá, o que mudou da III para a IV Conferência? Têm, talvez, a idéia ou a noção de que nada ou muito pouco havia mudado, para quem não tem a percepção histórica da construção do SUS, que é feito coletivamente. Aparentemente, pouca coisa mudou, mas quem tem percepção histórica desse processo sabe que houve mudanças e profundas mudanças; apenas um exemplo: em 96, nós, aqui, discutimos o embrião do novo modelo no Estado de Mato Grosso - nós tínhamos equipes de Saúde da Família apenas em 5 municípios e eram 9 equipes. Hoje, nós temos uma mostra de experiência, aqui, com mais de 35 municípios. Não estamos discutindo já um projeto utópico, não estamos mais tendo um delírio do que vai ser o novo modelo; não, ele está aí, está nascendo, nós estamos tendo a oportunidade histórica de ver o nascimento do novo modelo de atenção à saúde no Brasil. Aqui nesta sala, nesta palestra, nesta abertura, este é o novo modelo, esta é a porta

de entrada do sistema. É por isso, inclusive, que a Mostra tem como logotipo uma porta e uma casa, porque a nossa intenção é a de que a saúde seja feita cada vez mais dentro da casa e cada vez menos dentro do hospital, porque o hospital, evidentemente, não faz saúde, cuida bem da doença, quando ele está bem organizado e funciona bem; ele cuida bem tratando a doença e isto é importantíssimo, mas é diferente da saúde. Então essa é a discussão que eu espero que consigamos desenvolver aqui, e essa é uma das principais mudanças que ocorreu nesse período, não só em Mato Grosso, no Brasil e Rita talvez fale um pouco sobre isso.

Além disso, apenas rapidamente, para citarmos duas importantes mudanças ocorridas, eu me lembro de que, em 96, nós discutimos o gargalo do funcionamento da saúde, que ninguém conseguia resolver, todos sabem e eu tenho o prazer de reafirmar que foi aprovada este ano, pelo Congresso Nacional, a Emenda 29, que garante os recursos, a fonte permanente de recursos para a saúde, atrelando tantos os recursos do Governo Federal quanto dos Estados e Municípios. Não vai aumentar muito a quantidade de dinheiro total do sistema de saúde, mas, pelo menos, vai nos dar a garantia de saber que temos um recurso e podemos fazer planejamento a longo prazo. Coisa que, hoje, nós não temos, nós vivemos ou vivíamos numa conjuntura de muita insegurança, e cada vez que havia uma crise econômica e se precisava fazer um ajuste fiscal, por onde que se fazia? Fazia-se, exatamente, naquelas áreas com menos poder de pressão, de barganha, nas áreas sociais, inclusive na saúde. Então é uma conquista importante, muito importante, a Emenda 29, que assegura esse orçamento que já está em vigência a partir do próximo ano.

Lembro-me de que discutíamos também os obstáculos, as dificuldades que o processo de descentralização, de municipalização trazia, em 96. Hoje, nós temos 100% dos municípios do Estado habilitados; a municipalização em Mato Grosso é uma realidade, não só em Mato Grosso, no Brasil também. Este ano, estamos intimando o processo de descentralização do sis-

tema de saúde, com a estadualização e municipalização das ações de controle de endemias, que antes ainda era uma atribuição da antiga SUCAM e atual FUNASA. Esse órgão estadualizou-se, transferindo-se para os Estados e está passando dos Estados e municípios as atribuições do controle de endemias, que é uma reivindicação da construção do Sistema Único de Saúde desde 86, desde 88, de modo que muitas mudanças ocorreram sobre elas.

Nesta IV Conferência de Saúde, estaremos falando sobre umas modificações e eu espero que todos, os senhores e as senhoras, delegados aqui presentes, possam perceber essa mudança e contribuir para assinalar os novos rumos que a saúde deverá ter em Mato Grosso e no país, nos próximos quatro anos. É nesse sentido, inclusive, que nós estamos trazendo o Plano Estadual de Saúde 2000-2003, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde, para servir como subsídio para esse debate, na medida em que ele, inclusive, incorpora tudo o que vem sendo feito na saúde, tudo o que as Conferências, diferentes Conferências e Conselhos etc. deliberaram a respeito da saúde. Quando eu escrevi isso, aqui no prefácio deste documento, eu estive lendo esse relatório da III Conferência para IV Conferência; me assustei, fiquei surpreso e, até mesmo, admirado de ver a quantidade de coisas que nós todos fizemos, o processo coletivo de construção da saúde, do direito à saúde. Devo dizer aos senhores e às senhoras que é surpreendente quanta coisa que nós decidimos em 96 e conseguimos fazer até 2000, mas também é surpreendente quanta coisa ainda nós precisamos fazer, para poder garantir esse direito universal, esse direito fundamental, que é a saúde da população.

Estimo que a IV Conferência, com a participação de todos, saberá, seguramente, contribuir para que possamos avançar nesse processo coletivo de construção desse grande sistema de saúde, desse monumental sistema público de saúde. O maior sistema público de saúde do mundo é o SUS. É bom saber que, em termos populacionais, o SUS garante o atendimento e assistência à saúde de 150 milhões de pessoas; o novo censo, agora, deve aumentar o

número de pessoas. É o único com esse tamanho, com essa extensão no mundo. Outros sistemas públicos atendem, mas muito menos gente e nós temos que valorizá-lo, porque o SUS, na minha opinião, é a cara do Brasil, é a cara da nação, é a cara do povo brasileiro; ele é dinâmico, é cheio de vida, mas também cheio de contrastes, ele é contraditório, tem coisas excelentes, tem coisas muito ruins, enfim, tem a nossa cara. Nós somos o SUS, o SUS somos nós, como se dizia antigamente.

Gostaria, finalmente, de agradecer a todos: às Instituições, aos órgãos que participaram nesse processo de organização da Conferência, sobretudo ao Conselho Estadual de Saúde, que é o grande responsável pela organização das Conferências, agradecer a todos os trabalhadores e profissionais da saúde que vejo aqui, sentados, alguns antigos companheiros, amigos, e outros, novos, que vêm somar a essa luta, a todos, equipes de saúde da família, agentes comunitários, auxiliares de enfermagem, que vieram do interior para mostrar o seu trabalho e trocar experiências conosco, à Comissão Organizadora da Conferência, que fez esse belíssimo e difícil trabalho de viabilizar a oportunidade de estarmos todos aqui, agora, e poderemos discutir isso.

Um agradecimento especial eu gostaria de fazer a todos os funcionários, servidores, técnicos, profissionais da Secretaria de Estado de Saúde, que têm levantado a bandeira da saúde pública e contribuíram, decisivamente, para que a gente pudesse estar hoje, aqui, falando que houve mudanças no SUS e como contribuíram também para toda essa Mostra que os senhores e as senhoras estão apreciando aqui: *banners*, publicações, a exposição lá nos *stands*. Todo o trabalho que é feito na saúde, aqui no Estado, é produto desses profissionais, trabalho desses profissionais. Quero agradecer a todos, a presença dos senhores, das senhoras, dos delegados e participantes da IV Conferência, aos expositores e convidados de outros Estados que aqui estão conosco, nos honrando com sua presença e nos enriquecendo com a sua contribuição. Senhores e senhoras, sejam todos bem-vindos, muito obrigado a todos vocês. Uma boa Conferência para todos nós.

Pronunciamento do Exm^o. Sr. Governador do Estado, em exercício,

José Rogério Salles

Júlio Müller, Secretário de Estado de Saúde, Geny Catarina Rodrigues Lopes, Coordenadora da IV Conferência Estadual de Saúde, Lídia Bocaiúva Tavares, Coordenadora Regional da Fundação Nacional de Saúde, Rita Barradas Barata, Coordenadora da 11^a Conferência Nacional de Saúde, Bento Porto, Secretário Municipal de Saúde de Cuiabá, Dejair José Pereira, Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Mato Grosso, Luiza Machado de Souza, Diretora do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, Lourenço Almeida, Vice-Presidente do Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso, Elisete Duarte, Coordenadora da I Mostra da Saúde da Família, senhoras e senhores. Minha experiência na vida pública sempre foi do lado frio da administração pública, o lado sem coração, o lado, basicamente, da equipe econômica. Acredito que quem participa dessa questão financeira do poder público é que pode avaliar, como foram ousados os nossos constituintes, quando, na Constituição de 88, ousaram colocar o princípio da universalização da saúde, num país com tantos contrastes, tantas diferenças regionais, locais e sociais como o Brasil. Ousadia maior ainda é por parte daqueles que pretendem colocar o modelo elencado na constituição de 88, em transformação, em realidade, em um país como o nosso. Transformar isso em realidade, em um Estado como o nosso, é, para pessoas que acreditam, que são mais que ousadas e parecem ter uma falta de contato com a nossa realidade econômica. Vemos números e eles são frios. Procuramos fazer cálculos, porém atos como essa Conferência, com os dados que são apresentados aqui e os avanços que são conseguidos, nos enchem de orgulho e nos dão a certeza de que as soluções dos problemas do nosso país só vão acontecer com o exercício pleno da cidadania. E, com certeza, os profissionais que atuam, que vêm trabalhando no sentido de se efetivar o SUS, rumo à universalização

da saúde para toda a população brasileira, dão exemplo de que é possível, em um país com grandes carências, grandes dificuldades, vencer desafios.

É necessário que se continue ousando, como ousaram, primeiro, aqueles que celebraram e colocaram na Constituição de 88 esses princípios que criaram o SUS e, principalmente, aqueles que ousam, no dia-a-dia, acreditar que é possível colocar esses princípios em prática. Quero, em nome de Dante Martins de Oliveira, Governador do Estado de Mato Grosso, parabenizar todos aqueles que estão presente e nos oferecem mais uma mostra de que acreditam que esse desafio é possível. Parabéns à Secretaria de Estado de Saúde, ao Conselho Estadual de Saúde, à Coordenação deste evento, por estarem fazendo-o acontecer, e parabéns, principalmente, àqueles que, representando seus municípios, hoje se fazem presentes e nos estão dando a sua contribuição, para que, a partir desse evento, daqui a 4 anos, como Júlio já avaliou, se consiga ver o quanto mudou o SUS. Tenho certeza de que esse processo de mudança não vai ficar restrito apenas à área da saúde. Esse é um exemplo que tem que ir para todas as outras áreas sociais do governo, dos governos, porque só assim nós vamos conseguir avançar efetivamente.

O Governo do Estado de Mato Grosso vem procurando, às vezes, entre a frieza dos cálculos, ampliar esse apoio para a efetivação do SUS, que vem sendo concretizada por essas pessoas visionárias, como Dr. Júlio, que ousa desafiar a lógica econômica e defender os avanços do SUS com os recursos da Secretaria de Estado de Saúde, agora garantidos com a Emenda Constitucional 29. Quero deixar ressaltado que, nessa nova proposta orçamentária do ano que vem, já estão consagrados, efetivamente, destinados 7% dos recursos para a saúde. É com essa destinação que o nosso Estado vai propiciar um aumento dos recursos para a área de saúde, com a certeza de que alguns avanços vão sendo conseguidos, como a proposta que ainda estou discutindo com Júlio, de aumentar a quantidade de itens, o volume de medicamentos que compõem a farmácia básica. Esses recursos vão aumentar 200% no próximo

ano. São avanços, como a Emenda Constitucional 29, que vão permitir aumentar em 100% a transferência dos recursos financeiros nos programas prioritários, passando de 4 milhões e meio para 9 milhões, e esperamos, no início do ano que vem. Permitiram também aumentar os repasses, acabando com as burocracias dos convênios, e evitando aquela necessidade de os prefeitos, principalmente, secretários de saúde, estarem vindo aqui, fazendo convênio, aquela burocracia que tanto incomoda quem está no executivo municipal. Depois, tem que prestar conta do convênio; com certeza, a fiscalização e controle dos recursos vão continuar e, talvez,

até ampliar, mas diminuirão as burocracias desnecessárias e que, efetivamente, não contribuem para melhorar a qualidade de vida e qualidade da saúde da população no Estado de Mato Grosso. Quero parabenizar a Secretaria de Estado de Saúde, o Conselho Estadual de Saúde, os organizadores do evento e parabenizar principalmente a todos vocês, que acreditam ser possível um modelo tão ousado. O Júlio colocou aqui que o maior programa de assistência à saúde do mundo é possível em um país como o nosso, para melhorar a qualidade de vida da população brasileira e mato-grossense. Parabéns, sucesso nesse evento. Muito obrigado

PARTE II



CONFERÊNCIAS

Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização da Atenção à Saúde com Controle Social

Coordenador: Júlio S. Müller Neto

Secretário de Estado de Saúde
Médico Psiquiatra - Sanitarista
Presidente do Conselho Estadual de
Saúde de Mato Grosso

Na qualidade de Coordenador da Conferência Inaugural, Dr. Júlio Müller destacou a importância da presença da Dra. Rita B. Barata na IV Conferência de Saúde de MT, deu as boas vindas à conferencista, mencionou a militância dela na construção do SUS, do direito à saúde da população brasileira.

Conferencista: Rita Barradas Barata

Coordenadora da 11ª Conferência Nacional de Saúde
Professora Adjunta do Departamento de Medicina Social da
Santa Casa de São Paulo. Membro do Conselho
Nacional de Saúde

De qualquer maneira, quero, inicialmente, agradecer muito o convite de vocês, para poder estar aqui hoje. É um prazer muito grande estar participando dessa abertura da IV Conferência Estadual em Mato Grosso e, principalmente, queria dizer que espero que tenhamos em Brasília, em dezembro, esse clima que eu estou sentindo aqui, de envolvimento de todas as pessoas, de dedicação e vontade de estar juntos, buscando saídas e alternativas para o SUS. O que eu preparei um pouco para hoje era alguma informação, alguns dados de pesquisas mais recentes, para situar um pouquinho a nossa discussão.

Primeiramente, por que o Conselho Nacional de Saúde acabou optando por esse tema para

a Conferência Nacional de Saúde? Por que discutir essas questões que estão aí propostas? Neste ano, em dezembro, completam-se 10 anos da Lei Orgânica que instituiu o SUS, ou seja, nós estamos comemorando ainda uma fase bem inicial do nosso trabalho. No entanto, podemos perceber, através de dados objetivos, que nós caminhamos bastante nesse tempo. Apesar de todos nós sabermos que temos um caminho grande pela frente, estamos empenhados em tornar cada vez melhor o SUS. Se nos remontarmos há 10 anos atrás, veremos que o caminho que andamos não foi pequeno, foi bastante importante. Na minha fala, vou mostrando isso em dados para termos argumentos, não só de impressão, mas também daquilo que é possível medir e avaliar.

A questão do acesso diz respeito diretamente aos três princípios constitucionais que norteiam a construção do SUS. Quais são esses princípios? Todos nós sabemos mais ou menos de cor, eles são: universalidade, integralidade e equidade. Por que estou dizendo que "Acesso" tem a ver com tudo isso? Se eu digo que o sistema é universal, eu tenho que garantir, na prática, que todo mundo possa utilizá-lo. Aí está a questão do acesso, colocada de maneira clara. Mas também o acesso tem que vir com um segundo princípio, que é o princípio da integralidade, ou seja, se eu digo que o sistema faz tudo, que garante desde ação básica, a vacina, o pré-natal, o acompanhamento da criança, do recém-nascido, até o transplante, o acesso precisa acompanhar essa amplitude que a integralidade diz que nós vamos fazer. E, finalmente, a equidade, o que significa? O que é? Significa atender às necessidades de cada um, ou seja, dar para cada um o que ele precisa. Há

uma certa confusão quando se fala de equidade. A tendência é pensar que equidade significa atender todo mundo da mesma maneira e é um pouco mais complicado do que isso, a equidade é atender cada um de acordo com o que ele precisa. E aí, de novo, está a questão do acesso. Será que estamos conseguindo garantir que cada um tenha, de fato, aquilo de que precisa, quando precisa? Então acesso é o tema central na implantação e consolidação do SUS.

O segundo tema de que nós estamos tratando, é o tema da qualidade. Por quê? Porque não basta só oferecer acesso, se o que nós estivermos oferecendo não melhorar a qualidade de vida, a qualidade de saúde. O sistema tem que funcionar, tem que resolver. Por último, mas não menos importante, a questão da humanização. Nós queremos oferecer tudo para todos, tudo de acordo com o de que a pessoa precisa, mas também com uma cara humana, com um serviço no qual a pessoa possa sentir-se acolhida de alguma maneira, que ela não se sinta mais sofredora do que a condição de doença que, porventura, já esteja provocando nela.

Para garantir tudo isso, é que propomos o controle social, que é a forma mais efetiva, como um instrumento mais poderoso que o cidadão tem para trabalhar, para reivindicar, para buscar a garantia daquilo que ele considera que é o direito dele. Então, por isso essa frase comprida, esse tema longo: "Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade, Humanização com Controle Social", porque queremos sinalizar os compromissos assumidos 12 anos atrás, quando escrevemos na Constituição Brasileira o capítulo da saúde e, 10 anos atrás, quando aprovamos a Lei Orgânica da Saúde; é um período em que viemos construindo, efetiva e cotidianamente, esse sistema.

Eu comecei falando do acesso; falarei mais dele, porque sobre o acesso temos mais dados. Então, comecei colocando o que determina o acesso. É uma porção de coisas que determina o acesso: a oferta de serviço, ou seja, para ter acesso eu preciso ter serviço à disposição da população, a localização geográfica desses serviços, o tipo de financiamento que o sistema tem, o horário de funcionamento, os critérios de agendamento, a presença dos profis-

sionais de saúde necessários, o acolhimento e o próprio perfil das necessidades de saúde.

Eu vou utilizar uns dados da pesquisa nacional da amostra de domicílio, feita pelo IBGE em 98, financiada pelo Ministério da Saúde, para olharmos um pouquinho como é que está esse perfil da necessidade de saúde da população e como é que a população está utilizando os serviços de saúde, para se ter uma idéia de como está o acesso. Se nós quisermos discutir o problema do acesso, precisamos saber como é que ele está hoje, efetivamente. Então, essa pesquisa foi realizada em uma amostra de domicílio; ela só não incluiu a população rural, da região norte; fora isso, todo o restante da população brasileira, através de uma amostra, está representada. Então quando se pergunta para as pessoas, como é que elas avaliam o seu próprio estado de saúde, 79% avaliam seu estado de saúde como bom ou muito bom, apesar de dizermos que a nossa população é muito doente, 80% se consideram com saúde, 4% consideram sua saúde regular e 17% consideram que sua saúde é ruim ou muito ruim. Ou seja, esse seria o nosso potencial de demandantes do serviço de assistência, mas como nós estamos falando em saúde, nós estamos falando de promoção, prevenção. Aqueles 80% são também nossos usuários. Não é isso, se eu comparar a região Nordeste, que é a mais pobre do país, com a região Sudeste, que é a mais rica; a quantidade de pessoas que declaram que a sua saúde é ruim é diferente: no Sudeste, 15% e, no Nordeste, 22%, o que é coerente, se eu tenho uma situação de vida pior eu espero mais pessoas doentes. Pessoas que ganham até um salário mínimo de renda - 73% - consideram que o seu nível de saúde é bom; quando eu pego as pessoas que têm sua renda acima de 20 salários, isto vai para 90% e aí, de novo, uma diferença significativa. Isso varia com a idade, mas, para a nossa surpresa, não varia entre a população urbana e rural, é mais ou menos igual a quantidade de pessoas que se considera sadia na população urbana e na população rural.

Outra maneira de avaliar as necessidades e ver as restrições das atividades, perguntar para a pessoa se precisou deixar de fazer as suas

atividades cotidianas, se precisou faltar na escola, faltar no trabalho, ou deixar de fazer suas atividades domésticas. Enfim, 6% da população declaram que teve de restringir suas atividades no período de um ano. Na pesquisa, é a mesma proporção, praticamente, de pessoas que se referem à restrição de atividades, tanto no Nordeste quanto no Sudeste, por exemplo. Também aqui aumenta com a idade, quanto mais velhas as pessoas maiores as referências de restrição. Em média, para a população como um todo, as pessoas se referiam a 10 dias durante o ano que elas tiveram restrição de atividades, com uma variação de 7 dias para menores de quatro anos, até 31 dias para maiores de 64 anos.

Outro item incluído foi a presença de doenças crônicas, tudo isso referido pela própria população: 32% da população brasileira dizem possuir uma doença crônica, tipo hipertensão, diabetes, alguma coisa assim. Há uma diferença entre homens e mulheres; as mulheres têm uma taxa maior. Realizando a comparação por renda, praticamente, não existe diferença, 33% para aqueles com renda menor de um salário, 30% para aqueles com renda superior, o que é coerente, mostra que os dados devem ser confiáveis, porque não tem nada muito diferente do que esperaríamos.

Como é a utilização de serviços, diante desse quadro de pessoas que têm algum problema de saúde, que provoca restrição, portanto, elas deveriam demandar serviços, ou que tem uma doença crônica, que também precisam usar serviços para manter seu controle? Antes da existência do SUS, com dados de 1989, a população do Sudeste usava os serviços de saúde 1,5 vezes mais do que a população do Nordeste. Depois do SUS, a taxa de utilização é igual, ou seja, de alguma maneira, o SUS está conseguindo ampliar o acesso. Já que estamos falando de acesso, antes da existência do Sistema, a concentração regional era mais evidente do que hoje. Quando analisamos informações sobre as pessoas que se referiram à restrição de atividades, ou seja, aquelas que tiveram problema de saúde, aqui ainda permanece a diferença, mas ela diminuiu: antes era 1,4 vezes, quando comparado o Sudeste com o Nordeste; agora bai-

xou para 1,2 vezes; quer dizer que ainda a utilização de serviços é maior na região mais rica, quando as pessoas têm problemas de saúde. Se comparamos, tanto para o Nordeste como o Sudeste, 1/3 da população com menor renda com 1/3 daqueles que tem maior renda, a utilização pelo mais pobre é sempre menor, tanto no Sudeste como no Nordeste, ou seja, a diferença é mais econômica do que, propriamente, o fato de você estar na região em que a oferta é maior, como no Sudeste, ou seja, as diferenças se mantêm tanto no Sudeste quanto no Nordeste.

Onde que está a oferta dos serviços? Foi perguntado também se a pessoa havia feito pelo menos uma consulta médica durante os últimos 12 meses. Então 55% da população disse que sim; 86 milhões de brasileiros fizeram pelo menos uma consulta médica no último ano das pessoas que ganham até um salário mínimo, 50% delas fizeram consultas e pessoas que ganham mais de 20, 67%, aí tem uma aparente contradição, porque os mais ricos deveriam precisar menos, mas eles acabam consumindo mais do que os mais pobres.

Nas internações hospitalares, nós vamos ver que 7% da população precisou de uma internação hospitalar, o que dá 11 milhões de pessoas; 20% delas apresentaram pelo menos uma reinternação, ou seja, mais de uma internação no ano. E aqui nós temos também um dado coerente; aqueles que não têm renda nenhuma, ou seja, os mais pobres tiveram uma taxa de internação de 12%, aqueles com renda de até um salário, 9%, e aqueles com mais de 20 salários, 6%, isso é coerente; à medida que aumenta a renda, as pessoas precisam menos de internação, embora elas tenham a mesma taxa de doenças crônicas, porque elas se cuidam de outra maneira, sem estar precisando ir para o hospital.

Em termos de distribuição geográfica, usando dados da Rede de Informação para Saúde - RIPSAs - no Brasil, em média foram feitas 2,3 consultas por habitante, consultas só do SUS, sem considerar outros tipos de cobertura. Mato Grosso tem um padrão parecido com o Brasil, 2,1 consultas por habitante. O Estado que tem o menor número de consultas por habitante foi

o Pará: 1,2 consultas, bastante abaixo da média nacional; o maior é São Paulo, com 2,7 consultas por habitante, isso porque tem uma oferta de serviço maior. Nas internações, observa-se mais ou menos a mesma coisa, 7 internações por habitante/ano e, em Mato Grosso, 8; essa é mais ou menos a taxa para a maioria dos Estados. É muito difícil um Estado ter uma taxa diferente, mas temos casos extremos como Roraima, que tem apenas 1 internação/habitante ano, provavelmente porque não há leitos hospitalares, não existe oferta, e na mesma região, na região Norte, Rondônia tem a maior taxa de internação pelo SUS, que são 10 internações/habitante por 100 habitantes, 10% da população foi internada.

Em termos de financiamento, como é que estão sendo financiados os serviços de saúde no Brasil? Verificamos que 38 milhões dos 158 que foram incluídos na mostra, ou seja, em torno de 23%, têm Plano de Saúde. Esses Planos são 29 milhões, ou seja a maioria deles são Planos privados, sendo que 3,8 milhões de pessoas têm cobertura de Plano pago pelo empregador (empregador paga todo o Plano); 13 milhões têm Plano em que o empregado paga uma parte e o empregador paga outra, 9 milhões são pagos apenas pelo titular dos Planos (são aqueles inteiramente privados, a própria pessoa contrata e paga), 8 milhões são Planos de previdência das empresas públicas, dos sistemas de previdência dos funcionários públicos, civis ou militares. Quando comparamos por renda, as pessoas que têm até 1 salário de renda, somente 2,6% têm Plano de saúde, pessoas com mais de 20 salários de renda chegam a 76% com Plano de Saúde, aí temos uma enorme diferença. E quando comparamos a taxa de utilização de serviço das pessoas que têm Plano com aquelas que não têm, quem tem Plano de Saúde tem uma taxa de utilização 1,7 vezes maior do que aqueles que não têm, tanto na região Nordeste quanto na região Sudeste. Evidenciamos outro problema de desigualdade: é mais fácil usar os serviços dos Planos do que os do SUS. Como é que estão sendo financiadas então as consultas médicas e as internações? O SUS paga 49% dessas consultas médicas, os Planos pagam

36% e há 15% de pagamento direto do próprio bolso. Sobre as consultas odontológicas, o SUS cobre 24%, os Planos cobrem 16% e 47% é pagamento direto. São 20 milhões de brasileiros que nunca fizeram nenhuma consulta odontológica, nunca tiveram acesso a este serviço. No que se refere às internações, 63% delas são financiadas pelo SUS, destas, 6% têm Plano de Saúde, ou seja aquela fatia de que nós estamos falando do ressarcimento, a pessoa paga o seu Plano mas utiliza o serviço do SUS e até agora o SUS não recebia esse pagamento, agora se está criando um mecanismo para que o SUS receba. 5,2% referiram que pagaram do próprio bolso alguma coisa, a tal cobrança por fora, que é fraude. Então acredito que é importante olhar esses números, porque, de alguma maneira, começamos a ver o tamanho das coisas. Fala-se que tem muita fraude, não é para ter nenhuma, mas não é tanto quanto a gente imagina para um sistema que está atendendo 158 milhões de pessoas. Ter dupla sala de internação financiada pelo SUS, 5% em que houve algum tipo de pagamento adicional é bastante? É porque os nossos números são sempre muito grandes, mas não é tanto a ponto de desqualificar o sistema, como vemos muitas vezes ser feito. Outra pergunta que foi feita para a população foi a seguinte: quando você tem um problema de saúde, você costuma ir ao mesmo serviço? 71% das pessoas disseram que sim, ou seja, 102 milhões de brasileiros referem o uso regular, o que não é pouco, vendo o tamanho da nossa clientela, que é muita gente. Sobre o serviço que as pessoas disseram que usam regularmente, 41% usam unidade básica, 21% usam ambulatórios de hospitais, 20%, consultórios médicos e 8%, consultórios de clínica, ou seja, a grande maioria da demanda está sendo na assistência básica, na assistência ambulatorial. 5% usam regularmente Pronto-Socorro e 2% usam regularmente a farmácia. Outra interrogação referia-se a quem procurou os serviços de saúde nos últimos 15 dias anteriores à pesquisa. 13% das pessoas disseram que procuraram porque tinham problema de saúde, ou seja, 20 milhões de pessoas, em 15 dias, procuraram os serviços de saúde, 98% conse-

guiram ser atendidos, somente 2%, em torno de 5 milhões de pessoas, deixaram de ser atendidas. Vamos ver porque que eles não conseguiram ser atendidos: 1º Motivo de procura - quem procurou, procurou por quê? Procurou rotina ou prevenção? 37% - olha que coisa interessante - estão fazendo controle das suas doenças crônicas, estão fazendo seguimento de Pré-Natal, enfim vacina; 34% procuraram por doença, 11%, para consulta odontológica e outras, por motivos variados. Os que não conseguiram ser atendidos, aqueles 2%, qual foi o motivo de eles não terem sido atendidos? 46% disseram que não tinha vaga, não conseguiram senha e 27% disseram que faltava médico; o resto alegou motivos variados e diversos, mas o motivo principal foi a falta de médico, ou seja, ainda existe aí uma escassez. Há pessoas que precisam dos serviços, vão procurar e não conseguem ser atendidas. Há também aquelas que não procuram, apesar de terem problemas de saúde. E por que elas não procuram? 1 milhão e meio de pessoas disseram que não procuram porque não tinham dinheiro. Esse "não tinham dinheiro" pode significar que não tinham dinheiro para ir até o serviço, não necessariamente o dinheiro para pagar o serviço. Mas há uma parcela de brasileiros que não sabe que tem o direito de ser atendido, porque a Constituição garante esse direito. 880 mil disseram que não foram por causa da distância, que o serviço fica muito longe de onde vivem; 680 mil reclamam da demora no atendimento, que não foram procurar porque o atendimento demora muito, eles têm que esperar muito tempo. 550 mil reclamaram do horário de funcionamento, que o horário dos serviços não é adequado para eles; e 1,5 milhão alegaram outros motivos variados, do tipo: não havia o especialista de que precisavam, não tinham um acompanhante para levar, enfim, situações variadas.

Passando para a questão da qualidade, como é que as pessoas avaliam os atendimentos que tiveram? Claro que a avaliação do usuário é uma avaliação que não é necessariamente técnica, faz referência a como ele sentiu que foi atendido pelo serviço.

A consulta médica tem avaliação boa ou muito boa; 86% das pessoas que foram atendidas acham que foram bem atendidas, 11% consideram que o atendimento foi regular e 3% consideram que o atendimento foi ruim ou muito ruim. Agora vejam: exatamente estes 3%, que, no total, dá muita gente, nos preocupam, pois este aspecto alcançará destaque como reclamação, como fulano que não conseguiu, que o médico não atendeu direito, que a enfermeira ficou brava; nós temos que olhar para isso, porque ainda é muita gente, embora signifique só 3% do total de atendimento. Sobre a consulta odontológica, a avaliação é ainda melhor, os dentistas estão melhor avaliados, porque 93% acham que foram muito bem atendidos ou bem atendidos e só 1% acha que foi mal atendido.

Outro aspecto da qualidade aqui na avaliação indireta é o gasto. Por que referenciamos o gasto? Porque o gasto é um indicador indireto de incorporação de tecnologia. Quer dizer, dentro da qualidade tem-se a idéia da resolutividade e muitas vezes a resolutividade passa por uma certa incorporação de recursos. Então, aqui, tomamos o gasto para ter um parâmetro, uma avaliação ainda que indireta da qualidade do que está sendo oferecido. Então, o gasto médio ambulatorial no SUS para o Brasil, para cada consulta de ambulatório está custando para o SUS, em média, R\$ 3,56 (três reais e cinquenta e seis centavos), em Mato Grosso esse custo é de R\$ 2,49 (dois reais e quarenta e nove centavos), o custo mais baixo é de Sergipe, R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) e o mais alto, como sempre, é de São Paulo, com 4,58 (quatro reais e cinquenta e oito centavos). Temos que considerar o salário dos profissionais, a tecnologia que se incorpora, quer dizer, quanto está custando isso; quanto está custando, não quanto se está pagando, porque o que custa é um pouco diferente. Sobre o gasto médio hospitalar, novamente temos um quadro para o Brasil: uma internação hospitalar está custando, em média, R\$ 339,00 (trezentos e trinta e nove reais), lembrando que a maioria das internações é para parto; aqui em Mato Grosso, esse gasto é de R\$ 260,00 (duzentos e sessenta reais), o menor foi no Acre, R\$ 171,00 (cento e setenta e

um reais) e o maior, em São Paulo R\$ 438,00 (quatrocentos e trinta e oito reais); claro que é uma indicação muito indireta, disso que estou chamando de incorporação tecnológica. A melhor avaliação de qualidade na verdade é o impacto sobre a saúde, se está resolvendo o problema. Somente para exemplificar, analisamos as taxas de cobertura do pré-natal, considerando mais de 6 consultas, cada mulher que teve mais de 6 consultas; para o Brasil, a informação que temos é que 50% das mulheres estão recebendo mais de 6 consultas no pré-natal. Em Mato Grosso, isso é de 52%, o menor foi no Amapá, com 22% apenas, e o maior foi em Mato Grosso do Sul, com 67%. Como é que isso funciona, em termos de impacto na saúde? Analisamos essas taxas de cobertura do pré-natal e comparamos, realizamos uma correlação com a taxa de mortalidade infantil, neo-natal precoce, neo-natal tardio e pós neo-natal; chegamos à conclusão de que é importante fazer o pré-natal, reflete numa redução da mortalidade, existe uma correlação negativa inversa, quer dizer que quanto maior a cobertura de pré-natal, com pelo menos 6 consultas, diminuem as taxas de mortalidade infantil. Essa é uma maneira de avaliar se o que está sendo feito tem qualidade, porque poderíamos estar dando 10 consultas de pré-natal sem nenhuma qualidade e isto não modificaria as taxas de mortalidade. É de fundamental importância avaliar os impactos, como é que os nossos serviços estão funcionando.

O acolhimento, a humanização, quando falamos deste aspecto estamos querendo trazer para a discussão a questão do acolhimento, a relação profissional x clientela, como é que o serviço está estruturado para receber sua clientela, se recebe a sua clientela de uma maneira que se sinta confortável, agradavelmente recebida ou não.

Colocamos aqui alguns exemplos de iniciativas que estão sendo feitas no SUS no sentido de humanização: o hospital Amigo da Criança, o município Amigo da Criança, o parto humanizado, o projeto da biblioteca viva, que é um projeto Abrinq junto com o Citibank e o Ministério da Saúde, os moradores vão aos hospitais ler e interpretar histórias para crianças que

estão internadas, para tornar a internação menos agressiva, os doutores da alegria, que é um grupo de profissionais de circo, que vão também fazer trabalhos em hospitais, uma série de iniciativas de tornar os nossos ambientes de tratamento da doença menos problemáticos.

Para finalizar, gostaria de chamar a atenção para a importância do Controle Social em tudo isso. Destaquei algumas questões que pela minha experiência no Conselho Nacional de Saúde, e de vocês que trabalham em Conselhos Municipais, Estaduais, certamente têm, é de que existem alguns requisitos para exercer esse Controle Social de uma maneira adequada. O primeiro requisito é conhecer a realidade, saber do que nós estamos falando. É um pouco do que tentei fazer aqui hoje, com dados precários, pouco, mas pelo menos para sabermos como é que está a situação, qual é o quadro, já que nós vamos estar falando de determinadas coisas. A segunda questão que eu considero importante é saber equilibrar, saber trabalhar as diferenças entre situações particulares e situações coletivas. É claro que se uma pessoa é mal atendida, isso é importante, é um fato a ser valorizado; só que isto precisa ser colocado dentro de um contexto de trabalho coletivo também. Nós não podemos crucificar o SUS, porque sabemos que existem problemas, existem Clínicas "Santa Genoveva", existe esse tipo de coisas; se formos olhar somente para esses casos, perderemos de vista aquilo que estamos conseguindo, avançar e ganhar, devagar, com dificuldade, não do jeito que gostaríamos, mas que está sendo bom. Acredito que é importante saber dar a real dimensão a situações particulares. Outra coisa é investigar as denúncias, não aceitar as denúncias simplesmente, porque é fácil fazer denúncia, precisamos ver o que está por trás delas, e tentar entender o que está acontecendo. Precisamos ter muito claro a defesa dos interesses coletivos, cada um de nós que somos conselheiros, representando certo segmento e, portanto, fazendo uma representação de interesses, nós precisamos saber colocar interesses particulares a serviço da defesa dos interesses coletivos, porque senão nós vamos cair numa prática corporativa, no pior sentido

que a palavra corporativismo possa ter; nós vamos estar preocupados em garantir os interesses de um determinado segmento, sem considerar o interesse maior; esse é um grande risco que existe e que precisamos saber trabalhar. É preciso acompanhar e avaliar os programas e também os resultados, o impacto será que basta saber que tantos Centros de Saúde estão fazendo tal programa? Isso é importante, mas precisamos saber o que está acontecendo na ponta, se o trabalho está repercutindo, está modificando alguma coisa, ou seja, sair da avaliação mais administrativa e burocrática para uma avaliação mais epidemiológica, ou seja, mudou o perfil de saúde da população com todo esse trabalho que estou fazendo? A questão da representatividade, da legitimidade das nossas representações é outro aspecto importante. Sei que esse é um assunto delicado, mas é um problema constante o embate entre Controle Social e gestores; muitos desses embates são por conta de não termos muito claro qual é o papel de cada um. Muitas vezes, retira-se do gestor a legitimidade que ele tem, daquele indivíduo que está ali representando o executivo, que foi eleito em um pleito democrático, pela maioria da população, e tem um mandato também como

nós representantes do movimento social temos. Nós precisamos entender isso, e poder trabalhar construtivamente a independência, ou seja, o representante de qualquer segmento precisa ter independência, precisa exercer a sua representação com independência, para poder garantir que o Controle Social de fato saia do papel. Por último, precisamos ter uma postura construtiva na defesa e na transformação do SUS. Eu sou incorrigivelmente otimista, mas acredito que seria absolutamente desesperador se não pudéssemos reconhecer os avanços conseguidos no caminho, se fôssemos olhar só para desgraças seria muito difícil manter o pique. Então eu estou chamando isso de uma postura construtiva: ver os problemas mas não sucumbir nos problemas, tentar achar soluções, tentar achar saídas. É essa proposta que fazemos para as etapas Municipais, Estaduais e para a etapa Nacional, para tentar juntos construir mais um avanço nesse caminho que tem sido a construção do SUS. É isso que eu espero que consigamos fazer, aqui, até o final da semana e é isso que eu espero que consigamos fazer em Brasília, em dezembro, durante a 11ª Conferência Nacional de Saúde. Muito obrigada.

O SUS em Mato Grosso: Da III para a IV Conferência

Coordenadora: Geny C. Rodrigues Lopes

A Coordenadora da Conferência refletiu sobre os significativos avanços do Sistema Único de Saúde nestes dez anos e as importantes mudanças no Sistema desde a III Conferência, os desafios a enfrentar na sua consolidação e a enorme contribuição do Dr. Júlio Müller, sanitarista atuante e comprometido neste processo.

Conferencista: Júlio Strubing Müller Neto

Secretário de Estado de Saúde
Médico Psiquiatra - Sanitarista
Presidente do Conselho Estadual de
Saúde de Mato Grosso

O conferencista iniciou a sua exposição retomando alguns dados fornecidos na Conferência inaugural pela Dra. Rita B. Barata sobre o uso dos serviços de saúde e a avaliação do impacto do atendimento do SUS, obtida por uma pesquisa nacional, encomendada pelo Ministério da Saúde ao IBGE (1998).

Mencionou que o percentual de satisfação dos usuários do sistema é alto, porém, o destaque centraliza-se no número de pessoas não-satisfeitas com o atendimento, gerando um impacto negativo na avaliação do SUS pela população. É de fundamental relevância avaliar o impacto das ações de saúde, mas, muitas vezes, é ressaltada a informação negativa, sem se ver os avanços; para isto contribuem, significativamente, os meios de comunicação social.

(...) Nós fizemos, ontem, em média, em Mato Grosso, 8.700 (oito mil e setecentas) consultas médicas; devem ter acontecido em torno de 100 (cem) partos, devemos ter feito 227 (duzentas e vinte e sete) cirurgias sem ocorrências negativas;

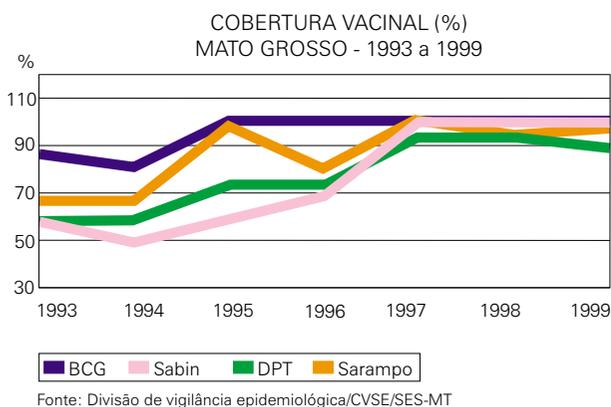
é a média do que se faz todo dia em Mato Grosso: 227 (duzentas e vinte e sete) cirurgias, 531 (quinhentas e trinta e uma) internações e nós deveríamos ter, pelo menos, 105 (cento e cinco) pessoas internadas em UTI, tudo custeado pelo SUS. É primordial avaliar a Secretaria de Saúde, ela tem que ser cobrada. Nós não podemos permitir que ninguém morra por qualquer razão. Não deveríamos permitir que alguém que tenha determinada patologia continue encontrando dificuldades para ser atendido, por negligência, por omissão ou por qualquer razão, mas nós também não podemos ter o nosso trabalho, e quando eu digo nós, não estou nem falando como Secretário de Saúde, estou falando como profissional de uma instituição pública, avaliado de forma tão negativa, porque falhar é humano; todo ser humano falha e todo sistema falha; sei que lidamos com vidas e que a falha no caso da saúde pode ter implicações sérias, mas isso também faz parte, é necessário que fique aqui especificado.

Estarei apresentando alguns dados da saúde no Estado de Mato Grosso; nas suas pastas vocês têm esse material. A saúde no Brasil é muito mais do que fila, mais do que demora no atendimento, maus tratos, isso existe também, infelizmente, mas em número menor, comparado com os dispositivos que existem no SUS, que é construído por todos nós, não só aqui no Estado como no país inteiro. Estamos trabalhando, neste momento, somente com dados de 99. Algumas doenças como a poliomielite e outras, estaremos eliminando nos próximos anos, começando pelo sarampo. Realizamos consultas, vacinas, inspeções do serviço de saúde, temos laboratórios de pesquisa de qualidade de água, diversas ações de vigilância sanitária e epidemiológica, enfrentamento da dengue, entre outras ações, tudo isso é feito pelo SUS. Os dados sobre dengue são de

99; houve uma redução; em 2000, aumentou de novo; nós temos aí um problema não equacionado; a malária, pelo jeito, continua sendo reduzida, apesar de nós termos 20 municípios no Estado com problemas ainda de malária.

Pacientes com tuberculose foram detectados e tratados. Nós implantamos em Mato Grosso, neste ano, o sistema de tratamento pesado, diretamente supervisionado, que consiste em, praticamente, dar o medicamento todo dia para o paciente; isso diminuiu bastante o abandono, em doenças como a tuberculose e a hanseníase. Um dos graves problemas do tratamento dessas doenças é o abandono do tratamento. A pessoa começa o tratamento e, por uma série de razões, o abandona; é quando o quadro se complica, dificultando a eliminação e/ou a cadeia de transmissão.

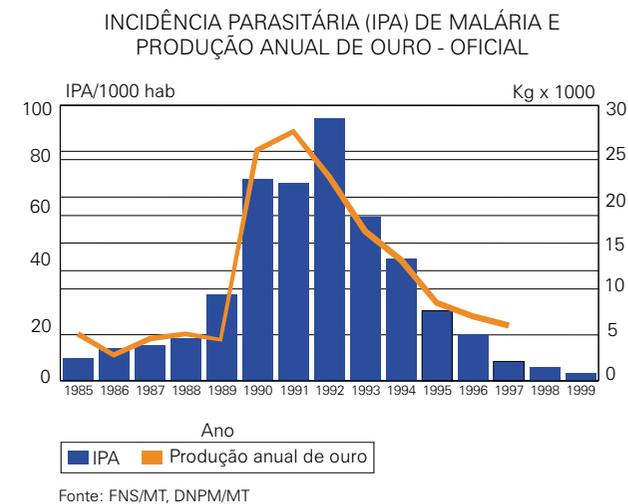
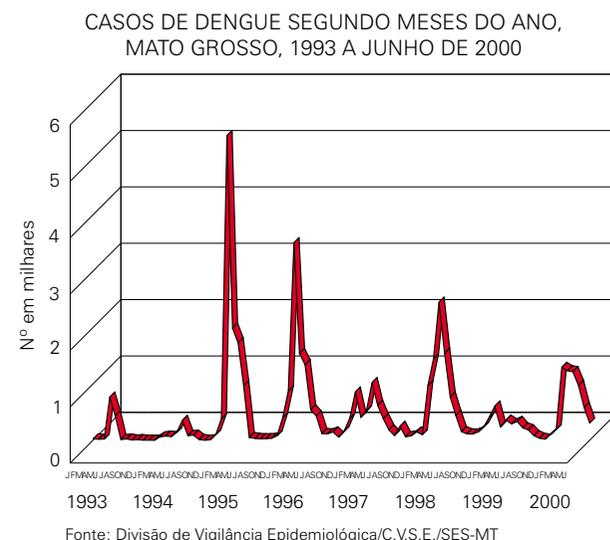
Sobre prevenção de câncer de colo uterino e de mama, nós examinamos 35.796 pessoas e conseguimos detectar precocemente 308 casos. São 308 mulheres que foram prevenidas a tempo.



A evolução da cobertura vacinal no Estado, de 94 a 96, apresenta uma das melhores taxas de cobertura, praticamente todas acima de 90%. Trata-se de uma das melhores taxas de cobertura no Centro-Oeste.

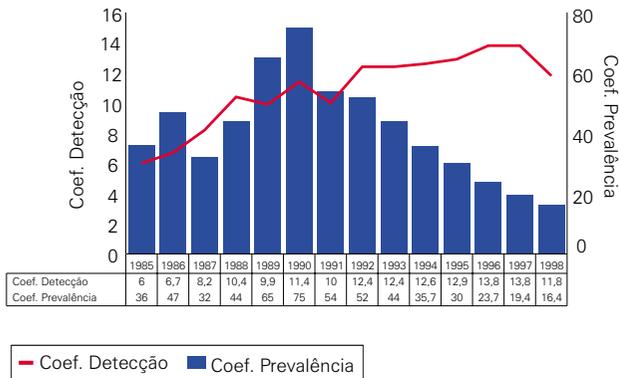
Quanto à dengue no ano e ao seu comportamento no mês, vocês podem observar que há uma variação e que isso depende do período das chuvas e outros acontecimentos; notem que há uma diminuição do número total de casos, mas ainda temos problemas com dengue; em 2000, tivemos um repique; teremos que tra-

balhar muito, principalmente agora, no final de ano, com o início do período das chuvas, começa, novamente, a proliferação do mosquito.



Este gráfico representa os casos de malária no Estado. Na segunda-feira, participei de uma aula na Escola de Saúde Pública, sobre a malária aqui em Mato Grosso. A relação entre malária e ouro é difícil de ser percebida, mas, à medida que diminui o garimpo, diminui a malária. Não digo que não teve um importante trabalho da saúde. É lógico que teve, mas isso é só para mostrar um outro fator, o produtivo, como a forma de produzir riqueza interfere, diretamente, na nossa relação com o meio ambiente, na sociedade e, evidentemente, com os indicadores da saúde.

COEFICIENTE DE DETECÇÃO DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE E COEFICIENTE DE PREVALÊNCIA (POR 10.000 HAB.)



Fonte: Programa de controle da Hanseníase/DPBE/coord. Técnica-SES/MT

Temos uma alta prevalência de hanseníase. Podem observar que, em 1990, o número elevado de prevalência de hanseníase era em torno de 75%. Conseguimos baixar esse coeficiente. Em 99, nós tivemos efeito novo desse coeficiente para cima, quando detectamos, aqui, um número muito grande de pacientes, em torno de 3 mil, mas ainda é insuficiente para termos a evolução e eliminarmos a doença. A hanseníase é um dos problemas sérios de saúde pública do Estado, junto com a leishmaniose. Precisamos enfrentá-las com todas as armas, se nós quisermos reverter o perfil epidemiológico.

Na assistência médica, o SUS, em Mato Grosso, realizou:

- 191.190 internações hospitalares (15.933 internações/mês);
- 32.710 cirurgias (2.725 cirurgias/mês):
 - 3.672 cirurgias de catarata, devolvendo a visão aos idosos;
 - 3.496 cirurgias ortopédicas (291 cirurgias/mês);
- Partos:
 - 25.919 (72%) normais;
 - 10.134 (28%) cesáreos.

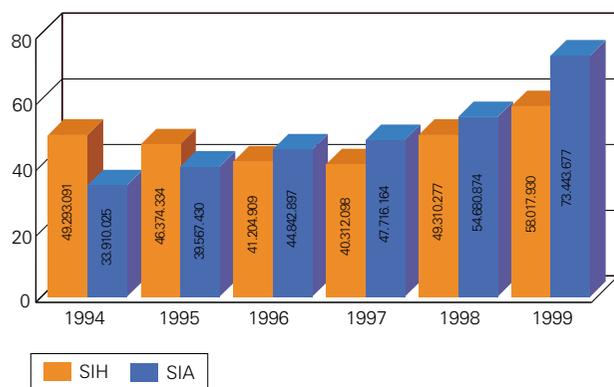
- 238 cirurgias cardíacas (cada cirurgia cardíaca custou R\$ 5.169,00);
- 26 transplantes renais (cada transplante custou R\$ 12.304,00); (dados de até abril/2000)
- Coletou 12.981 bolsas de sangue no Hemocentro e fez 35.368 transfusões de sangue e hemoderivados nos serviços próprios e/ou credenciados.
- Internou 3.890 pessoas em UTI (em média o SUS pagou R\$ 1.474,00 para cada pessoa internada na UTI).

Em 1999, tivemos 191 mil internações hospitalares. São, praticamente, 16 mil internações por mês que o SUS fez; 32 mil cirurgias por ano, 2.720 cirurgias por mês. Fizemos, durante a campanha no ano passado, 3.672 cirurgias de catarata, geralmente de pessoas idosas que melhoraram sua qualidade de vida. Os números são frios, mas, por trás deles, temos que colocar as pessoas, transformá-los em relações humanas. Trabalhamos com parceria para acontecer essa campanha, porém não foi divulgada amplamente pelos meios de comunicação.

O número de partos feitos pelo SUS foi de 35 mil partos/ano. Conseguimos reduzir bastante o número de parto cesariano. No Estado, há um alto índice de cesárea; conseguimos baixar isso com alguma dificuldade, mas estamos conseguindo.

O número de cirurgias cardíacas no sistema, os transplantes renais, são dados de até abril deste ano. Nós computamos todos os transplantes feitos aqui desde que começamos a implantar a Central de Transplante (isso, no início da década de 90). Em 96, não se fazia transplantes no SUS; quando nós fizemos a III Conferência, estava-se iniciando, organizando o serviço de cirurgia cardíaca. Os exames mais complexos requerem um alto investimento. Precisamos ampliar a visão, além da atenção primária; é necessário investir em diversos aspectos, cuidar dos diversos cômodos da casa, se me permitem esta comparação para o Sistema.

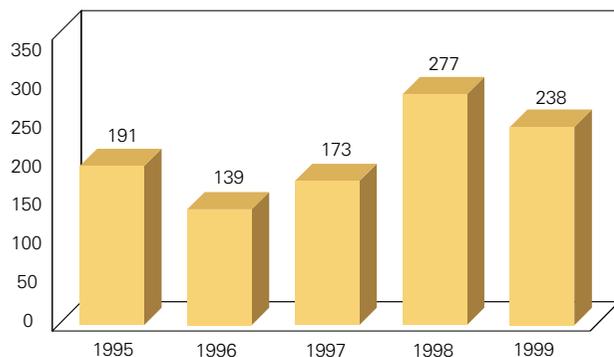
VALORES APROVADOS DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR – MATO GROSSO - 1994 A 1999



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais Hospitalares/CAHA/SES-MT

Podem apreciar que há uma inversão no sistema ambulatorial. É um aspecto significativo, ambulatório em geral no Sistema Único de Saúde são os públicos, que pertencem aos municipais; hospitais, em geral, são privados, 70 a 80% da rede dos leitos hospitalares do SUS são privados. Isso aqui significa que houve uma inversão da aplicação de dinheiro do setor privado para o setor público. Há que analisar onde não gastar, onde gastar mais, em que gastar menos e assim por diante.

NÚMERO DE CIRURGIAS CARDÍACAS REALIZADAS PELO SUS – MATO GROSSO, 1995 A 1999



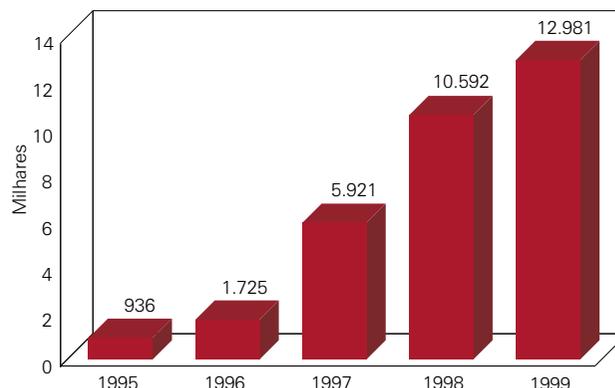
Fonte: Coordenadoria de Administração Hospitalar e Ambulatorial/SES-MT

A média anual de cirurgias cardíacas é de 240 cirurgias/ano; é um número significativo de pessoas atendidas e cuja vida é preservada; é aquele estágio onde o tratamento clínico já não resolve.

O gráfico a seguir mostra o número de bolsas de sangue coletadas pelo Hemomat; vejam de onde nós saímos e onde nós estamos. Saímos com menos de 100 bolsas, e hoje, são qua-

se 1000; hoje, temos uma rede com mais de 22 unidades em todo o Estado e vamos chegar a 44 unidades até 2005.

NÚMERO DE BOLSAS DE SANGUE COLETADAS PELO HEMOMAT 1995 A 1999

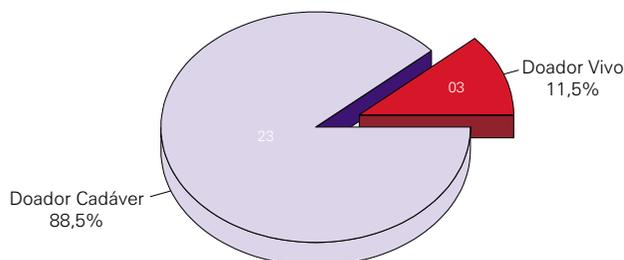


Sobre as internações em Cuiabá, em 1999, 90% das pessoas internadas era do município. Em 1998, 71% das pessoas internadas são daqui. Aumentou a participação de pessoas em Cuiabá, no total de internações. Nota-se que, aproximadamente, 76% das pessoas que residem em Cuiabá e Várzea Grande fazem uso do atendimento pelo Sistema, os outros 124 municípios fizeram 17%, e outros Estados, apenas 2% do total de internações efetivadas. Cuiabá é a referência Estadual do SUS aqui no Estado.

A média de atendimentos mensais no Pronto-Socorro de Cuiabá é em torno de 600 atendimentos/dia, sobretudo na parte ambulatorial, em torno de 18 mil atendimentos por mês; 15 mil atendimentos são de pessoas da própria Capital, 2500 de Várzea Grande, 712, de outros municípios. Refiro-me a isso, para mostrar que o Pronto-Socorro de Cuiabá é basicamente municipal, atende basicamente a população de Cuiabá. Atende o interior também? Atende, mas nos casos mais complicados, que não podem ser atendidos no interior. Outro dado importante que tem que ser mostrado, por que a rede primária, a rede básica ainda não está suficientemente implantada. Se a pessoa está saindo do Santa Isabel, do Dom Aquino, do Pedra 90, para ir para o Pronto-Socorro, para atendimento, muitas vezes, simples, é um indicador de que ainda não temos todas as equipes de Saúde da Família implantadas, tanto em Cuiabá como em

Várzea Grande; faz-se extensivo para todos os municípios do Estado; já devem ter visto os resultados da Saúde da Família nas comunidades em que foram implantadas as equipes, no início do ano.

NÚMERO DE TRANSPLANTES RENAIIS REALIZADOS PELO SUS MATO GROSSO – 1999 A MAIO/2000



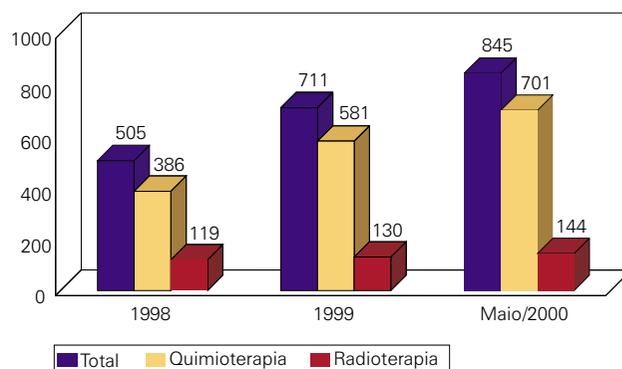
Fonte: Coordenadoria De Administração Hospitalar E Ambulatorial/ses-mt

No que se refere a transplantes, nós ainda dependemos do doador cadáver; estamos fazendo uma campanha para capacitação de doadores; é de fundamental importância orientar sobre esse aspecto.

Ainda em 1999, o Sistema Único de Saúde foi responsável por mais de 95% dos chamados procedimentos de alta complexidade e alto custo, tais como:

- Manter o tratamento de 518 pacientes em diálise;
- Tratar ambulatorialmente 711 pacientes, em média, com câncer, por mês (cada paciente tratado custou em média R\$ 612,38/mês);
- Realizar 432 exames hemodinâmicos;
- Fornecer medicamentos excepcionais para 1.400 pacientes cadastrados (o custo aproximado, de R\$ 400.000,00/mês).
- Em 99, o SUS foi responsável por mais de 95% dos chamados procedimentos de alta complexidade e alto custo. Nesse mesmo ano, 518 pessoas foram atendidas em hemodiálise. Esse tipo de atendimento salva a vida de muitas pessoas, que, sem o serviço do Sistema, não teriam sucesso e, provavelmente, morreriam.

NÚMERO MÉDIO MENSAL DE PACIENTES (QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA) QUE RECEBERAM TRATAMENTO REALIZADOS PELO SUS



Fonte: Coordenadoria de Administração Hospitalar e Ambulatorial/SES-MT

Tratamos ambulatorialmente, em média, 711 pacientes com câncer por mês. Fizemos 432 exames hemodinâmicos, proporcionamos medicamentos excepcionais para 1.400 pacientes, com um investimento, em média, de 400 mil reais por mês, medicamento chamado de alto custo para pessoas transplantadas, para pessoas com câncer, com patologias mais graves, que exigem medicamento.

De 95 para 99, houve um aumento de pacientes em tratamento de hemodiálise. Todo ano, esses números sobem. Existe uma correlação direta com a capacidade do sistema em detectar e diagnosticar a problemática, mas também tem a ver com a oferta dos serviços; imaginem o custo disso no sistema. Se este fosse atender somente com a lógica econômica, de mercado, como mencionava ontem o governador em exercício Rogério Salles, podem nos chamar até de loucos. A lógica econômica não pode nortear nossa prática. Sem o Sistema Único de Saúde, poder-se-ia instalar o caos. A lógica que tem que prevalecer é a que garante a vida dos cidadãos.

Queria motivar a reflexão da platéia sobre o investimento do orçamento da saúde na prevenção, mas também da importância de se estar investindo naquelas patologias para as quais temos recursos e meios de prevenir, como é o caso do câncer do colo do útero, câncer de mama e câncer de pulmão; o trabalho preventivo, a médio prazo, implica também em economia para o Sistema.

As atividades do SUS são realizadas em uma rede de serviços, com as seguintes características:

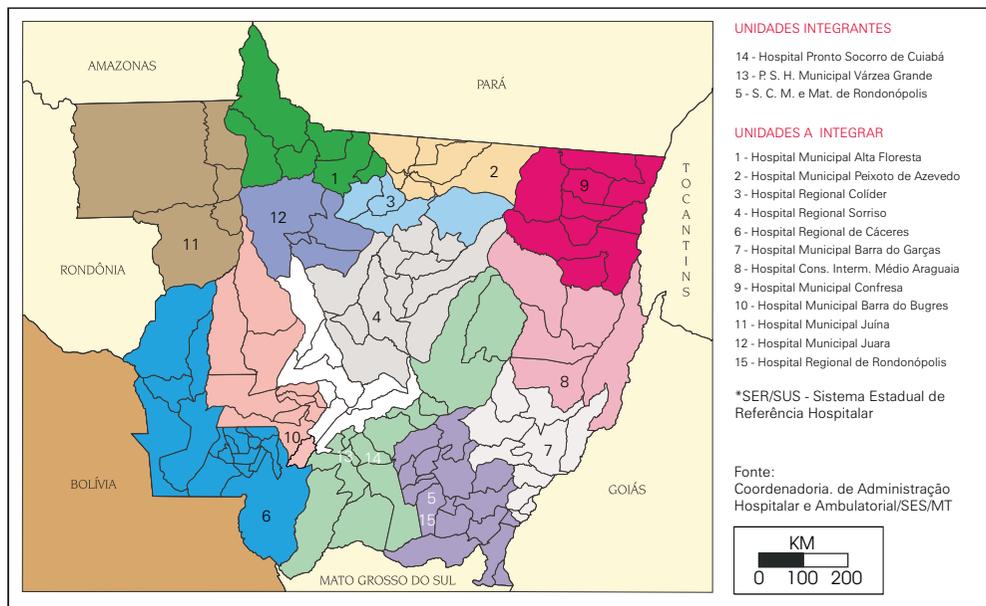
- 1.085 Unidades Ambulatoriais, das quais, 437 são Postos de Saúde e 222 são Centros de Saúde.
- 2.357 Agentes Comunitários de Saúde em 116 municípios (agosto/2000);
- 146 Equipes de Saúde da Família em 57 municípios (agosto/2000).

No tratamento feito na área hospitalar, estamos procurando otimizar a qualidade do trabalho nos hospitais, através de uma nova metodologia chamada de Acreditação Hospitalar; é um aspecto muito importante, é uma rede de serviços, com determinadas características. Em Mato Grosso, em 99, tivemos atividades realizadas em 1.085 Unidades Ambulatoriais, das quais, 437 são Postos de Saúde, 222 Centros de Saúde; podem apreciar que a nossa rede, ainda, é de baixa complexidade. Os Postos de Saúde, sendo a porta de entrada para o Sistema, atendem uma média nacional de 42% da população; em Mato Grosso, alcança um percentual de 55%; é muito significati-

vo. Este aspecto tem importância para a política de saúde, pois, quando é necessário para a população ter acesso ao Sistema, ela recorre ao Posto ou ao Centro de Saúde em 55%, Pronto-Socorro, 3%, ambulatório, 15%, consultórios particulares, 20%. Podemos concluir que, primeiramente, a porta de acesso é muito maior na rede básica, no setor privado é muito menor porque o acesso é limitado pela questão econômica; segundo, se as pessoas pudessem pagar, talvez todas estivessem pagando, mas elas não têm esse acesso pela porta dos serviços privados; terceira conclusão, se quisermos melhorar a avaliação dos serviços de saúde pela população, nós temos que melhorar a rede básica, se quisermos sair daqueles 85% e ir para 95% de aceitação e avaliação positiva dos usuários do Sistema.

O número de Agentes Comunitários de Saúde que temos no Estado, em 116 municípios, é de 2.357; já tínhamos esse número em agosto e o número de Equipes de Saúde da Família era de 146, distribuídas em 57 municípios. A nossa intenção é garantir pelo menos um agente comunitário de saúde para cada 80 famílias, tentar melhorar essa cobertura. O problema nem

UNIDADES INTEGRANTES E A INTEGRAR DO SER/SUS* URGÊNCIA E EMERGÊNCIA — MATO GROSSO - 1998



sempre esbarra na questão financeira; muitas vezes, depende de vontade e compromisso político.

Temos 56 unidades de reabilitação, cobrindo 78,6% da demanda populacional. A Secretaria realiza parceria com os municípios, compra e entrega os equipamentos, é contratado pessoal temporariamente, por um período de 3 a 6 meses, e os municípios, depois desse período, colocam isso pelo SUS.

Essas são as unidades localizadas, que fazem parte do Sistema Estadual de Referência para Urgência e Emergência. A intenção é ter essa integração estadual, para garantir a urgência e emergência nas principais regiões do Estado.

A Escola de Saúde Pública realizou, nesse período, 68 cursos profissionalizantes, formando 1.982 profissionais de nível médio, em parceria com a FUNASA, municípios e diversas organizações governamentais. Foram realizados 68 cursos de especialização em parceria com a Universidade Federal de Mato Grosso, em 98 e 99.

Em Mato Grosso, apenas 13% da população têm algum Plano ou Seguro de Saúde. A imensa maioria das pessoas 87%, é atendida pelo SUS.

A Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar (PNAD), realizada pelo IBGE(1998), mostra que 84% da população avaliam positivamente o desempenho da Saúde, não somente do SUS, é da Saúde em geral; é uma nota extraordinária de aprovação do trabalho do SUS.

O nosso desafio para o ano que vem é desenvolver um trabalho de controle sobre a hanseníase; temos que trabalhar em todos os municípios. Continuamos sendo o campeão brasileiro em número de casos. Temos que atacar de frente esta doença, assim como a tuberculose. A presença dos serviços de saúde em cada município, em cada serviço básico de saúde, cada equipe de Saúde da Família, cada agente comunitário, envolvendo as comunidades e organizações sociais, com certeza, contribuirão para vencer esse desafio.

Temos que destacar também um dos problemas sérios, do ponto de vista epidemiológico, em Mato Grosso. As doenças crônico-

degenerativas, sobretudo a hipertensão e o diabetes. Se analisarmos os indicadores de mortalidade em Mato Grosso, são iguais aos do Brasil. A primeira causa de morte são as doenças cardiovasculares, muito mais do que as doenças infecciosas. Evidentemente, atingem uma população mais idosa e sabemos que a base da maior parte dessa patologia, o infarto, o AVC, a insuficiência cardíaca etc., é a hipertensão arterial. O SUS, em nível nacional, está começando a enfrentar essa questão da hipertensão como um aspecto fundamental, uma série de ações para priorizar.

A segunda causa de mortalidade são as mortes motivadas pela violência, chamada de violência na área da saúde. Todas são causas externas: acidentes de trânsito, homicídio e suicídio, entre as principais. Mato Grosso, sobretudo Cuiabá, se torna cada vez mais violento; os nossos indicadores estão acima da média nacional. Cuiabá é a 3ª ou 4ª capital brasileira em número de homicídios. É relevante mencionar este aspecto, porque é um dado novo que apareceu na década de 90; já existia, mas se destacou, cresceu muito na década de 90 no país como um todo e no Estado. Regionalmente está também correlacionado com o narcotráfico, o crime organizado, o contrabando. Não se esqueçam de que temos uma fronteira imensa; então está entranhado na realidade social, a violência é um problema sério, complicado. Foi nesse sentido que, na abertura da Conferência, fizemos questão de enfatizar essa luta pela paz, pela não-violência. O governo do Estado está empenhado em discutir, envolver a participação do maior número de segmentos da sociedade, para encontrar solução conjunta para esta questão. O problema da violência não é um problema unicamente de governo, a violência é um problema da sociedade. E tem gente que acha que o negócio da violência é matando; matar bandido só vai agravar a violência, além de virar bandido igual aos outros. Então essa é uma questão séria e que precisa ser discutida e debatida e nós vamos enfrentá-la a partir de agora.

No orçamento do ano que vem, o governador já anunciou ontem para os municípios, nós vamos dobrar a quantidade de recursos a se-

rem transferidos para os municípios, para os programas prioritários: agente comunitário de saúde, saúde da família, medicamentos básicos. O Estado vai triplicar esse montante de dinheiro porque nós detectamos em todas as pesquisas nossas, hoje, o grande problema é a falta de medicamento básico na ponta. Como nós preferimos, aqui em Mato Grosso, repassar o dinheiro, que o Ministério deu de medicamento para os municípios, o Estado não ficou com esse dinheiro. Os municípios tiveram ou estão tendo dificuldade de adquirir esse medicamento, sobretudo nos laboratórios associados, não estão conseguindo manter essa relação básica de medicamento. Isso está gerando um sério problema, hoje, talvez, o maior problema do ponto de vista gerencial do sistema. A avaliação que nós fizemos na saúde da família, demonstra claramente isso; a população avalia a saúde da família, mais de 90% de avaliação positiva em tudo, mas quando se fala de problema, aparece “medicamento” com muita força. Então nós vamos comparar, vamos aumentar a participação nossa, e vamos discutir com os municípios um novo mecanismo de participação: os municípios deixam para nós comprarmos tudo ou, enfim, nós vamos sentar com os municípios, quando vamos discutir uma nova forma de pactuar essa situação. Desde já eu antecipo, nós vamos garantir medicamento de uso contínuo, independente do Ministério, do município de quem quer que seja, nós vamos voltar a garantir o acesso ao medicamento, no ano que vem, adquirindo de forma direta e repassando isso aos municípios, porque nós já tomamos essa decisão; porque senão nós não temos programa de diabetes, de hipertensão, de coisa nenhuma, de saúde mental, de nada.

Finalmente, uma questão importante que o governo não anunciou, mas Dante já anunciou, vocês todos já sabem, no orçamento está previsto recurso para a implantação de subsídio para área da família. Eu, inclusive, publiquei ontem um artigo no jornal, vou mandar reduzir, onde eu escrevo isso com todas as letras, tem muita gente desconfiando ainda do que o governo vai implantar. O sindicato me procurou, mas quando? 2001, pode ser janeiro ou fevereiro. Eu falei,

olha, eu não tinha pensado nisso, é uma boa idéia, podemos fazer em dezembro. Evidentemente, a nossa intenção é fazer isso a partir de janeiro de 2001 e nós estamos já muito adiantados nas negociações e administração e, o mais importante, o dinheiro para isso já está assegurado, já faz parte da proposta orçamentária da Secretaria de Saúde e está na Assembléia. Não tenho dúvida que será aprovado, nós vamos encaminhar para a Assembléia até o início de novembro o projeto de lei que cria esse subsídio, através de trabalho que está sendo feito de comum acordo com o sindicato, com o pessoal todo que está trabalhando nessa proposta. Evidentemente, que isso implica em dobrar a quantidade de dinheiro que hoje nós gastamos com o pessoal, porque, além desse orçamento de subsídio, nós contamos com novo, contudo, eu não sei se estão todos sabendo, mas as inscrições estão abertas até segunda-feira, até sexta-feira, para 350 cargos em Rondonópolis, 350 em Cáceres, para o funcionamento dos hospitais. O concurso vai atender, vamos dizer assim, a todos ou praticamente a maioria das categorias. Então, aqueles que ainda estão procurando possibilidades para trabalhar e somar conosco no SUS, essa é a oportunidade, o concurso vai estar com as inscrições abertas até sexta-feira. Finalmente, nós vamos estar em funcionamento, os hospitais regionais de Rondonópolis e Cáceres; nós já duplicamos a capacidade do hospital de Sorriso, que é a base do consórcio, vamos colocar para funcionar um Pronto-Socorro em Sinop, se Deus quiser, entregando todo equipamento, pronto, para a Prefeitura Municipal. Dessa forma, eu espero que a população de Sinop não venha de manhã e à tarde de ônibus para Sorriso para ser atendido; eu acho que isso é um compromisso que o setor público tem que ter com a população. E vamos, além disso, retomar a obra do Hospital Central de Mato Grosso, que vai ter mudado a concepção de Hospital Central; ele vai ser hospital de alta complexidade, para fazer transplante, cirurgias cardíacas, referência para trauma. A nossa intenção é trabalhar nele junto com a universidade, um hospital universitário, fazer uma grande parceria com a Universidade Federal de

Mato Grosso, de modo que a gente toque juntos esse hospital. Estamos já conversando e o projeto arquitetônico dele está praticamente pronto. Nós contratamos uma firma de São Paulo, a mesma empresa de arquitetura que fez o projeto original, deve estar entregando agora, até o final de novembro, todas as alterações do hospital central. E, além disso, nós vamos estar iniciando a construção de mais 4 hospitais, um hospital de Pronto-Socorro da criança em Cuiabá; a nossa intenção é tirar as crianças do Pronto-Socorro Municipal. Nós vamos ter uma unidade voltada para o atendimento de urgência e de uma maneira geral para clientela infantil do Estado todo aqui, com uma grande capacidade cirúrgica, UTI's e tudo mais. É uma forma de ajudar a desafogar o atendimento do Pronto-Socorro e de separar crianças daquele que é evidentemente o atendimento do box de emergência e tudo mais. Vamos estar construindo um hospital que acompanhe toda Várzea Grande; a intenção é fazer um hospital geral e que atenda sobretudo a área materno-infantil, para que o Pronto-Socorro de Várzea Grande possa especializar-se na área de urgência, na área de trauma e, dessa forma, a nossa intenção é a de que Várzea Grande, não sei se vocês sabem, com essa unidade em Várzea Grande, o município possa ser uma referência regional da baixada cuiabana.

Trabalharemos para criar a central de vagas lá em Várzea Grande, fazendo com que toda a referência Santo Antônio, Livramento, Jangada, Acorizal, enfim, todo atendimento da baixada passe pela regional, primeiro por Várzea Grande. Se lá não der conta, aí sim, seria encaminhado para Cuiabá; essa é a intenção da organização do sistema e esse hospital metropolitano ajudará nesse sentido. E, finalmente, dois outros hospitais regionais para Tangará da Serra e para Água Boa, para serem sede de consórcio e ajudar a melhorar o atendimento hospitalar nessas regiões. E nós temos um compromisso também com a região do baixo Araguaia, no sentido de que, até 2003, nós estaremos construindo ou melhorando o hospital, que tem característica regional lá na região, que é a região mais pobre de Mato Grosso. O governo tem preocupado e vai procurar continuar desenvolvendo, com base no consórcio, o baixo Araguaia. Finalmente, eu gostaria de convidá-los para assistir a um filme, que faz uma síntese disso que eu falei; só que faz uma síntese muito mais bem feita, porque eu, apesar de tudo, sou um técnico, sou planejador, então eu lido muito com número, com cifra. O filme lida com gente, lida com pessoas, eu acho e quero parabenizar o pessoal que fez esse filme; eles conseguiram captar muito bem o que é o SUS em Mato Grosso. (filme: O SUS reconhecido).

Dr. Júlio S. Müller Neto, Secretário de Estado de Saúde e Geny C. R. Lopes, coordenadora da IV Conferência Estadual de Saúde



PARTE III



MESAS-REDONDAS

Saúde da Família: Acesso, Qualidade, Humanização, Referência e Controle Social

Coordenadora: Geraldina Ribeiro Silva

Secretária de Saúde de Rondonópolis

A coordenadora da mesa abre os trabalhos, agradecendo a presença dos participantes da IV Conferência Estadual e da I Mostra da Saúde da Família de Mato Grosso. Agradeceu a presença dos conferencistas, enfatizando o prazer e a responsabilidade de coordenar uma mesa, composta por profissionais de tão alto nível e de um tema tão relevante para reversão do modelo de atenção centrado na doença, para uma atenção voltada para a saúde, para qualidade de vida, com participação de todos os atores sociais. Afirmou também os avanços significativos que vêm ocorrendo no setor saúde, em decorrência da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), que, embora denominado programa, foge da concepção usual dos programas verticais, por possibilitar a integração e promoção da organização das atividades em um determinado território, por isso é uma estratégia estruturante dos sistemas locais de saúde.

Expositora: Heloiza Machado de Souza

Diretora do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde

O trabalho que o Recursos Humanos vem desenvolvendo, através do Pólo de Capacitação, como treinamento introdutório, educação continuada, formação de profissionais pós-graduados, educação à distância, tem contribuído para a massificação da educação permanente das pessoas. Foi definido pelo Ministro Serra o programa Saúde da Família como prioridade, dentro de um programa chamado Fundo para

Universalização do Sistema de Telecomunicações. Isso significa que todas as unidades básicas de saúde, da Saúde da Família, estarão conectadas por Internet, se precisar outro método de comunicação. Então, isso significa, se falássemos sobre esse assunto cinco, seis anos atrás, pareceria delírio.

A Saúde da Família era tão marginalizada em todo sistema, hoje já tem uma importância grande em todos os projetos prioritários.

Essa preocupação vem sendo para garantir a qualidade do trabalho, que a equipe seja resolutiva, tenha a mudança da prática, consiga resolver mesmo a maior parte dos problemas. Além disso, tem os investimentos que está se fazendo em especialização e nas residências, que é importante, pois oferece uma qualificação maior para os profissionais e resgata a importância de status.

Através do projeto Reforsus, serão financiados mais 50 cursos de especialização e 15 programas de residência multiprofissional em Saúde da Família. O ministro Serra já anunciou para a imprensa e para as entidades representativas do Conselho Federal, da Associação de Medicina, Enfermagem, representação dos Estudantes de Medicina, a proposta do serviço civil, que não vai ser obrigatório, vai ser voluntário. Se não der certo o voluntário, aí tornará obrigatório. Existem determinados municípios no Brasil, onde não se consegue médicos e enfermeiros. Não é uma questão salarial; aqui no Estado e nas regiões Norte e Centro-Oeste, é comum ver municípios oferecendo 8.000, 10.000 reais. Não vai fixar porque são municípios de difícil acesso, de dificuldade de fixação de profissionais. Então, a idéia está abrindo oportunidade, para que os profissionais passem um tempo nesses municípios, até com a possibilidade de que ele

venha fixar-se, assim se ele desejar, se entrar em acordo com os municípios. Esse projeto tem uma proposta prévia, ele vai ter agora 30 dias para um grupo que está sendo formalmente constituído. O ministro já assinou a Portaria que regulamenta esse processo. Esses profissionais, apesar de serem voluntários, serão remunerados; o valor estimado varia entre R\$ 3.500,00 a R\$ 4.000,00; os municípios entrarão com a responsabilidade de moradia e alimentação, para que esses profissionais, médicos e enfermeiros, passem um determinado tempo no município, estruturando um serviço no modelo da Saúde da Família.

É importante que esses profissionais também não ficarão isolados; eles devem ser acompanhados por todo processo de capacitação e de tutoria, ligados aos Pólos de Capacitação ou outro grupo difusor de capacitação. É uma experiência nova e voluntária. O Brasil é um dos poucos países daqui da América Latina que não têm serviço obrigatório civil, numa lógica de que o estudante formado em escola pública, com recurso público, tem a obrigação de devolver uma contribuição à sociedade; ele passa um ano, um período determinado, em alguma área do país, retornando a sua contribuição.

Em relação aos agentes comunitários, conseguimos alguns encaminhamentos, que pretendemos começar a executar no ano que vem. É o projeto de complementação de escolaridade. Os agentes comunitários do Brasil tiveram uma ajuda fantástica, com a campanha do MEC "toda criança na escola"; isso faz parte do cadastro, que é usado pela equipe da Saúde da Família, acompanhando as crianças fora da escola e as encaminhando. No entanto, há um número significativo de agentes comunitários que não têm nem o primeiro grau, o ensino fundamental completo. Então, estamos fechando uma parceria com o MEC, com a fundação Roberto Marinho, que deverá envolver as Secretarias Estaduais de Saúde, de Educação, Secretarias Municipais, para proporcionar aos agentes comunitários a oportunidade de completar a sua escolaridade. Isso se junta a outro projeto, que é o projeto de qualificação do trabalho dos agentes comunitários de saúde, em que pretende-

mos envolver as Escolas Técnicas de Saúde, para melhorar as questões da qualificação para o trabalho.

Outro aspecto, talvez o mais importante, é a questão dos direitos trabalhistas, a forma de vinculação, que todos sabem e já faz muito tempo, que se vem discutindo, não tem mais o que estudar nessa história: as alternativas estão claras para contratação de pessoal, ou seja, se faz o concurso público municipal ou se terceiriza a contratação. No caso de agente comunitário, o concurso público é universalista, qualquer pessoa pode fazer, em uma cidade pequena pode ser tranquilo, não vai estar longe da sua área de moradia, mas, em cidade grande, ele vai sair num bairro, vai fazer no outro, ou vai sair de uma cidade e vai fazer em outra; se se perder essa identidade, a de que o agente comunitário é um morador do local, perde-se toda a lógica do próprio programa, e se tornará um programa de busca ativa de casos, mas esse elo de ligação cultural se rompe completamente.

Então a alternativa da terceirização, o Ministério Público do Trabalho não aceitava essa modalidade, estava começando a punir os municípios que os faziam por essa via. Vai fazer um ano que estamos negociando com o Ministério Público do Trabalho, é um processo extremamente demorado, mas, finalmente, chegou-se a um acordo. O Ministério Público reconheceu e orienta que pode ser contratada uma organização chamada OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público. Esse processo é novo, foi regulamentado no ano passado pela lei que regulamenta a relação com terceiro setor. Estamos trabalhando com o CONASEMS, CONASS, com o Ministério da Justiça, com o Ministério Público do Trabalho, para que se possa estar instrumentalizando os municípios; é um grande ganho que se teve nesse ano, a idéia de se fazer esse pacto com gestores municipais que estão entrando no próximo ano.

Outro fato importante, em termos de perspectiva, o Ministério da Saúde está custeando agenda de trabalho, em conjunto com o MEC, para fortalecer iniciativas importantes na área de Saúde da Família e pretendendo também implantar no próximo ano, um incentivo como

espécie de bônus, ou premiação às instituições universitárias que estiverem introduzindo inovações na formação de recursos humanos, por exemplo, o internato de medicina e o de enfermagem. Os alunos estão atuando nas unidades básicas de saúde; então, devem ter um incentivo financeiro, proporcionando mudanças dentro das Universidades. Essa agenda está sendo ampliada também com investimentos em recursos humanos; é aqui que se encontra a alma desse programa, quer dizer, não basta ampliar quantitativamente, mas, se não tiver um investimento importante nessa área, haverá uma grande fragilização. É nisso que os Pólos de Capacitação têm condições de desenvolver as formas de trabalho, as inovações, de acordo com as suas realidades locais, com as possibilidades.

Não se tem uma regra fixa para isso, mas é preciso investir mais nas capacitações.

Existem projetos que estão sendo discutidos com os secretários estaduais e municipais, através de financiamento do Reforsus, a própria capacitação dos gestores municipais, para terem uma visão mais ampliada sobre a atenção básica, a mudança de modelo, a organização do sistema, a capacitação dos Conselheiros Municipais.

Já foi abordado que fica cada vez mais claro que existe uma diferença no jeito de implantar o programa, porque cada município é um município e tem sua realidade.

Nos grandes municípios, existe o jeito diferente de fazer contagem, como, por exemplo, tem área de extrema pobreza, onde está sendo implantado e onde foi implantada Saúde da Família, mas também está entrando em área que se mistura com classe média, áreas de conjuntos residenciais; então, o jeito de fazer em um lugar, a prioridade que vai ter em outro são diferentes. Então, deve-se ser flexível e se deve ser muito rígido, nos princípios da Saúde da Família, se não garantir de fato os princípios que cada unidade básica tenha no seu território, como população definida, vinculação clara, equipe multiprofissional com dedicação integral, não se está fazendo Saúde da Família.

Outra questão colocada é a preocupação com a virada eleitoral. Há uma preocupação sempre muito grande dos profissionais de saúde, que investem, que fazem um bom trabalho; de repente, muda o prefeito e aí acaba ou não acaba, isso não tem fórmula, isso faz parte de um processo de amadurecimento político e isso está dentro de todo processo de descentralização, de municipalização. É necessário fortalecer o movimento social, a participação do usuário no trabalho. E que o trabalho também esteja garantindo expectativa e a necessidade do usuário, aquele trabalho que está sendo desenvolvido na saúde, que, de fato, esteja sendo resolutivo, oportuno, seja acessível e humanizado; se as pessoas estiverem realmente reconhecendo e a sociedade, aliada a esse processo, menor será a possibilidade de se ter retrocessos.

Expositor: Alex Miranda Rodrigues

Médico de Saúde da Família – MG

Para iniciar os trabalhos, o expositor destacou que a Saúde da Família requer eficiência, metas definidas, coberturas adequadas e acesso real ao sistema.

Existem duas características principais de impacto na atividade do profissional: a inversão do modelo assistencial e a multidisciplinaridade, ambos têm campo de ação, a generalidade.

A equipe de saúde da família é constituída por médicos, auxiliares, enfermeiros, agentes comunitários, odontólogos, e devem estar profundamente envolvidos no processo de inversão do modelo e, sobretudo, propor as mudanças de novas práticas assistenciais.

Para atender a nossa população e oferecer-lhe serviços em todas as suas necessidades, com prevenção, atenção às doenças mais frequentes e prevalentes, além de estimular as ações da sociedade civil e do poder público, é fundamental que essa estratégia esteja na cabeça de toda a equipe.

A multidisciplinaridade dessa equipe é que tem dado novo enfoque para a organização do sis-

tema, é a equipe que conhece a fundo os principais problemas da comunidade, é ela que sabe conduzir e o faz com responsabilidade, tanto a referência, como a contra-referência; ela não atende uma clientela triada, ela atende a qualquer coisa que incomode a sua população. A equipe se compromete com o paciente em primeiro lugar, desenvolve o conhecimento baseado em evidências e coloca a melhor evidência disponível a serviço do seu paciente.

A melhor evidência, no sentido científico, é desenvolver um trabalho centrado no paciente e, mais do que isso, é desenvolver um trabalho baseado nos focos, na realidade do paciente e no meio em que está inserido, não termina e não é restrito a uma unidade de saúde; ele se desenvolve em vários locais diferentes, ele é feito na unidade de saúde, no domicílio, na comunidade, onde a equipe da saúde estiver lidando. Desenvolve uma habilidade baseada na comunidade, domina o território e sabe priorizar a população de risco, discriminando positivamente as demandas que aparecem.

No que se refere ao atendimento, deve-se atender e saber atender aquelas necessidades de maior prioridade na área de abrangência. Como esse atendimento é baseado na comunidade, estimula e aumenta a condição da sua comunidade, exerce o controle social sobre o trabalho da equipe.

A divisão de tarefas na equipe aumenta a cobertura, melhora a resolutividade e permite um melhor relacionamento com os serviços de referências, que são necessários para a população. Essa é a definição do generalista, que se pretende um profissional capaz, que sabe lidar com informações e, ao mesmo tempo, dá um cuidado integral, humanizado e consciente do seu papel, da sua inserção complementar nas outras disciplinas da ciência da saúde.

O acesso fica sumarizado por esses profissionais que atendem de tudo e garantem que os pacientes que chegam à unidade de saúde não tenham negados os seus problemas.

Multidisciplinaridade, como foi dito, é a característica de oferecer serviços diferentes, enquanto que o médico é um profissional mais hábil para

tratar doença, a equipe de Saúde da Família é composta por profissionais mais hábeis em educar.

A medicina, baseada em evidências, é uma tendência mundial e muito importante, para que se possa desenvolver a melhor ciência possível dentro da nossa capacidade, para cuidar das pessoas sob a nossa atenção.

No que se refere à humanização, trabalhamos com comunidade, respeitamos essas comunidades e somos sensíveis aos seus problemas, como também as demandas que recebemos dela, modificamos o nosso trabalho de acordo com a sinalização que a comunidade nos dá. Desenvolvemos esse comprometimento com o paciente, são levadas em conta todas as ações que são executadas, é a integralidade do atendimento.

Referência, todo profissional da equipe é responsável pelo uso dos recursos especializados, quem precisa e os usa com responsabilidade. A equipe é parte de uma rede de serviços, capazes de quando a essa rede de serviço retornar um paciente, dar continuidade ao atendimento, oferecendo os procedimentos que lhe são necessários.

É através do Controle Social que se estimula o exercício da cidadania, com significado muito importante para os profissionais de Saúde da Família.

A Saúde da Família é uma estratégia inovadora que engloba e acrescenta várias situações, como prevenção, mobilização social, entre outros.

Expositora: Fátima Ticianel Schrader

Coordenadora de Administração Hospitalar e Ambulatorial/SES - MT

A expositora destacou, inicialmente, a atenção à saúde em períodos anteriores, apontando para um aspecto fundamental, a reestruturação do atendimento, a implantação do SUS e as suas implicações.

Em 1995, os indicadores e os problemas não eram diferentes daqueles que estão colocados

hoje. Os grandes problemas de saúde pública, de alteração do quadro saúde/doença, estão relacionados com a mortalidade materna, hanseníase, tuberculose, a questão do trauma, da violência, do câncer, do álcool e da droga, da hipertensão e de outras doenças crônicas degenerativas. Esses problemas continuam existindo, o que mudou foi a forma de organização a partir da implantação do SUS.

Havia uma desorganização do sistema como um todo, nas bases municipais, alguns trabalhos interessantes, mas havia um enfraquecimento muito grande no papel do Estado, como órgão indutor e coordenador da política Estadual de Saúde.

A partir de 1995, a principal meta do Plano Estadual de Saúde é a melhoria quantitativa e qualitativa dos serviços de saúde, e, a partir daí, todas as estruturas da SES, como os Pólos Regionais, coordenadorias a nível central, as unidades, começaram a correr, tentando resgatar esse processo, pois, historicamente, estavam sucateados.

O principal foco é a organização do sistema de rede de serviços, integrando os três níveis:

1. No nível primário - atenção à saúde, com enfoque na Saúde da Família, com a descentralização das ações de vigilância sanitária e epidemiológica.
2. No nível secundário - a organização dos serviços de referência ambulatorial e hospitalar de média complexidade, nas 15 regiões. Os serviços de referência secundários vão-se organizando na região, não dá para organizar um laboratório, um centro de reabilitação em cada município. Então se desenha as regiões e aí se discute qual é o melhor projeto e onde vão ser implantados os serviços de referência e outros serviços: ultra-sonografia, patologia clínica, raios X, enfim, é isso que se precisa entender do ponto de vista da organização regional e construir o sistema de referência na comunidade.

Existem municípios pequenos que não têm condições de ter serviços de referência. Então,

é preciso estabelecer parcerias e estruturar a oferta dos serviços de alta complexidade ambulatorial e hospitalar em municípios estratégicos, ou seja, com maior densidade populacional e com maior capacidade técnica operacional.

3. No nível terciário, a organização dos sistemas de referência de alta complexidade, como transplante, terapia renal, oncologia, serviços de quimioterapia, cirurgias cardíacas, medicamentos de alto custo, próteses, tem que estar concentrado nos municípios que têm suporte tecnológico e capacidade de gestão desses serviços. É por isso que se fala naqueles municípios maiores que devem assumir a gestão plena do sistema para poderem assumir a gestão total do sistema público de saúde.

Esses municípios estratégicos são: Cuiabá, Várzea Grande que se constituem em uma macrorregião, Cáceres (município de Cáceres), Barra do Garças, que vem configurando-se como município estratégico, pela localização, pela tecnologia, Rondonópolis, Tangará da Serra e Sinop. Alguns deles não agregam ainda o serviço de alta complexidade, mas está projetado para ele como município estratégico, para que eles possam incorporar e implementar esses serviços no SUS.

Do ponto de vista da estruturação do serviço de referência, temos, ainda, como estímulo e apoio, as práticas assistenciais humanizadas no serviço de saúde. A humanização parece que é uma coisa muito abstrata, muito distante, mas não é, com se viu as experiências, por exemplo, recentemente no Hospital de Vila Rica, que ganhou o prêmio Amigo da Criança. É um hospital pequeno, que está conseguindo mudar a prática da assistência, a partir da mudança de atitudes.

A humanização passa também pelas condições do meio ambiente, pelas condições de trabalho dos profissionais, para que ele também se sinta motivado para poder fazer e acontecer essa prática; então, valorização do profissional e as condições de trabalho são fundamentais.

As principais estratégias de gestão já foram abordadas e tiveram várias propostas de traba-

lho, onde se vem estruturando os sistemas regionais, como a CIB regional, o fortalecimento do controle social e várias outras estratégias que a Secretaria vem adotando, no sentido de apoiar essas mudanças. A principal é a elaboração do Plano Estadual de Saúde, que todos receberam e deve ser o guia de trabalho para essa organização.

É importante também enfatizar que uma das metas da SES é a garantia de referência para gestantes de alto risco e de nível terciário na capital, com disponibilidade de casa de gestante, o funcionamento do hospital do câncer como referência Estadual, a implantação de dois bancos de leite humanos em Cuiabá, para atender todas as referências, principalmente os recém-nascidos com baixo peso. O que também gostaríamos de reafirmar é a necessidade de se trabalhar a carência de leitos. Os leitos públicos estão na clínica médica e na UTI, porque são pacientes que a maioria dos hospitais contratados não quer; então essa é a dificuldade mais concreta que se tem, a dificuldade da população ao acesso às informações. Por isso, é importante trabalhar muito a questão da informação com a população.

A deficiência de recursos humanos, em algumas áreas, necessita de capacitação, voltada à integração do sistema. Não dá mais para continuar fazendo cursos fragmentados, tem que se pensar em um sistema integralizado. Existe também ausência de projetos específicos de organização dos serviços em cada região; isso vai ter que ser construído entre os gestores com a Secretaria Estadual de Saúde. Há ausência de instrumentos de controle e acompanhamento da população, em relação aos serviços e à necessidade de melhorar a regulação do setor público com o setor complementar.

A deficiência do Controle Social na gestão municipal e a deficiência do modelo de gestão e de gerência dos serviços públicos, são um dos grandes nós, no sentido de melhorar a questão da qualidade de gerenciamento das unidades. Mesmo aquelas que já ganharam alto nível de organização apresentam dificuldades e isso requer uma profissionalização.

O desafio desta Conferência é elaborar os projetos de organização dos serviços de cada município/região, com prioridade para a realidade local. Potencializar a regionalização, integrar os níveis de atenção primária, secundária e terciária; constituir uma rede integrada de serviços que dê conta dos serviços de referência e contra referência; capacitar permanentemente os gestores, conselheiros e gerentes, técnicos da saúde, voltados para esse novo modelo; desenvolver programas de humanização nos serviços; repensar o papel dos consórcios como um espaço de gerência e apoio à organização do sistema municipal e regional; implantar protocolos de conduta técnica e humanização em todos os serviços de saúde; desenvolver e implantar sistema de informação ao usuário, com orientação sobre a rede de serviço, para funcionar junto às centrais de regulação; implantar sistema de controle de qualidade dos serviços; qualificar a gestão do serviço de saúde; implantar ouvidorias em regionais; qualificação das gerências dos serviços públicos; estabelecer nova modalidade de contratos e convênio com setor contratado e conveniado, de forma que o setor contratado seja regulado pelo setor público. Esse é um trabalho que tem continuidade, está em processo de construção, já avançou muito, mas que ainda tem que continuar.

Expositor: Amaury Ângelo Gonzaga

Coordenador Técnico/SES - MT

O expositor realizou a sua explanação a partir da socialização de dados de uma pesquisa, que avalia o desempenho das Equipes de Saúde da Família do Estado- ESF -, pautando a discussão nos seus avanços e dificuldades e as possibilidades de crescimento.

Qual a média de tempo em que sua família é visitada? Das famílias entrevistadas, 33% responderam que a visita é de 15 em 15 dias.

Você teria alguma sugestão para melhorar o trabalho da Equipe de Saúde da Família - ESF?

Das pessoas entrevistadas, 71% (setenta e um) afirmam que tem-se identificado com o trabalho de ESF.

O grande problema está relacionado aos medicamentos básicos, que as equipes não estão tendo em disponibilidade, ou seja, a falta de medicamentos significa falta de resolutividade, praticamente não tem remédio para dar. 25% dos problemas identificados estão relacionados com os exames a que as pessoas ainda não têm acesso. Tem dificuldades para exames, uns estão pedindo pediatra. Mas se uma equipe é bem treinada, os médicos, bem treinados para dar conta dos principais problemas da infância, isso até é muito baixo. Uma outra questão também apontada na pesquisa é a relacionada à ambulância: 1% precisa de ambulância, isso tem uma relação que chama a atenção, ali no meio dessas equipes tinha zona rural.

Isso significa que são pessoas que têm mais dificuldades de acesso aos serviços centrais. Então tem que fazer essa observação, apesar de não se discutir o que era zona rural e o que era zona urbana, aí tem interferências, principalmente da zona rural.

As equipes avaliadas são outro aspecto importante. 52% dessas equipes que foram avaliadas receberam capacitação: ou curso introdutório de Saúde da Família ou curso básico de Saúde da Família e 48% não tinham tido nem um tipo de capacitação, mas, mesmo assim, os resultados da avaliação foram excelentes, principalmente a avaliação da população relacionada ao acesso.

As perspectivas e os desafios frente a esse processo estão claros. Mesmo não tendo todo o conhecimento, ou seja, toda capacitação necessária de que uma equipe precisa para poder garantir assistência, os resultados tiveram uma ótima avaliação. Estando claras as diretrizes que se deve seguir, é radicalizar o processo de implantação das equipes de Saúde da Família no Estado.

Isso não depende somente da Secretaria Estadual de Saúde, depende muito mais dos municípios.

A Secretaria Estadual de Saúde tem a função de assessorar os municípios na implantação do Programa de Saúde da Família. Esse é o papel

da sociedade, principalmente na cobrança desse processo, e depende também da motivação dos prefeitos e secretários.

Outro aspecto que está mostrado na própria pesquisa é a garantia da oferta de medicamentos básicos. Para isso, já foi informado pelo Secretário Estadual de Saúde, em disponibilizar os recursos para a garantia de alguns medicamentos básicos, principalmente de hipertensão arterial e diabetes, como também alguns medicamentos para a saúde da mulher e da criança.

Outra estratégia da SES é a garantia da oferta de serviços de referência locais e regionais para demanda da Equipe de Saúde da Família. Não adianta ter implantado a Equipe de Saúde da Família, se não tiver para onde mandar uma gestante que precisa fazer parto, cesárea, ou mesmo um paciente hipertenso que precisa ser tratado. Então, tem que garantir essa referência, como já foi levantado.

Esse processo de organização também está sendo pensado nas microrregiões, nos municípios de referência. É imprescindível, tem que garantir essa referência, para poder oferecer a cobertura para essas equipes que estão trabalhando na ponta.

Outra questão também importante é a garantia de capacitação das Equipes de Saúde da Família; é o projeto que já vem sendo constituído pela Escola de Saúde Pública. Temos, hoje, 146 equipes, das quais, 45% receberam o curso introdutório; isso quer dizer que ainda falta uma grande parte da equipe para ser capacitada. Os conteúdos do curso introdutório para a Equipe de Saúde da Família estão relacionados com os conteúdos básicos, como, por exemplo, o que a equipe faz, como é que fazem para identificação do território que ocupam, como é que cadastram as famílias, como é que identificam os problemas. É a própria equipe que se programa para atender esses problemas que são identificados.

Além da capacitação, tem a formação através de curso de especialização em Saúde da Família, residência em Saúde da Família.

Controle Social: Mito ou Realidade?

Coordenador: Euze Márcio de Souza Carvalho

Coordenador de Vigilância Sanitária e Epidemiológica / SES - MT

O coordenador cumprimentou as pessoas participantes e os membros da mesa, destacou a importância de contar com a presença do Coordenador do Conselho Nacional de Saúde, a satisfação de contar com tão ilustre pessoa na IV Conferência Estadual.

Expositor: Nelson Rodrigues dos Santos

Coordenador do Conselho Nacional de Saúde

Dr. Nelson manifestou a sua profunda satisfação por estar presente na Conferência de Saúde de Mato Grosso, valorizou o esforço e dedicação das pessoas que lidam com essa área no Estado e concretizam, no dia-a-dia, o SUS.

O SUS é uma ruptura; tratando-se de ruptura, a mulher vai rompendo o preconceito, vai conquistando o seu espaço na área social do nosso país, chamada política social e que ainda se deve romper muito, porque rompeu pouco até agora frente a uma política econômica excludente.

A política social do nosso país é incluyente, haja vista o SUS, que traz, na essência, mais responsabilidade, mais seriedade, mais profissionalismo e mais legalidade.

A Constituição Brasileira de 88 só pôde ser uma Constituição cidadã porque, naquela época, a sociedade vivia uma ditadura de 20 anos. A sociedade entrou numa verdadeira convulsão democrática, a sociedade se mobilizou, se organizou e exigiu uma Assembléia Nacional Constituinte.

A Assembléia Nacional Constituinte não surgiu do nada; foi um trabalho durante o período de 1987 a 1988, ela surgiu numa pressão da mobilização da sociedade por seus direitos de cidadania, que estavam negados há 20 anos de

Palestrante Nelson Rodrigues dos Santos e Dr. Euze M. S. Carvalho, coordenador da VISA - SES/MT



ditadura e a Constituição de 88 foi programada, recebeu o nome de Constituição cidadã, porque envolveu os setores sociais, previdência, saneamento, educação, pleno emprego, lazer e saúde. A saúde, por vários motivos que não cabe aqui citar nem tenho competência para detalhar o porquê, mas saúde foi a mais contemplada naquela grande mobilização.

Na década de 80, houve direitos que mais mobilizaram a opinião pública com competência e conseguiram emplacar na Constituição; a saúde teve uma sessão inteira para ser discutida e, a partir daí, surge, na Lei Orgânica de 1990, o SUS. No final da década de 90, quando houve uma inversão ou quase uma inversão, porque, na década de 80, com grande mobilização democrática, surgiram o SUS e a Constituição cidadã, a cidadania por qualidade de vida, por direitos humanos e todos os tipos que incluem saúde, e naquela Constituição constava o balizamento, ou seja, os parâmetros por onde se devia organizar.

O novo Estado, o Estado também cidadão, um Estado incluyente, infelizmente não foi isso que aconteceu na década de 90. O Estado, através de uma política econômica, se articulou, cumpriu novamente as políticas sociais, e o SUS é a grande resistência da década de 90. Mexeram em várias ramagens do SUS, conseguiram desacelerar a sua implantação, mas não mexeram no tronco básico da árvore do SUS, as vigas mestras do SUS, que estão crescendo. Esta Conferência mostra até onde se está chegando; então, é a capacitação e, realmente, Mato Grosso é o Estado pioneiro nessa prática, sem diminuir o papel de 8 ou 9 Estados que já se deram muito bem com a capacitação.

O que é essa capacitação? Essa capacitação é um exercício democrático, nada mais do que um exercício democrático, extremamente conseqüente, é o interesse da população em se ter informações, conhecimentos, sem os quais a população não tem a ferramenta para exigir seus direitos. Essas informações e conhecimentos é que oferecem à população as lideranças e representações democráticas da sociedade organizada; o que nós temos de direito está sendo sonegado para nós. Então o exercício de capacitação

é um exercício democrático de apropriação de democratização das informações e conhecimentos.

Da década de 90, a experiência acumulada do Controle Social através dos Conselhos de Saúde, essa década ainda está muito pouco para produzir as primeiras coisas bem escritas, bem sistematizadas, inclusive, ainda, é muito pouco o número de anos para que se tenha gente de todo um universo de conhecimento da sociedade, esse novo conhecimento, o que é o Conselho de Saúde; o conhecimento da sociedade, por experiência acumulada, aí vai-se transmitindo para os outros; a maior parte disso está no nosso coração, na nossa cabeça, na nossa boca, falando. Ainda não deu salto de qualidade para ser cristalizado e consolidado o conhecimento da sociedade, jamais a sociedade vai abdicar esse novo conhecimento.

Em assim sendo, a respeito dos Conselhos de Saúde que colarei aqui, nós estamos em uma Conferência, não estamos em uma reunião de Conselho, mas a experiência do Conselho é muito parecida com a Conferência, porque os dois são paritários, metade são representações de entidades de usuários, outra metade são segmentos que nós já sabemos, são os profissionais de saúde, os prestadores de serviço, são públicos ou privados e os governos. A única diferença é que as Conferências acontecem a cada 4 anos. É um espaço muito bom para se fazer um balanço do que avançou, consolidou, avançou sem consolidar, não avançou, até recuou, esse balanço é o papel da Conferência, está escrito na lei, cabe à Conferência fazer avaliação da situação da saúde, está escrito assim na avaliação da saúde. Então precisa-se mesmo de mais ou menos uns 4 anos, que corresponde a uma gestão dos governos para se fazer esta avaliação. É fazendo esta avaliação e indicando os grandes rumos, esta é uma tarefa, uma festa democrática, festa no bom sentido, fazem o balanço da situação os vários segmentos da sociedade, sempre de maneira diferente esta avaliação, e a conferência tem que terminar em grandes rumos, grandes diretrizes.

E o Conselho, com a mesma composição paritária do pluralismo de vários segmentos da

sociedade, vai mês-a-mês e está dentro da gestão, e vai acompanhando, participando e controlando socialmente a gestão mês-a-mês e vai formando estratégias políticas. O Conselho não é mais fazer uma simples avaliação num espaço de tempo, para ver o que aconteceu de bom ou de ruim, o Conselho está no meio do fogo mês-a-mês, participando no processo de gestão, que é democracia participativa. Isso, o SUS emplacou em 1990, as várias formas da chamada democracia participativa. No SUS, são os Conselhos que participam mensalmente da gestão. É o Conselho de um lado e a gestão do outro, como era até então, o Conselho não é governo e não é só sociedade, governo são os dois. Então aqui está o primeiro ensinamento, da lei, mas, na prática, foi muito melhor. Foram muito exuberantes nisso os Conselhos, houve um avanço tão grande que, dentro deles, tem tudo, tem todos os segmentos da sociedade e do governo. O Conselho é expressão que chamamos hoje de pluralismo.

Então, o controle social pelos Conselhos e pela lei, eles pertencem ao poder executivo. Os Conselhos Municipais estão nas estruturas das Secretarias Municipais de Saúde, os Conselhos Estaduais fazem parte legal das estruturas do poder executivo da Secretaria Estadual de Saúde e o Conselho Nacional, da estrutura do Ministério da Saúde. Então, o Conselho, ele também é governo sem ter medo de ser governo, porque ele é governo, mas é governo popular, democrático, dos interesses da população, e, por isso, a maioria dos Conselhos são segmentos da sociedade. O governo não representa a maioria dentro do Conselho; então, esse ponto de partida do Conselho é muito importante porque a sociedade foi tão machucada entre décadas e décadas de exclusão, de governos antidemocráticos, de falta de atenção aos direitos da sociedade, que se criou uma sociedade de um lado, governo do outro, como se o bem estivesse com a sociedade, o mal, com o governo, quando, na verdade, o governo é eleito pela sociedade, só que, além de ser eleito a cada 4 anos, ele tem que ser controlado, tem que ter além da democracia representativa, que a cada 4 anos depois toda sociedade vai cruzar os bra-

ços, durante 4 anos esperando os novos 4 anos para ela controlar o que eleger; aí é tarde, aí o leite está derramado. Então a democracia participativa, ela vem completar a democracia representativa da sociedade que, no caso, são os Conselhos de Saúde.

Esse primeiro ensinamento, comprovado na prática, está dando certo, tem muito erro ainda, mas hoje temos mais de 3 mil Conselhos Municipais de Saúde se reunindo mensalmente; no papel, tem quase 5 mil Conselhos Municipais de Saúde, mas, efetivados, tem 3 mil Conselhos Municipais de Saúde se reunindo mensalmente. Os 1.500 que não estão regulares estarão daqui a um tempo. Desses 3 mil também que estão se reunindo e funcionando, quase todos eles já estiveram, a uns quatro anos atrás, se reunindo irregularmente, precariamente, sem funcionar.

O controle social é resistir diante dos Conselhos de Saúde, os Conselhos não podem ter a ilusão, usando lá um termo político, vanguardista de que o controle nasceu com eles, que só eles fazem controle social. O controle social efetivo, permanente e histórico, é a sociedade organizada e mobilizada. As entidades já existiam antes dos Conselhos e continuam existindo depois.

Outra coisa também importante é o que a prática vem ensinando e que precisa ter consciência novamente, é a questão da capacitação. Todos os conselheiros, os três níveis de governo, precisam estar muito bem informados e não abrir mão do que é modelo assistencial antes do SUS e o que é modelo assistencial depois do SUS, porque o Conselho tem que ter um objetivo, tem que controlar. O controle social tem que controlar o quê, e tem uma infinidade de coisas a serem controladas, tem milhões de atos médicos, laboratórios hospitalares para serem controlados, vamos controlar um a um, quais são as diretrizes, quais são as lógicas, os modelos por onde se organizam, todas as instituições a favor ou contra a população, os entendimentos das maneiras, dos modelos com que se vai organizar laboratórios para laboratórios, hospital para hospital, leito hospitalar para leito hospitalar, ambulatório para ambulatório,

centro de saúde, e agora o programa saúde da família, quer dizer, são milhares de questões.

Os conselheiros, com o tempo, têm que adquirir uma visão clara de quais são os grandes eixos por onde essas coisas todas têm que ser organizadas, e esses grandes eixos eram contra a população até há pouco tempo e grande parte ainda continuam, contra a população. Na medida em que o modelo assistencial antes do SUS ainda predomina em muitos lugares, em muitos aspectos, e têm ainda outros grandes eixos que é o modelo assistencial do SUS. Lembrando rapidamente, o modelo anterior tinha 4 grandes clientes: o dinheiro público da saúde, o dinheiro Municipal, o Estadual e o Federal; somados hoje, é por volta de 33 bilhões; não é pouca coisa, 33 bilhões é muita coisa. Então 33 bilhões, que é o de hoje, é um dinheiro que desperta um desejo muito grande de se entrar nele. Então há 4 clientes para esse dinheiro. Modelo assistencial é olhar a ordem em que estes clientes estão, a ordem em que esse dinheiro favorece esse clientes. No modelo assistencial anterior, o primeiro cliente que abocanhava mais eram as indústrias, multinacionais e nacionais de medicamentos e equipamentos, era grande a mordida nisso aí; o segundo lugar eram os chamados prestadores de serviços privados e até alguns prestadores públicos se interessavam mais em receber esse dinheiro do que em ter um resultado da prestação de serviço para a população e, em terceiro lugar, os profissionais de saúde que têm que ter os seus salários, têm que ter uma remuneração digna da sua condição de trabalho; em quarto lugar, a população usuária. No modelo assistencial anterior, a população é que menos desfilava, é que menos pressionava nos gabinetes de quem executava o orçamento.

O novo modelo assistencial do SUS inverte tudo. O primeiro cliente é a população, segundo, honrosamente, os profissionais de saúde, terceiro, os prestadores e, por último, os fabricantes; isso é uma coisa muito simples que está sendo colocada e que tem muitas questões a serem discutidas no modelo assistencial.

E o modelo assistencial do SUS implica na atenção básica fortíssima, que começa pelo PSF, por-

que essa atenção básica fortíssima resolve pelo menos 85% dos problemas de saúde da população, já na atenção básica de saúde; isso não é filosofia, isso é coisa concreta. Os países que têm bom sistema de saúde são até desenvolvidos: Inglaterra, Suécia, Norte da Itália, Canadá entre tantos outros. Eles compõem 85% da atenção básica no modelo assistencial anterior. Não se interessam pela atenção básica, porque, dentro da atenção básica não tem aquela multidão de equipamentos sofisticados e caros, aqueles medicamentos sofisticados; é caro porque, sem atenção básica, a doença se agrava e na hora que o sistema vai atender já está no meio do processo da chamada média complexidade ou da alta complexidade; é o que se chama no mercado de circulação de mercadorias, circulam medicamentos caros, circula uma parte da categoria de nível profissional superior que troca de carro a cada ano, circulam equipamentos importados, caros, e circulam, dentro de tudo isso, 30, 40% de gastos desnecessários, quer dizer, é comprovado, medicina nuclear, esses exames sofisticados todos e até os atendimentos sofisticados, os chamados patologia clínica, urina, fezes, hemograma, as estimativas são por volta de 30%, feitos sem necessidade técnica de se fazer, porque tem que circular mercadoria. A finalidade não é a população, a finalidade é quem está prestando o serviço e de quem está vendendo os equipamentos então, o objetivo do controle social dos Conselhos de Saúde é conhecer as diretrizes do modelo assistencial atual.

Os quatro pontos do Conselho de Saúde que se aplicam nas Conferências são: o que acontece dentro do Conselho, o que representam e o que fazem dentro do conselho; como se relacionam com as quatro outras instâncias da sociedade do Estado, como é que se relaciona com as entidades e as instituições que mandaram os conselheiros para dentro do Conselho, porque as entidades põem conselheiros dentro dos Conselhos, como põem os delegados dentro da Conferência e dentro do Conselho, discutem um monte de coisas, é o coletivo que está formando, discutindo e deliberando, esse monte de coisas que relação que têm com as próprias entidades que mandaram os conselheiros.

Então, primeira relação externa do Conselho é com as entidades, a segunda, com a gestão propriamente dita, a terceira relação é com o poder legislativo; essa é uma relação espetacular e importante, e a última relação é Conselho com Conselho, quais são os intercâmbios. Então, muito rapidamente, dentro do Conselho, nós temos que observar que as entidades, colocando os conselheiros dentro do Conselho, há uma entidade e essa entidade tem um compromisso e deve concordar com a lei, a lei do SUS. Qualquer conselheiro, seja de uma entidade de empresários, profissionais, governo ou usuários, ao pisar dentro do Conselho, existe o compromisso com o SUS. Não interessa dentro do Conselho a origem do conselheiro, da classe social, setor privado, de prestador, entidade. O pacto com os segmentos da sociedade, no caso do Conselho de Saúde, foi feito desde 1990, já vem para dentro do Conselho compactuado, não se discute dentro do Conselho se é contra ou a favor do SUS. Esta discussão não tem que estar pautada, quem for contra o SUS, contra a lei, tem que discutir com a entidade e retroagir em relação à entidade; se a entidade lá fora se posiciona contra o SUS, ela não vai poder mandar gente para o Conselho. Esse pacto dentro do Conselho é fundamental ser conhecido. Por que é importante considerar isso? Porque, nos Conselhos de Saúde, ele não deve trazer para dentro dele as contradições, como também não têm que ser trazidas para dentro do Conselho brigas partidárias. O Conselho é um pouco de luta da implantação do SUS. Os conflitos que têm dentro do Conselho têm que ser negociados, articulados.

Os quatro segmentos básicos do Conselho são: usuários, profissionais, prestador, governo. Não pode haver um pacto inteiro de três deles isolarem, ou dois isolarem os outros, porque, na realidade, na sociedade, sem qualquer um desses segmentos, não existe o SUS, não se isola um segmento inteiro dentro de um Conselho. A força do pluralismo é a maior força; quando o Conselho tira um consenso ali, não foi o segmento que ganhou, não foi o partido, a sociedade ganhou e quanto a esses conselhei-

ros, eles continuam bem articulados com a sua entidade lá fora, continuam mobilizados. Isso dá uma força tremenda, isso explica uma recente vitória, quase não imaginada. O Conselho Nacional de Saúde e outras entidades da sociedade se mobilizaram na questão da PEC, emenda constitucional que foi votada agora, Emenda 29. A maioria do senado não ia declarar-se a favor da PEC, tinha declarado o voto contra a PEC. Uma mobilização muito grande das entidades e do Conselho Nacional, o Conselho não se mobilizou como Conselho, os conselheiros tiveram a sabedoria lá no seu Conselho. 32 pessoas não é força nenhuma; agora, 32 entidades que se mobilizaram é muita força, teve até senadores dos partidos mais conservadores, foi uma coisa assim que eu, na minha idade, na minha experiência, não esperava ver. Vários senadores chegaram para comissões e entidades e falaram assim: "Vocês querem me matar, vocês querem me deixar louco, um dia é força sindical que vem, outro dia confederação nacional da indústria, outro dia são as entidades portadoras de deficiência, outro dia a CUT que vem, e agora é a sociedade inteira". A maioria era contra a emenda constitucional para financiamento da saúde. Eles viraram, sentindo o peso da sociedade.

O Conselho Nacional de Saúde mobilizou as entidades em nível Estadual. Com tudo isso, furo-se a política econômica do Brasil. Vê se existe uma emenda constitucional para previdência social, para pleno emprego, para educação, para o lazer, para o saneamento; tudo hoje não está com defesa como está o SUS.

Com o gestor, também foi uma trajetória muito interessante o que aconteceu. O gestor, os Conselhos inicialmente não estavam entendendo, mas não acreditavam, no fundo, que eles eram poder executivo, Conselho de Saúde é poder executivo, está no organograma, na lei, integra a gestão. Só que o Conselho integra a gestão, não para executar os atos rotineiros de gestão, para fazer aquilo que está na lei, para atuar na formulação de estratégia e no controle da execução das políticas. Ele é o lado controlador da gestão, ele integra a gestão, tanto que o governo está dentro do Conselho, então o gover-

no, ao integrar a gestão, ele vai amadurecendo com o tempo e os gestores vão amadurecendo também. Porque, nos primeiros anos, o gestor estranhava o Conselho, ele não quer ser controlado, a cultura do gestor não quer ser controlado mensalmente pela sociedade organizada e pelas instituições públicas, a cultura do gestor, mesmo que seja um gestor conseqüente, filosoficamente a favor da população, profissionalmente engajado com a população, como gestor, ele tem uma cultura política que o incomoda ao ser controlada. E os gestores começaram a reagir muito no começo e os Conselhos, no começo, devolveram com a mesma moeda. Os Conselhos rotulavam os gestores de cara, de partida, que eles eram suspeitos. Quem executa o orçamento público, em princípio, é suspeito. Então ficou essa coisa do bem, do mal, e muitos adjetivos ocorreram. Todos nós participamos dos primeiros Conselhos. Para gestor, todo Conselho é pacifista, corporativista. Para conselheiros todo gestor, em princípio, ou era fisiológico, ou clientelista, ou era corrupto. Então ficou essa coisa do bem e do mal, começam a aparecer as primeiras parcerias de Conselho e de gestor; em princípio, ninguém monopoliza o compromisso com a população, tem que confiar e pagar para ver quem vai trair a população, quem não vai trair a população.

O poder legislativo é o que nos está devendo mais. Os Conselhos, todos nós brigamos para os Conselhos não serem criados por decretos, porque a maioria, elas são uma voltagem política de gestor do executivo, muito mais facilmente pressionável para interesse da cúpula da sociedade conservadora e que impediam até através de Conselhos e decretos a representação maior, então houve até uma luta muito grande de alguns anos e deu certo, foi mais uma luta vitoriosa e os Conselhos passaram a ser criados por lei municipal, Estadual e o Conselho Nacional tem uma lei mais de meio século atrás. Mas quando a sociedade organizada interagir com o legislativo para criar um Conselho, aí tem um exercício dos conselheiros, e as entidades, principalmente se as entidades da sociedade me parece que ainda têm que se organizar mais e ser mais combativas e mais competentes poli-

ticamente. O poder legislativo tem uma história. A sociedade brasileira se organiza, se mobiliza e pressiona com competência; sem organizar com conhecimento de causa, as reivindicações causam grandes mobilizações, o poder legislativo é o primeiro que sente, independente de quais sejam os partidos e seu parlamentares, sejam vereadores, deputados Estaduais ou congresso nacional.

A história dos direitos de cidadania na sociedade é uma história que sempre encontra mais sensibilidade; foram feitas as Constituições Estaduais, as leis orgânicas e a década de 80 foi muito rica nas Assembléias Legislativas, nas Câmaras Municipais. A relação do poder legislativo com a sociedade organizada e mobilizada é uma relação historicamente direta e, hoje, nós temos por ora a constituição do poder legislativo, nós temos o Ministério Público, promotores e membros do Ministério Público em todos os Estados, já numa boa parte de municípios, por formação filosófica e profissional. O Ministério Público defende a sociedade do Estado, principalmente a sociedade do Estado excludente, Estado de política econômica excludente.

Expositor: Guiomar Teodoro Borges

Procurador-Geral da Justiça de
Mato Grosso

O expositor destaca a importância do Ministério Público e esclarece sobre os diversos aspectos nos quais pode realizar a sua intervenção na defesa dos direitos sociais e individuais dos cidadãos.

Segundo os artigos 127 e 129 da Constituição Federal, o Ministério Público, além da atuar na área criminal, tem atuação própria, exatamente naquela área dos chamados direitos sociais e individuais indisponíveis. Foi atribuída ao Ministério Público a competência de defender os direitos sociais e individuais indisponíveis, envolvendo também a questão criminal. Então, precisamos saber trazer isso para a realidade de hoje, para o Ministério Público sair da acusação criminal e ficar um pouco fora do aparelho do

Estado. São exatamente as atribuições colocadas para escutar mais a defesa da sociedade, os interesses coletivos, já que, às vezes, o adversário é o próprio Estado, em algumas situações, como na defesa dos interesses sociais.

Então, se o Ministério Público tem a defesa dos interesses sociais, o que é a saúde? A saúde não é uns dos mais importantes direitos sociais, que deve ser assegurado à população? Claro; acho que ninguém responderia o contrário, porque dizer se é que há direito social prometido, cuja implementação é um dever inerente à natureza humana, é exatamente o direito à vida, o direito à saúde, enfim, de todo cidadão. Então essa é a razão pelo qual o Ministério Público tem, de algum modo, contribuído para que haja o controle social em várias áreas do segmento social.

Se o controle social da saúde tem-se mostrado um dos mais eficientes em todos os controles sociais que existem, é por ele ter o poder dos Conselhos Estaduais de Saúde. Esse controle, através desses Conselhos, tem uma certa dinâmica. Exemplificando, o SUS, o Ministério Público vem acompanhando o Conselho Estadual de Saúde, tanto é que foi firmado um convênio com a Secretaria Estadual de Saúde, com o objetivo de implementar cada vez mais esse importante direito social prometido na constituição de 88.

Os promotores de justiça do Estado já estão com um programa de treinamento na área de saúde, e vão procurar todos os Conselhos tutelares, todos os segmentos da sociedade civil organizada, para fazer um treinamento em conjunto, de forma que o Ministério Público possa, através dos promotores juntamente com os Conselhos Tutelares e outros segmentos, ser um braço exatamente na busca da implementação cada dia mais efetiva desse SUS, essa política social prometida em 88.

Por mais que tenha sido organizado nesse período, ainda não se tem uma atuação efetivamente plena, tanto é assim que nós estamos discutindo, hoje, se o controle social de saúde é mito ou realidade, quer dizer, se ele ainda representa mito, estamos a cada dia mais transformando em uma efetiva realidade e que, para

isso, o Ministério Público, através dos promotores de justiça de todos os Estados, estão à disposição dos Conselhos.

O Ministério Público é uma instituição que, na democracia, foi eleita com funções de ajudar a implantação democrática, que participa de todas as instâncias dos segmentos do Estado, do segmento produtivo e não produtivo.

O Ministério Público vem trabalhando esse controle social, juntamente com os Conselhos, e buscando estimular os prefeitos para melhorar a legislação dos Conselhos Tutelares, nas questões dos orçamentos públicos.

O sistema de informação de orçamento na saúde, todos os municípios e Estados terão um sistema, e o do Estado de Mato Grosso será a partir de janeiro, quando haverá um site para controlar os orçamentos públicos. No trabalho de montagem dos orçamentos, o que às vezes acontece é que os prefeitos e o próprio Governador pega, distribui os números para saúde e, para isso, precisa-se discutir o embrião, exatamente da execução do que é importante para a sociedade. Hoje, a lei de responsabilidade fiscal traz alguns parâmetros muito interessantes, ou seja, ela busca exatamente democratizar a elaboração dos orçamentos. É preciso traçar metas, qual é a meta: é reduzir a mortalidade infantil, é reduzir isso e aquilo. Então, traçada a meta, verificamos quais os mecanismos prós e a partir daí, é repassado para os prefeitos, que dependem para qualquer razão da visão do Secretário de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde. É essa a medida de montagem dos orçamentos públicos, é discutir as prioridades, definir as metas, porque o Conselho tem essa função política de orientar exatamente o executivo, o legislativo nessa área.

Neste sentido é que os promotores do Estado estão sendo orientados para que, juntos, possam fazer com que o controle social compreenda uma sociedade plural, democrática, de idéias e ações, e que o Ministério Público, o promotor do Estado não tenham constrangimentos com as funções dos promotores públicos nas áreas de articulação, inclusive na área de saúde. Todos os segmentos da saúde devem

buscar, no Ministério Público, o canal de comunicação.

Não se constrói democracia, não se respeita dignidade humana se não tiver consciência, se não tiver ampla discussão, se não somarmos esforços em todos os setores. O mundo, hoje, é um mundo em construção, uma sociedade democrata, elegemos nossos governantes; a democracia participativa exige efetivamente organização da sociedade. É uma efetiva participação de todos os segmentos, com vista a implementar as políticas sociais prometidas; só assim nós transformaremos esse país, uma democracia formal naquela democracia social, para que amanhã não possamos perguntar se controle social é mito ou realidade.

Expositor: Lourenço Fernandes de Almeida

Vice-Presidente do Conselho
Estadual de Saúde -MT

Após cumprimentar as pessoas presentes, o expositor desenvolve a sua intervenção, dando ênfase à participação social na construção do SUS e na efetivação do controle social.

A participação social é uma conquista que vem de um processo de luta, de organização, de mobilização, de articulação política. Se os usuários, trabalhadores da saúde, entenderem dessa forma, vamos ouvir a participação como uma oferta ao Estado, e na prática, a sociedade acaba tendo a participação como uma oferta para o Estado.

A sociedade tem que ter a iniciativa de participação para ampliar as conquistas, assim como o governo, o trabalhador e os usuários tomarem consciência de que a participação social é uma estratégia de política oculta, para definir a política de saúde. Ao definir determinada ação ou determinado projeto, a participação da sociedade é importante, sobretudo, no sentido de melhorar e avaliar os resultados de uma política que se aplica, ou mesmo para legitimar uma ação.

As conferências são realizadas a cada quatro anos, para valorizar a participação da socie-

dade; para melhorar os indicadores de saúde, para melhorar a satisfação do usuário, enfim, para propor ações inerentes aos anseios da sociedade, não vamos esperar leis, esperar regimento, esperar para definir informações.

O Programa de Saúde da Família do bairro Novo Paraíso é um exemplo de participação muito interessante, onde o MOPS (Movimento Popular de Saúde) já esteve participando desse trabalho.

Os Conselhos de Saúde e as Conferências não são e não podem ser reduzidos como únicos canais para a efetivação do controle social. É muito mais amplo que isso, é mobilização, é organização, é transparência, é denúncia. Denúncia também é controle social, quer dizer, tudo isso é controle social.

Em relação aos Conselhos de Saúde, na expectativa do controle social no Estado, há muitos avanços, é pouco tempo para se mensurar esses avanços, mas teve muitos avanços, a própria Conferência, a capacitação de conselheiros, as ouvidorias que estão sendo criadas, são avanços que temos que considerar, até para se animar e continuar esse processo.

Citaremos alguns pontos considerados mais críticos, a fim de possibilitar a reflexão para subsidiar as discussões:

Primeiro ponto: é sobre a criação dos Conselhos, embora tenham sido criados com a participação da sociedade, com a formulação das leis, se se verificar na prática, em todo município, em todos os Estados, os Conselhos foram criados tão-somente por força da lei, não tinham a consciência nem da comunidade, nem da sociedade como um todo, do gestor da importância dele, mas foi criado porque tinha que ter, foi simplesmente uma criação burocrática, em relação à participação da sociedade é muito concedida. Quer dizer, concessão de participação, e, na maioria das vezes, os Conselhos foram criados sem uma discussão com a comunidade. Hoje, passa pelo mecanismo de rediscussão dessa prática, quem participa, quem não participa, então está se vivendo o momento de superação desses problemas.

Uma outra questão é cultura política, tanto da nossa sociedade, que vinha de um longo perío-

do de ditadura militar. Parte ausente desses processos de participação, nós vivemos dessa cultura. Por outro lado, a cultura política dos gestores, embora tenha mudado, conseguimos essa conquista na lei. Na prática, grande parte dos gestores, principalmente os dirigentes públicos, são dirigentes formados sem nenhuma prática de participação, sem nenhuma prática de trazer a comunidade para participar, acostumados a decidir sozinho, acostumados a resolver as coisas sem nenhuma participação da sociedade.

Então não é uma lei que vai mudar isso. Isso só se muda com o tempo, muda-se com processo, muda-se com história, que vamos conseguir, inclusive, renovar o quadro de dirigentes políticos. E a renovação do quadro de dirigentes públicos também que vai ajudar a melhorar esse controle social, a transparência, a participação nesse processo. Também acreditamos que estamos vivenciando a renovação do quadro de dirigentes políticos, necessariamente, de partidos políticos, para um quadro de pessoas mais comprometidas com a questão da participação.

Um outro ponto que dificulta a vida do Conselho é a falta de acesso à informação; a informação é condição básica e, muitas vezes, os conselheiros têm dificuldade de acesso às informações necessárias para o desempenho do seu papel, principalmente às informações financeiras.

Outra dificuldade é a falta de autonomia dos conselheiros e das entidades que compõem o Conselho. O segmento dos usuários é representado por 50% e mais a participação dos trabalhadores; constituem a maioria e, muitas vezes, essa maioria não tem autonomia para decidir com o seu grupo, não expõe suas idéias.

Temos averiguado por aí, quantos conselheiros dizem assim: “eu não posso, eu trabalho na prefeitura, sou contrato temporário, tenho um ano, como que vou discutir questões contrárias”. Nos municípios menores, é muito mais difícil, mas é a realidade.

Essa não-autonomia tem que ser superada, para que os conselheiros possam ser mais respeitados. Existem municípios em que o pessoal até sai do Conselho. O importante também é o compro-

misso da instituição que indica os seus representantes ou, muitas vezes, as instituições não trazem para si a responsabilidade de estar discutindo, reunindo e até cobrando do conselheiro as posições e as articulações da representação.

Já nas cidades maiores, o que acontece com o Conselho é o seguinte: o conselheiro acaba contentando-se com as reivindicações locais. Muitos conselheiros usam do Conselho para negociar os interesses locais e não os coletivos. A representatividade tem que ir além, muito além disso, tem que consolidar um todo. Na maioria das vezes, faltam pequenas coisas que dificultam o avanço do Conselho, o funcionamento do Conselho, por exemplo, no município, muitas vezes, não se dá referência do Conselho, não existe uma sala para o Conselho, não existe um armário do Conselho, não tem o mínimo de estrutura e apoio técnico. Esse apoio técnico mínimo precisa-se conquistar, tanto nos Conselhos Municipais como no Conselho Estadual, precisa ser ampliado, para manter o funcionamento, para ter uma referência, para chegar alguém e procurar esse Conselho, para comunicar e estabelecer comunicação com a sociedade.

A falta de apoio jurídico, principalmente no relacionado ao não cumprimento, por parte dos gestores, das deliberações do Conselho, quanto ao orçamento não aprovado no Conselho, plano municipal que não foi deliberado pelo Conselho, o Conselho não está reunindo mensalmente nem bimestralmente, ele não está se reunindo, mas é aí que devem existir outros mecanismos que não só os mecanismos políticos, os mecanismos legais, é aí que entra o Ministério Público, que, embora esteja tendo avanço, ainda tem muitas dificuldades no trato dessas questões, inclusive, o conhecimento na área de saúde.

Outro aspecto, é a falta de acesso às informações. Os conselheiros pedem informações sobre determinado assunto e lhe é negada, não tendo instrumentos concretos e eficazes ficando, às vezes, restritos à pressão política; então vamos ter somente o movimento social e pronto; através do movimento social se pressiona para que aconteça, mas não é assim, o Conselho é uma instituição e deve ter as suas garantias institucionais.

Olhando o trabalho das plenárias de conselheiros, têm apontado os aspectos das discussões que se abordarão na 11ª Conferência; temos que procurar melhorar. As questões relacionadas com a comunicação, Conselho, sociedade, também precisam ser melhoradas.

Precisa-se melhorar a questão Conselho/sociedade, o povo deve saber o que é o Conselho, o papel do Conselho, saber que ele existe, para que ele existe, se ele é importante mesmo; precisamos também apontar algumas coisas nesse sentido. Mais uma dificuldade aí vivida por todos nós também é a clareza sobre o papel do Conselho; ele é muito complexo, ele tem que ser entendido também como um espaço de negociação política; não é um espaço só do governo, só do gestor, só ele manda, ele faz o que quer, ele define, mas também os usuários também têm que entender que não é um movimento, o Conselho de Saúde não é o MOPS. O Conselho é um espaço de negociação, deve-se ter posições diferentes, tem que ser um espaço capaz de negociar essas posições, negociar no sentido de negociar claramente, abertamente, de chegar e fechar propostas; isso seria um avanço do Conselho se conseguir trabalhar dessa forma.

O Conselho é um espaço de luta social. Então lute, denuncie, e muita gente fica só nisso, o que também não é suficiente. O Conselho é fiscalizador. Um dos papéis atribuídos ao Conselho, inclusive na própria lei, ele é fiscalizador das ações da saúde, inclusive nos aspectos econômico-financeiros, nos parece que é também, no mínimo polêmico, tem que ser discutido com mais profundidade.

O fato de a presidência do Conselho ser atribuída ao Secretário de Saúde, ora, se uns dos aspectos do Conselho é o de fiscalizador, então, como que o próprio Secretário de Saúde, o próprio gestor vai ser presidente de uma instituição, de um órgão que vai fiscalizar ele mesmo? Então é contraditório, esse fato tem que ser discutido, tem que ser resolvido, tem muitos municípios que já resolveram isso. O presidente do Conselho é eleito democraticamente, pode até ser o Secretário de Saúde, mas eleito; a eleição deve ser submetida ao colegiado, porque

tem muitos municípios que trocam o secretário, entra outro secretário, daqui a seis meses já trocou novamente o secretário e, cada dia, um presidente do Conselho.

Se se considerar que controle social não se limita ao Conselho de Saúde e à Conferência, estamos de fato em construção.

Controle Social é uma realidade; estamos avançando e precisamos fazer com que esse controle social chegue a todos os cantos do país. No momento, ele é realidade de algumas regiões, de alguns municípios, mas, em muitas regiões e municípios, ainda não é uma realidade, muitos Conselhos não estão funcionando, muitos Conselhos estão funcionando mas também estão funcionando inteiramente burocráticos: chegar à reunião com ata pronta, só para o conselheiro assinar, tem conselheiro que leva ata para ser assinada em casa, simplesmente para cumprir uma formalidade burocrática e exigência do Ministério da Saúde, para legitimar o projeto, para legitimar uma ação.

O que vai avaliar o grau do controle social no município e no Estado é o nível de organização, de mobilização da sociedade, de participação, da ampliação da cidadania. Quanto mais o município e o Estado tiverem maior nível de organização social, maior nível de mobilização, maior nível de educação e consciência, melhor se perceberá que, ali, o controle social está acontecendo de maneira mais efetiva, haja vista as Conferências Municipais, onde a sociedade se organizou e as Conferências foram bem mobilizadas e participativas. É necessário que, nesta Conferência, apontem caminhos que possam superar algumas dificuldades, com relação aos Conselhos de Saúde e o controle social no país.

Expositora: Edna Marlene da Cunha

Ouvidora do Conselho Estadual de Saúde

A expositora desenvolve a sua contribuição a partir da análise dos desafios que as Ouvidorias Gerais dos Conselhos de Saúde enfrentam para a implementação das suas

ações em todos os Estados, bem como da necessidade de fortalecê-las para otimizar a participação social e o controle social.

É um desafio muito difícil quando se consegue alcançar a missão e os objetivos da ouvidoria, sobretudo, o de participar da defesa dos direitos dos usuários do SUS, através do fortalecimento, da criação dos Conselhos Municipais de Saúde, assessorias, implantação e implementação da ouvidoria nos municípios.

Um das ações prioritárias nesta área de atuação é promover intercâmbio de experiências com outras ouvidorias.

A ouvidoria vem trabalhando com todas as denúncias formalmente encaminhadas, através de parceria com os órgãos da SES, com outras secretarias e municípios, de onde originarem as denúncias.

Os Conselhos Municipais, os Conselhos de Classe e o Ministério Público, após a avaliação conclusiva de uma denúncia, remetem-na ao pleno do Conselho Estadual, para a deliberação.

Nesse momento, tem-se trabalhado com a resolução Nº 01/96, que normatiza as ações da Ouvidoria. É neste passo que a ouvidoria tem muitas dificuldades para começar o trabalho, porque, na implantação da ouvidoria em 1995, tentou-se buscar referencial bibliográfico sobre o assunto.

Em nível nacional não existe Ouvidoria, tem várias Ouvidorias em outros Estados, mas, normalmente, são Ouvidorias dos gestores de saúde, e não Ouvidorias com experiências de Conselho. Este trabalho se normatizou através dessa resolução, quando se buscou a ampliação das ações através de parcerias. Nos primeiros anos de criação, a estratégia de parceria não teve muito sucesso, porque tentou articular-se com o órgão competente e teve muitas dificuldades de resposta, inclusive havia até uma certa preocupação, no sentido de achar que a Ouvidoria era um órgão punitivo. Mas com o passar dos anos, foi se mostrando que é um trabalho de harmonia, com objetivo de organizar os municípios com problemas.

Durante esse ano houve denúncias de toda ordem. De 1995 a 1997, houve inúmeras denúncias relacionadas à omissão de socorro médico à falta do atendimento básico, à falta de atendimento nas especialidades médicas, a hospitais, a estabelecimentos assistenciais de saúde sem condições de funcionar, ou funcionando precariamente, sem licença sanitária. Dessa questão de desumanização do atendimento, eram inúmeras as denúncias, quase não se podia trabalhar todas essas questões. Com a participação e o entendimento desses órgãos com que se estabeleceu parcerias, hoje se tem conseguido alcançar bons resultados.

Já teve caso de ressarcir paciente por conta de cobrança por fora, mas, hoje, esse obstáculo já está superado. Hoje, a maior satisfação é poder dizer aos usuários que já existe, em nível nacional, um grande trabalho, com o objetivo de discutir e obter um diagnóstico oficial das Ouvidorias do Brasil. É um avanço muito grande.

A Ouvidoria sempre trabalhou sem normatização, tudo no SUS é normatizado, tem legislação que o ampara. Já a Ouvidoria foi implantada de uma forma precária, porque não tinha esses instrumentos.

Queremos crer que, na 11ª Conferência Nacional, que as questões relacionadas com as Ouvidorias deverão ser discutidas, principalmente no processo de articulação com o Ministério Público, porque a força é muito grande, quando se consegue estabelecer essa parceria.

Outro instrumento de mecanismo do controle social é a atuação da Ouvidoria no nível de Conselho, de Conferências, de Ministério Público, de Comissão de Seguridade Social, de Procon, de Conselhos de Classe e da Imprensa.

Neste trabalho, não se tem um estreitamento com a imprensa, apenas com os demais órgãos de interesse da saúde.

Embora se saiba que ainda exista muitas necessidades que requerem ações e que dependem também da responsabilidade dos municípios, do Conselho Estadual de Saúde, especialmente da Ouvidoria, é que se coloca à disposição, para garantir essa participação.

O Orçamento, Recursos Humanos e o Controle Social

Coordenador: Fausto de Souza Faria

Secretário de Estado de Administração

O coordenador, inicialmente, agradece o convite para coordenar uma mesa com um tema tão importante para condução do SUS em Mato Grosso, cumprimenta os participantes, especialmente os componentes da Mesa. Enfoca que o setor da saúde é o que mais sofre com as conseqüências e contradições de uma sociedade desigual, destacando que orçamento, recursos humanos com controle social são um fator primordial para o exercício redistributivo de bens e serviços de saúde, na medida que se dá resposta às necessidades da população, desde a atenção básica até a alta complexidade, com qualidade e humanização.

Expositor: Marcelo Gouvêa Teixeira

Diretor do Departamento de Projetos de Investimento do Ministério da Saúde

Antes de mais nada gostaria de agradecer o convite. Essa determinação, essa definição constitucional gerou, no início dos anos 90, uma crise, em função da queda de arrecadação das contribuições de um lado e, do outro, o fim do repasse da contribuição sobre folha de pagamento para as ações de saúde. Ao longo dos primeiros anos, de 91 a 94, tivemos um acirramento da ausência de recursos no setor da saúde. Isso foi parcialmente resolvido, na ocasião, pelo COFINS, pela contribuição sobre o lucro líquido e também pelos recursos dos fundos sociais de emergência e, depois, pelo fundo de estabilização fiscal. Essa série dá um pouco da dimensão dessa crise, que se está pagando,

uma série de 87 a 96; temos o gasto federal em dólar e gasto apertado. E se nós olharmos bem, vamos ver que, nesses primeiros anos da década de 90, temos o financiamento da saúde tão bem regulamentado nessa lei.

Expositor: Augusto Frederico Müller Júnior

Assessor Especial da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso

Ao longo da sua dissertação, o expositor discorre sobre a importância de se instalar o SIOPS na SES - MT, com a finalidade de acompanhar e avaliar a execução dos orçamentos da saúde em nível municipal, estadual e federal.

Na Secretaria Estadual de Saúde em Mato Grosso, temos especial interesse e prioridade na implementação, num ritmo bem acelerado, do SIOPS, que é o Sistema de Informação sobre o Orçamento Público da Saúde. Tivemos a oportunidade de representar a Secretaria Estadual de Saúde, em meados de 1998, participando de uma reunião, no Ministério Público Federal, em Brasília, convocados pelo Ministério Público Federal e pelo Ministério da Saúde.

Naquela oportunidade, tomamos conhecimento que, a partir do inquérito civil público, dirigido pelo Ministério Público Federal, havia-se verificado a pouca disponibilidade, a inexistência de uma metodologia, que alinhasse as informações no que diz respeito ao orçamento da saúde. Não se conseguia lograr bons resultados no que diz respeito à fiscalização e ao controle pelos três níveis de governo: Municipal, Estadual e Federal.

Nessa questão básica é que cada governante do seu município, ou do seu Estado e do País, está destinando os recursos para saúde e isso,

no momento de grave quadro, conforme podemos ver nas palavras do Marcelo, que colocou o Brasil numa situação de investimento em saúde numa faixa de 40 dólares, 44 dólares *per capita*, quando países mais pobres, com mais dificuldades, não preciso ir à Europa, para falar do exemplo da França, dos Estados Unidos ou Canadá, quando falamos aqui do Paraguai, do Uruguai, têm uma *per capita* muito superior à do Chile, muito superior até a da Bolívia e tem uma *per capita* utilizada no Brasil.

O Ministério Público Federal, nesse inquérito civil público, sentiu todas as dificuldades pela inexistência de uma metodologia que pudesse colocar transparência, com toda lucidez, naquilo que se gasta na saúde. Nesse sistema SIOPS, em 1998, tomamos conhecimento e ficamos muito animados pela propositura, incorporando a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão.

O Ministério da Saúde, que, hoje, é quem conduz a implantação do SIOPS no Departamento de Investimento, e que é coordenado pelo Dr. Marcelo, e com o apoio técnico do DATASUS, naquela oportunidade, em 1998, a estratégia definida era a seguinte: vamos começar a implantar o sistema pelas grandes cidades, as capitais, e, daí, posteriormente, num segundo momento, passaremos a trabalhar com menores municípios que têm dificuldades inerentes a uma estrutura adequada, que têm a dificuldade de recursos humanos, para poder acompanhar toda essa sistemática. Tomou-se essa iniciativa e a coisa caminhou bem. Inclusive, hoje, são 2.200 municípios em todo o Brasil, que estão, de alguma maneira, informando ao SIOPS.

É o SIOPS que permitiu e foi a base de dados na discussão da Emenda Constitucional, agora, Emenda Constitucional 29. Era um projeto da Emenda Constitucional 86, que se transformou na Emenda Constitucional 29.

Foi o SIOPS que deu toda estrutura técnica de conhecimento e informações, que permitiu uma série de decisões na Emenda 29. O SIOPS é um sistema que prevê um acompanhamento e uma avaliação das receitas de todos os municípios, das receitas próprias, das receitas de transferência dos municípios, das receitas

próprias do Estado, das transferências da União para os Estados e, a partir do conhecimento da receita, também o acompanhamento da despesa. É, na realidade, um grande instrumento para que não precise colocar aqui, na IV Conferência Estadual de Saúde, um tema com uma mesa chamada Controle Social, mito ou realidade. Na prática, essa questão é sempre presente, porque, quando se vai lá no município, a questão do controle social no município é um mito mesmo.

Na maior parte dos casos, é um verdadeiro mito, quer dizer, importante, que vai crescendo. A Secretaria Estadual de Saúde demonstrou aqui o caráter prioritário, que enfatizou, na questão do controle social, a capacitação de conselheiros; mas a distância do município é muito grande, a todo momento está se mudando conselheiros, hoje, com novos conselheiros, não tem acesso permanente, não tem educação continuada em relação a como funciona o sistema municipal e ele se vê prejudicado no pleno exercício da sua atribuição, do seu dever enquanto conselheiro municipal, porque ele não sabe, não conhece, ele é uma pessoa, muitas vezes, representante do usuário, ele não conhece o sistema, as leis que amparam o sistema, ele não conhece, não sabe como assessorar, e o SIOPS é uma ferramenta importantíssima, é uma estratégia para isso.

Em razão disso, é que a Secretaria Estadual de Saúde está se colocando em nível de prioridade absoluta. Queremos, a partir do ano de 2001, ter 100% dos municípios integrados ao SIOPS, e estamos aproveitando a oportunidade desta Conferência Estadual de Saúde, para que cada um tome conhecimento, saiba que esse nome SIOPS, Sistema de Informação sobre o Orçamento Público da Saúde, é um instrumento que vai ter que estar nos municípios do Estado de Mato Grosso, vai ter que estar nos Conselhos Municipais de Saúde de cada município, vai ter que estar nas Secretarias Municipais de Saúde, com acompanhamento sistemático da receita, das despesas do município.

Essa é a intenção e a importância da nossa presença aqui na mesa. Na semana passada, a Comissão Intergestora Bipartite de Mato Gros-

so aprovou a Resolução número 031, que estabelece, no seu artigo 1º, a obrigatoriedade, a partir do exercício financeiro orçamentário do ano 2001, a utilização do SIOPS, como forma de apresentação do relatório de gestão; no artigo 2º, só terão efetivado repasse de recursos os municípios que estiverem vinculados ao SIOPS; essa resolução entrou em vigor na data da sua assinatura.

Essa é uma sinalização, é uma definição da Comissão Intergestora Bipartite, e estaremos trabalhando prioritariamente, nesse ano de 2001, no sentido de materializar esse objetivo; essa meta é trazer todos os municípios de Mato Grosso integrados ao sistema SIOPS. Logicamente que, para isso, vamos ter que demarcar um amplo processo de capacitação de recursos humanos nos municípios, nos Conselhos Municipais de Saúde, vamos ter que fazer investimento no sentido de lotar cada Conselho Municipal de Saúde com um *kit* de informática, acessando a internet, para que permita o acompanhamento, a qualquer momento e a qualquer hora, da transparência daquilo que está destinado ao setor saúde do seu município.

E, para isso, na última reunião acontecida no mês de julho do corrente ano, em Brasília, definiu-se, como estratégia do SIOPS, essa reunião novamente convocada pela Diretoria de Investimento do Ministério, pelo Dr. Marcelo, pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, ligados ao Ministério Público Federal de Brasília, Ministério da Saúde, enfim, estivemos reunidos e a estratégia foi de se formar em Mato Grosso, nos Estados, no Brasil, os Núcleos Estaduais de Apoio ao SIOPS. Esses Núcleos Estaduais já têm uma perspectiva de informações e, imediatamente, estaremos com uma proposição desses núcleos, tendo, na sua formação, representantes do Ministério Público Federal, da Secretaria de Fazenda do Estado, da Secretaria de Planejamento do Estado, da Associação dos Municípios em Mato Grosso e representantes do CONASEMS também das Secretarias Municipais.

A partir da formação desse núcleo de apoio, serão definidas as estratégias que deverão levar

à Secretaria Estadual de Saúde os cronogramas, os recursos necessários, a provisão, a previsão de capacitação e treinamento de pessoal, por todas as regiões do Estado de Mato Grosso e por todos os municípios do Estado, para capacitar os conselheiros para terem essa possibilidade do conhecimento, da formação, em sistema pela internet, sistema on-line a qualquer momento.

O SIOPS não é somente um papel, não tem somente uma caracterização de sistema fiscalizador e de controle; é uma ferramenta fundamental para planejamento e para gestão, também para atividades da saúde ligadas a cada município. É a informação que queríamos dar na seqüência da apresentação do Dr. Marcelo, é essa posição enfática da Secretaria Estadual, no sentido de disponibilizar aos conselheiros e a qualquer cidadão brasileiro, que tenha possibilidade de acesso via internet, às informações referentes àquilo que está sendo realizado pela saúde em seu município, informa como o prefeito municipal e os vereadores estão pressionando as políticas de saúde nos níveis municipal e Estadual.

Temos uma expectativa bastante otimista, muito favorável. Queremos compartilhar com um sentimento de profunda satisfação que jamais as políticas de saúde, em nível do Estado de Mato Grosso, avançaram patamares que as distinguem de políticas inexistentes em períodos anteriores. O futuro é muito promissor, a conquista da Emenda Constitucional número 29 foi um marco extraordinário, representativo na luta de todos trabalhadores que vêm lutando pela implantação, pela solidificação do SUS neste país.

E a Emenda Constitucional 29 representa para Mato Grosso um orçamento em torno de 43 milhões de reais e vai ser somente com recursos da Emenda, um recurso no valor de 109 milhões de reais. Em cima desse orçamento é que o Secretário coloca as prioridades da Secretaria Estadual de Saúde, fortalecendo os programas das ações preventivas, o programa de Saúde da Família, enfim, tudo aquilo que podemos sinteticamente observar no que foi discutido nes-

ta Conferência. A nossa expectativa é extraordinariamente otimista, não só pelo aumento dos recursos em relação à saúde, mas a nossa previsão também pelos níveis de desenvolvimento econômico que o Estado de Mato Grosso está experimentando e vai experimentar nos próximos 5,10 anos. Na verdade, essa emenda hoje duplicou, um crescimento das receitas na arrecadação do Estado, num prazo de 5 anos; vamos duplicar aquilo que já foi duplicado a partir do ano de 2001, com toda certeza, porque com uma taxa de crescimento em nível de 6 e 7%, com 5 anos, dobramos a arrecadação no Estado. Então, a nossa expectativa é altamente favorável, temos que reforçar o outro aspecto, que é o da fiscalização e do controle social sobre a aplicação desses recursos, a discussão democrática a respeito da eleição nas prioridades na saúde.

Esta Conferência representa um momento único para que essas prioridades sejam discutidas e definidas. Queremos dizer que, em nível de Mato Grosso, é importante que essa Conferência proponha, e saia daqui a formação desse núcleo de gestão de apoio ao SIOPS, porque é este sistema que vai ser a ferramenta fundamental do nosso controle social em toda esfera, em todo território do Estado de Mato Grosso.

O presidente do Tribunal de Contas do Estado já manifestou interesse, até porque o Tribunal de Contas do Estado vem aparelhar-se, para prestar o acompanhamento na fiscalização das contas e verificar o efetivo comprimento que a Emenda Constitucional nº 29 está determinando.

Muito obrigado.

Expositora: Elisete Duarte

Diretora da Escola de Saúde Pública
Dr. Agrícola Paes de Barros

A expositora iniciou a sua fala, destacando que são as pessoas que fazem o SUS acontecer; elas são as que definem e decidem, inclusive, sobre todos os outros recursos disponíveis que envolvem o SUS. É com essa concepção que a Secretaria Estadual de Saúde continuou trabalhando da III para a IV Conferência, considerando a

centralidade dos recursos humanos no processo de consolidação do SUS, no Estado.

São as pessoas que vão transformar o sistema num instrumento de fato de promoção de saúde e de condições de vida da população mato-grossense.

O que a Secretaria tem feito em relação à política de recursos humanos, para valorização e capacitação dos agentes centrais do SUS? A Secretaria passou, recentemente, por uma reforma administrativa, que deu um novo *status* na área de recursos humanos e criou a Coordenadoria do Centro de Gestão de Formação e Desenvolvimento dos Recursos Humanos para o SUS.

Essa reestruturação permitiu uma melhor integração de todos os setores que trabalhavam com a questão específica de recursos humanos, tanto na área de formação como na área de capacitação, como diretamente relacionado às questões de gestão de recursos humanos.

A formação e a integração na Secretaria Estadual de Saúde de novos servidores tem sido garantida através dos concursos públicos. Essa foi a via de acesso para cerca de 834 servidores, através das nomeações ocorridas no concurso público realizado em 1994, que teve nomeações, algumas até em 1997. Outro concurso foi realizado em 1999, com planejamento diferenciado do anterior, em que as instruções foram municipalizadas, as inscrições foram realizadas no local de cada candidato, com as provas regionalizadas e teve envolvimento de mais de 12 mil pessoas inscritas. As nomeações dos candidatos habilitados se deram a partir desse ano, já foram empossados mais de 550 servidores em 86 municípios do Estado.

Acompanhando os processos priorizados dentro da Política Estadual de Saúde, foi lançado recentemente o edital do concurso público para provimento de cargos necessários ao funcionamento dos hospitais regionais de Rondonópolis e Cáceres. Esses dois hospitais, já foi colocado, são hospitais de referência regional e vão significar seguramente um maior apoio à resolutividade nessas duas regiões, para o Consórcio que está em funcionamento nesses locais.

O quadro de pessoal da Secretaria também foi reformulado e ampliado, tendo sido objeto de anteprojeto de lei, foi aprovado pela Assembléia Legislativa e ampliou o nosso lotacionograma, de 3.319 cargos para mais de 4 mil. Isso nos deu uma folga, porque trabalhávamos sempre no limite.

Para se ter uma idéia, o quadro de pessoal total da Secretaria Estadual de Saúde está, em termos quantitativos, aquém do da própria Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá. E essa ampliação do número de vagas nos permitiu inclusive, a abertura do último concurso público, uma folga um pouco significativa. O desafio agora é estar trabalhando, na área de recursos humanos, com atividades específicas e com a implantação do subsídio para os trabalhadores da área de saúde.

A implantação do subsídio significa abandonar a composição da remuneração do servidor, como sendo a soma do seu vencimento e mais vantagem e gratificação, enfim, o subsídio fixa em parcela única a remuneração do profissional da saúde. O trabalho dessa comissão tem sido exaustivo. Hoje, tivemos uma reunião, de manhã, com cerca de 100 servidores da saúde e legitimamente se pediu informações sobre esse processo. O trabalho da comissão tem sido de elaborar uma proposta que seja a mais adequada possível e que leve em conta instituir mais do que uma tabela remuneratória diferenciada. Visa a instituir a carreira dos trabalhadores da saúde, por perspectiva de promoção profissional e por projeção, para avaliação de desempenho, que hoje é constitucional para todos os servidores. Regular as necessidades da contratação temporária no setor saúde, propor um sistema de desenvolvimento dos profissionais de saúde, através de um programa de qualificação cuja responsabilidade está nas mãos da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso e do programa de avaliação de desempenho.

Estruturar também o sistema de remuneração, com tabelas justas para os cargos, compatíveis com o orçamento previsto pela Secretaria Estadual de Saúde para 2001, com recursos estimados nos próximos anos, definir os critérios de enquadramento dos atuais servidores. Vale ressaltar que o Estado de Mato Grosso é o primeiro que implanta o subsídio na área

da saúde, aliás, o Estado de Mato Grosso saiu na frente para implantação do subsídio antes de vários outros Estados. Isso traz um complicador, não temos hoje na área da saúde nenhuma implantação de subsídio que possa melhorar. Mas, de qualquer forma, esse processo está sendo construído e vai ser colocado para consulta popular.

Na área de desenvolvimento de recursos humanos, a nossa preocupação nesse ano, em especial nesses últimos dois anos, de 99 para 2000, foi a melhoria, a adequação e a integração no processo de capacitação de recursos humanos. A experiência que se desenvolveu pela Escola de Saúde Pública, juntamente com o Pólo de Capacitação Permanente de Saúde da Família, foi a experiência que deu melhor resultado, por estar discutindo essa melhoria da qualidade nos processos de capacitação.

Nas Equipes de Saúde da Família, estão sendo oferecidos cursos a partir do momento em que elas são implantadas no município e, ao longo do tempo, os cursos vão se complementando, buscando apresentar e discutir princípios da saúde da família e apropriar ferramentas adequadas ao trabalho com famílias. Essa é uma construção que a Universidade tem acompanhado de perto e tem também a oportunidade de estar construindo e aprendendo.

Alguns cursos de especialização foram desenvolvidos da III para a IV Conferência, onde colocamos na Universidade, quase em processo simultâneo, em parceria especial com o Instituto de Saúde coletiva, 2000 alunos em processo de formação, para especialização. Isso deu um diferencial na capacitação de trabalhadores da área da saúde envolvendo servidores municipais, estaduais e federais.

Também está em andamento o curso de especialização sobre a forma de residência multiprofissional, para a área da saúde, em parceria com o Ministério da Saúde e com a Universidade Federal de Mato Grosso.

A inauguração da Escola de Saúde Pública, ocorrida em abril de 2000, foi um importante marco para os sanitaristas, para os trabalhadores da área de saúde pública deste Estado.

Regionalização: Acesso e Responsabilidade dos Gestores

Coordenador: Júlio Strubing Müller Neto

Secretário de Estado de Saúde
de Mato Grosso

O Coordenador inicia o trabalho fazendo referência ao número de participantes na IV Conferência Estadual, que superou a expectativa. Cumprimentando os participantes e os conferencistas, comenta que a escolha deles não poderia ter sido mais acertada, devido ao empenho de ordem pessoal e profissional dos conferencistas para as questões voltadas para os princípios organizativos e descentralização da rede de serviços, na perspectiva da efetivação do SUS, através de ações e serviços de qualidade, humanizado, acessível a todos e com participação social, a fim de reforçar a democratização do setor saúde.

Expositor: Cláudio Duarte

Secretário de Políticas de Saúde do
Ministério da Saúde

Bem, eu queria cumprimentar vocês todos, companheiros e companheiras, desejar um bom dia a todos, cumprimentar o Dr. Júlio, Secretário de Estado de Saúde, Dr. Dejair, Dr. Beltrame. Eu queria inicialmente agradecer muito o convite; eu me sinto muito honrado e motivado em poder compartilhar com vocês a discussão da preparação da Conferência Nacional de Saúde no Conselho Nacional de Saúde. Esteve aqui a Dr^a Rita, que é coordenadora da Conferência Nacional de Saúde, a 11^a. Ela deve ter falado para vocês, deve ter contextualizado o debate do tema central da 11^a Conferência Nacional de Saúde. Eu não queria repetir, mas só passar para vocês rapidamente, inicialmente como introdu-

ção, o que motivou a Conferência Nacional de Saúde a precisar o tema central da 11^a Conferência Nacional de Saúde em torno do controle social, relacionando com acesso a qualidade e a humanização do atendimento. Em primeiro lugar, porque essa Conferência tem um papel importante. Na minha avaliação pessoal ela está cumprindo, poderá cumprir o mesmo papel, um papel semelhante ao que cumpriu a 8^a Conferência Nacional de Saúde, que demarcou historicamente a luta pela saúde pública no Brasil, nos marcos políticos, jurídicos, éticos, da reforma do setor saúde em nosso país. Porque essa 11^a Conferência Nacional de Saúde terá atribuição, terá o papel, vocês terão, todos nós teremos o papel de produzir um balanço desses 10 anos de construção do SUS, porque, vocês sabem, neste ano, nós comemoramos 10 anos da lei orgânica da saúde. A lei 8080 e a 8142, as duas leis que são um marco importante, que são a referência internacional, não só na América Latina, dizem respeito à dor, norte da direcionalidade para reforma necessária do nosso sistema nacional de saúde. Então, essa tarefa da Conferência Nacional de Saúde terá um desafio para todos nós: produzir um balanço, analisar os avanços, analisar dificuldades, principalmente demarcar, definir uma nova agenda, uma agenda que seja continuidade de construção e consolidação do SUS, desde seus princípios da universalidade de controle social, da integridade, do direito do cidadão às ações intersetoriais, não só as ações curativas, mas as ações de promoção, de prevenção das doenças e de agravos à saúde, então eu acho que não é à toa que eu vejo aqui e me sinto muito satisfeito de ver o grau de mobilização que vocês estão tendo. Já estive na Conferência de Tocantins e senti também a energia, a força que tem hoje todo setor de saúde, sejam os gestores, os conse-

lheiros, as mulheres, os homens, os portadores de patologia, os que militam em defesa da prevenção da AIDS e das doenças sexualmente transmissíveis, os trabalhadores da saúde, os trabalhadores do programa da saúde, os agentes comunitários de saúde, as enfermeiras e os médicos e auxiliares. Então, eu queria, como introdução, ressaltar esse desafio que todos nós temos e estava comentando com Júlio, ontem, que o clima que nós sentimos nessas Conferências e no próprio Conselho Nacional de Saúde é um clima de um sucesso total, porque nós estamos em processo de consolidação dessa reforma, mas um clima extremamente positivo dos avanços que todos nós construímos nesses 10 anos e que se reflete num conjunto de indicadores de saúde, que reflete um conjunto de mudanças na situação de saúde do nosso povo. Eu acho que isso é um aspecto de que a gente precisa, isso não tira a necessidade da polêmica do debate, da divergência, mas principalmente, a necessidade da construção e consolidação desse movimento, que é de todos nós.

Eu acho que, nos últimos anos, nós conseguimos consolidar o movimento de descentralização e municipalização das ações de serviços de saúde; isso é uma questão que é importante a gente analisar. Eu queria deixar registrado aqui que o Ministério da Saúde faz um balanço extremamente positivo do processo da descentralização, isso tem permitido concretamente, de outra forma não seria possível, num modelo centralizado que nós tínhamos na época, como o modelo do INAMPS. Essa descentralização permitiu concretamente a construção de indicadores que avançaram no acesso da população aos serviços e ações de saúde. Vocês devem ter visto, há uma semana atrás, a publicação, por parte do IBGE, de uma pesquisa que foi patrocinada pelo Ministério da Saúde, a pesquisa médica sanitária no Brasil, ou seja, o IBGE fez um censo dos serviços de saúde em todo o país, públicos e privados, ambulatoriais e hospitalares. Essa pesquisa registrou que, em primeiro lugar, o setor público aumentou o grau de construção de profissionais de saúde, com destaque para médicos, em cerca de mais de 30%, equiparado ao setor privado.

Em um segundo aspecto, houve um aumento importante, nesses últimos anos, das unidades ambulatoriais, das unidades de saúde de caráter ambulatorial, primordialmente no setor público. Isso é devido ao processo de municipalização, devido ao processo de definição de financiamento regular para atenção básica, que tem permitido aos municípios ampliar as unidades de saúde e as equipes de saúde.

Em terceiro, houve a redução dos leitos na iniciativa privada. Isso é reflexão, não de uma crise, mas de um processo de adaptação do modelo de assistência hospitalar.

Então, nós tivemos com essa pesquisa esses três resultados. Isso, obviamente, não significa qualidade, não significa humanização do atendimento, mas significa um dado importante, que é a descentralização, e a municipalização tem permitido expansão do setor saúde da área pública, porque está certamente resolvendo na melhor capacidade do sistema em atender as necessidades de saúde.

O balanço, então, em relação à descentralização, eu acho que é positivo, por esses dados de oferta de serviço, mas é positivo também em relação aos indicadores de saúde da nossa população. O Brasil tem se destacado, isso se deve ao trabalho coordenado do Ministério da Saúde, do Estado e dos Municípios, com forte participação dos profissionais de saúde e da população, da sociedade civil, tem se destacado na redução da mortalidade infantil. Nós reduzimos a mortalidade infantil de maneira importante. Em 1940, a nossa taxa de mortalidade infantil era de 149 óbitos para cada 1.000 crianças que nasciam vivas; na década de 80, 85, essa taxa é 63 óbitos para cada 1.000 que nasciam vivas. No ano de 99, essa taxa é de 34%. Obviamente, isso é uma média, não representa as diferenças regionais na distribuição e na oferta de ações de saúde no país. Esse é outro problema que nós temos deduções e a desigualdade; nós temos taxa de mortalidade infantil de 12 por 1.000 e temos taxa de mortalidade infantil ainda de 80 por 1.000 em alguns municípios de Alagoas. Então, essa iniquidade deve ser objeto específico nosso no sentido de densificar essa ação.

Outro aspecto importante é o aumento da expectativa de vida. Obviamente que isso não é uma ação decorrente só do setor saúde, isso decorre de melhores condições de vida, mas, em 1970, a nossa expectativa de vida era de 53 anos. Em 1999, era de 68. Isso obviamente é uma média, a gente sabe que a expectativa de vida por corte de faixa etária é diferenciada, porque, se nós formos pegar nos grandes centros urbanos, as causas são violência, estão matando os jovens, os acidentes de trânsito, as crianças etc. Então eu acho que há um balanço também no que diz respeito às condições da saúde; é claro que esse balanço não é de todo positivo, porque o Ministro tem dito muito isso, o setor saúde tem um desafio e tem uma dificuldade muito grande, porque muitas vezes os avanços, os nossos avanços não conseguem compensar as dificuldades que a nação tem em relação à distribuição de renda, em relação às desigualdades regionais, em relação aos direitos dos cidadãos, em relação ao processo de urbanização que se vê na maneira desregular, sem planejamento, em relação à ausência de condições ambientais que possam garantir a relação do homem com o meio ambiente saudável. Então eu acho que essa é uma luta, essa seria certamente uma grande agenda a ser construída no Brasil, porque a agenda da ampliação e melhoria dos serviços de saúde é voltada para doenças, é voltada para resolver e tem que ser voltada para resolver, obviamente porque as pessoas adoecem, se acidentam, é voltada para receber o agravo a doença, o problema de saúde já posto, a gente precisa construir uma agenda de promoção da saúde, porque senão o nosso modelo gastará muito em saúde, mas não conseguirá promover a saúde da nossa população.

Outro aspecto que eu queria enfatizar no balanço dessa descentralização, que tem permitido melhor acesso, é a questão do financiamento. Eu queria deixar para vocês aqui rapidamente, o balanço e o desenho do financiamento que nós conseguimos construir nos últimos anos; não há dúvida de que nós avançamos na recuperação, não ainda nos níveis desejáveis, não nos níveis que a gente precisa ter para o porte

da nossa economia, em relação à recuperação da capacidade de financiamento do setor saúde no Brasil, se deu porque o orçamento do Ministério da Saúde aumentou, se deu porque alguns Estados estão aumentando investimento no setor saúde, se deu de maneira forte também porque os municípios, com a municipalização, aumentaram por necessidade premente, por vontade política. Precisa ser reconhecido que os prefeitos e Secretários municipais aumentaram o aporte de recursos para o setor saúde. Nós tivemos uma grande vitória neste ano. Não foi obviamente aquilo que nós tínhamos como luta histórica a Emenda Constitucional, que vincula os recursos para saúde, mas, sem dúvida, é um avanço considerável, é etapa nova que nós abrimos no setor saúde, no mínimo, por 4 anos, e, após 4 anos, mais 4 anos, nós vamos regulamentar essa questão de maneira definitiva, que foi a Emenda 86, a que agora é Emenda Constitucional 29 da nossa Constituição, que vincula os recursos para saúde e vai dar transparência. Esse é o desejo do Ministério da Saúde, do CONASS e CONASEMS, mudando inclusive e dando mais força aos Conselhos Municipais, Estaduais e ao Nacional através do SIOPS, vai dar mais força ao controle social e aos Conselhos, para acompanhar os gastos no setor saúde.

Em relação ao orçamento do Ministério da Saúde, quer dizer, há um desenho de financiamento, vocês sabem, todos vocês, que nós temos uma linha de financiamento fundo-a-fundo, recursos *per capita* e recursos baseados em ações programadas e estratégicas, que financiam a chamada atenção básica, aquelas ações que são feitas nas comunidades, as ações de prevenção, de consultas básicas e procedimentos básicos. É importante que eu diga que, em dezembro de 97, nós gastávamos com essas ações em vacina, consulta pré-natal, visita domiciliar, um bilhão, quinhentos e setenta e um milhões de reais. Em junho de 2000, nós estamos gastando para essas ações, 2 bilhões, oitocentos e quarenta, só na área de atenção básica, no orçamento do Ministério da Saúde.

Um outro aspecto importante do financiamento, e que a gente possa obter este ano uma vi-

tória importante, é mudar também a forma de financiamento no controle das doenças transmissíveis. Nós fizemos um acordo com os Estados e municípios: o financiamento, antes que era feito através de convênio, passa a ser feito a partir de metas que os Estados e Municípios terão a cumprir no controle de doença. Isso se dá também de maneira automática fundo-a-fundo.

Eu queria concluir achando que eu sou otimista em relação ao que a gente está construindo. Sei dos desafios e das dificuldades que cada cidadão brasileiro muitas vezes tem, para acessar os serviços de saúde e as ações do serviço de saúde de caráter integral, mas isso efetivamente tem mudado nos últimos anos. Não há dúvidas de que esse sistema que a gente está construindo promove mais acesso, qualidade assistencial do que o modelo que a gente tinha na década de 70 e na de 80. Muito obrigado.

Expositor: Alberto Beltrame

Diretor de Serviços de Referência do
Ministério da Saúde

Bom dia a todos. Inicialmente eu gostaria de agradecer ao Dr. Júlio, aos organizadores dessa IV Conferência, pelo convite para a gente poder estar pela primeira vez aqui em Cuiabá, para conversar com todos os senhores.

O tema desta Conferência me parece extremamente atual: Efetivando o SUS. Nós estamos em um processo, o SUS, a construção do SUS é um processo que já tem, inicialmente há 25 anos atrás, mais intensamente há uns 15 anos atrás e que partiu e andou pelas diversas fases dessa construção.

Nós conversamos lá desde discussão teórica conceitual, do que seria o sistema unificado, com as características do que nós temos hoje, a universalidade, a descentralização político-administrativa, equidade, enfim, passamos para uma fase político ideológica também de discussão na academia, a discussão política do sistema que se pretendia implantar. Passamos depois para uma outra fase político-institucional,

em que se alterou profundamente a composição das instituições envolvidas na área da saúde, e mais recentemente, uma fase político-administrativa, que foi a questão da descentralização, da municipalização. Neste momento, nós estamos vivendo talvez uma nova fase na implantação, na construção do SUS, e que nós poderíamos dizer que é a consolidação do SUS, efetivando o SUS. Eu acho que são temas extremamente atuais, extremamente pertinentes de serem discutidos neste momento. Eu gostaria, talvez o que eu tenha preparado seja um tanto teórico para discussão, mas eu acho que essa discussão é essencial para entendimento do que se está colocando neste momento do SUS, e o que realmente importa entender é onde se deve atuar efetivamente, tanto a sociedade organizada nos Conselhos, tanto os gestores municipais, Estaduais e o próprio gestor federal do sistema.

Neste momento, nós estamos em uma avaliação, existem outras evidentemente, numa fase de enfrentamento de alguns desafios técnicos operacionais, que foram postergados nesses 25 anos ou nesses mais recentes 15 anos, em que nós acabamos não discutindo isso, por uma série de problemas, uma série de questões que nos impediu de aprofundar nessas discussões. O importante desse momento é talvez resgatar as principais propostas do SUS, seja a mudança das relações nas unidades de saúde, dos profissionais de saúde, dos usuários, e dos territórios nos quais está inserida, está organizada cada parte desse sistema.

Alguns autores e analistas consideram que as mudanças jurídicas e institucionais e político-administrativas que realizaram no SUS, no caso, a municipalização, seriam suficientes para alterar, para induzir às alterações nas relações de saúde de profissionais e usuário do território do SUS, quer dizer, em determinado momento da discussão, a gente achou que, municipalizando, descentralizando, só isso em si garantiria, por estar mais próximo do usuário, que nós teríamos uma melhora significativa no processo de gestão do sistema. É inegável que a descentralização é extremamente importante nesse processo. O que estou querendo dizer,

isso não é suficiente, tem outros passos que precisam ser dados, já dentro dessa realidade, dentro dessa descentralização que ocorreu, dentro da municipalização, quando os municípios, os usuários tomaram uma papel importante na direção do SUS, a própria IX Conferência em 95, 96, elas tratam dessas questões, mas elas também não conseguem formular e propor um instrumental gestor que dê conta de algumas questões que são importantes nessa área.

Então, além dessa questão da municipalização, estou convencido de que esse desafio que nós temos, técnico-operacional, de consolidação e de efetivação do SUS, ele passa necessariamente por um enfrentamento político, que se adiou por vários anos, e é inevitável que se defina que forças detêm o poder econômico dentro do SUS, e se a gente é capaz, temos que discutir, ver se temos condições de resolver e, aqui, esse sistema responde ao interesse público ou privado. Essa me parece uma questão inadiável que tem que ser discutida, que sistema nós queremos e se ele vai atender ao interesse público ou privado do sistema de saúde no país.

Nós temos aqui modelos de análise dessa questão de público/privado, que é a maneira mais tradicional de só avaliar essa propriedade de serviço. Propriedade de serviço é privado ou de governo, municipal, Estadual ou ainda a proposição de gasto do setor público, de propriedade pública. No setor privado essa análise nos parece um pouco insuficiente, porque nós temos hospitais públicos de propriedade pública que não servem ao interesse público na área da saúde; estão muitas vezes dominados por corporações de profissionais e são privatizados na verdade. Então, nós podemos analisar algum hospital público, se nós estamos investindo pura e simplesmente recursos num hospital público não significa dizer que o nosso sistema está comprometido com interesse público, são duas coisas diferentes. Nos últimos 15 anos, essa questão do financiamento e do poder econômico dentro do SUS, ela se alterou muito significativamente, houve uma descentralização do poder político econômico do nível federal para o nível Estadual e municipal. Entrou nesse mercado uma

multiplicação muito grande de outros compradores de serviço privado, houve, de certa forma, uma pulverização do poder central na compra de serviços e isso levou a um determinado enfraquecimento do comprador público do serviço de saúde. O que nos coloca num desafio é que, se nós pulverizamos, se ele se descentralizou, como nós vamos efetivamente controlar e fazer prevalecer o interesse público na compra e na prestação de serviço de saúde.

Esse modelo de análise teórica é bastante simples, em que o início do sistema de saúde, de um lado, paciente consumidor e, de outro, um prestador de serviço, um provedor de serviço, essa relação se dava diretamente para pagamento, para troca, pagava e recebia de volta serviços ou bens, essa é uma relação extremamente simples e que foi talvez o início do processo, essa relação foi ficando cada vez progressivamente mais complexa.

Dentro dessa relação única entre o vendedor e o comprador, na medida em que aumenta a quantidade de serviço oferecido, cai o preço, quer dizer, tenho mais oferta, eu tenho a possibilidade de comprar um bem, um serviço por menor preço. No caso da área da saúde, há uma tendência a aumento de quantidade de oferta de serviços e, paralelamente, um aumento de preço, quer dizer, até o limite da capacidade de produção do prestador de serviço. Essa é, me parece, a questão mais importante, ele acaba, ele, prestador de serviço ele, provedor, administrando o comprador de serviço.

Em tese, se saúde fosse um mercado como qualquer outro, nem o pessoal teórico econômico mais liberal os neo-liberais, não conseguem ver saúde como um mercado como qualquer outro, mas, em tese, na medida em que se tem uma oferta, uma quantidade de oferta, de serviços, de um determinado preço, em determinado momento, vai haver um equilíbrio disso e vai chegar a um ponto em que o preço, quantidade e oferta vão-se equilibrar. Isso não é verdade na área da saúde, por uma questão muito simples; essa relação não é entre duas pessoas simplesmente, mas a demanda do usuário não é simplesmente regida pela necessidade, existe um intermediário nesse processo, porque o prove-

dor de serviço é o cara que regula o serviço, é o cara que controla a demanda de serviço, e ele a oferece, ele busca cavar demanda de acordo com a sua capacidade de oferta de serviço. Essa característica de provedor e aconselhador de uso de serviço é complicado na área da saúde e precisa ser controlada pelo poder público. O médico ou o hospital, além de vender o serviço, recomenda o serviço e isso que é a questão fundamental no processo de regulação e de controle do poder público.

Agora mais recentemente, desde a implantação do SUS, a gente tem um quadro um pouco diferente no processo, nesse mercado de saúde, tem um novo ator no meio e talvez mais um quadro que seriam já as Secretarias Municipais, Estaduais, mas que tem um intermediário nesse processo que é o governo e, no caso da área privada, são as seguradoras, então ele tem uma intermediação no processo do consumidor e do provedor e o preço acaba não mais limitador da quantidade a ser consumida ou produzida.

A intervenção do Estado, através do planejamento e da regulação, é indispensável para conter tendência e submissão da demanda e oferta. Essa questão é fundamental, que nós consigamos administrar adequadamente a demanda de serviços e controlar adequadamente a oferta.

No sistema em que há multicompradores, como é o SUS, e que tem um comprador federal, um comprador municipal e um comprador Estadual, em que há uma distribuição de responsabilidade gestora entre as três esferas de governo, a concepção de interesse público e privado que a gente está propondo é que o comando público *versus* o privado na locação de recurso, é o que me parece mais importante. Para fazer a locação de recursos, nós temos que ter algumas discussões aqui. A próxima sistemática de alocação de recurso financeiro no SUS permanece fortemente vinculada à lógica da oferta de serviço, porque a gente tem uma tendência natural a calcular série histórica de gastos, tem a tendência de ver a capacidade instalada e a necessidade de receita do prestador. Muitas vezes, a gente acaba fazendo planejamento, em função de que, se eu cortar a minha compra de serviço, eu quebro o hospital, não

consigo viabilizar um determinado serviço. Essa sistemática mantém a concentração de serviços nas áreas mais desenvolvidas em ações que nem sempre são compatíveis com o perfil da necessidade da população. Acho que houve avanços importantes em alguns mecanismos de financiamento de transferência de recursos, e os mecanismos de transferência fundo a fundo, que foram implantados e instituídos pelo Decreto. Enfim, toda norma alterou profundamente o fluxo de dinheiro entre o governo federal e os governos Estaduais e os municipais. Isso não significa dizer que transformaram a lógica da alocação de recursos, porque a lógica de concepção deles foi baseado em séries históricas contaminadas pelo perfil vigente de oferta de compra de serviço, de acordo com a oferta, não de acordo com a necessidade.

As estratégias de regionalização, que é um dos temas dessa Conferência, deverão contemplar uma lógica de planejamento integrado, de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas e cooperativas de unidades assistenciais referidas a territórios limitados e a população indefinida, dotados de mecanismo de comunicação e fluxo de inter-relacionamento que garanta o acesso aos usuários dos serviços.

Essa apresentação, embora muito teórica, é importante para que se entenda esse processo todo em que a gente está envolvido. Aí, se nós não conseguirmos entender o que significa o poder econômico e a gestão do poder econômico na área da saúde, dificilmente a gente vai conseguir a regionalização, dificilmente se vai conseguir constituir uma rede, dificilmente se vai conseguir comprar ou prestar serviços que sejam realmente aqueles serviços de que a população precisa. Muito obrigado.

Expositor: Dejair José Pereira

Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Mato Grosso

Inicialmente, cumprimento todos os presentes, os profissionais de saúde, trabalhadores, usuários, prefeitos que aqui estão, bem como

os colegas da mesa, Dr. Cláudio, Dr. Alberto, o Secretário de Estado de Saúde Dr. Júlio Müller, enfim, todos que assumiram o compromisso com a causa nobre, que é a saúde, os muitos militantes de longa data na saúde. Isso nos anima e fortalece a nossa vontade de continuar avançando. Vemos também que, a cada dia que passa, nós temos rostos novos nessa luta, que assumem com coragem e entusiasmo o processo de consolidação do SUS. Neste Brasil de características continentais, a população lutadora convive com uma série de contradições, de realidades, ainda que existam as regiões e micro-áreas, com suas peculiaridades. Mas, apesar de tudo isso, é um país de enormes potenciais. Estamos num Estado que está dando excelentes contribuições para a construção do SUS, em nível nacional.

O meu depoimento será desde a ótica do gestor, porque os palestrantes anteriores colocaram muito bem o processo que está sendo encaminhado. Gostaria de destacar que a regionalização é um processo de democratização e que permite exatamente aos gestores ter clareza das suas responsabilidades, perceber a importância da troca de experiências e promover a conseqüente otimização do atendimento aos usuários do sistema.

A regionalização permite a mudança na lógica das práticas sanitárias e práticas da saúde, ela permite reunir parceiros do mesmo município para a promoção da saúde, como mencionou Dr. Cláudio. Com o processo de regionalização, ficam mais visíveis essas transformações, reunimos parceiros que antes não estavam conosco, desenvolve-se um trabalho interinstitucional junto às diversas Secretarias. Posso citar, como exemplo, a parceria entre a Secretaria de Educação e a Secretaria Municipal de Saúde de Sorriso, que fez o trabalho com os vigilantes mirins das escolas. Em nível nacional, o CONASEMS identificou que um dos problemas que o gestor enfrenta é a não-compreensão da lógica da descentralização e a lógica do SUS, por parte dos Secretários de Saúde. Mas esse processo está avançando, através das discussões com os Secretários e o compromisso de assumir conjuntamente essa par-

ceria. Os prefeitos, através de suas associações, estão assumindo cada vez mais a lógica da descentralização, melhorando o acesso e a humanização. Gostaria de dizer aos gestores e a todos aqui presentes que humanização e o acesso andam juntos. Muitas pessoas, que antes não tinham acesso a determinado serviço, declaram-se satisfeitas com o atendimento. O diálogo com o profissional, com o Secretário, na prática do dia-a-dia, é que valoriza o cidadão. Mesmo não conseguindo resolver o problema, essas constatações são imprescindíveis para redimensionar a nossa prática. Tal processo permite refletir sobre a qualidade do serviço que estamos prestando. Hoje não se pode trabalhar isolado, sem a participação de atores importantes, tais como o município vizinho, os vereadores, a sociedade civil organizada, na busca de melhorar a qualidade do serviço, a troca de experiências entre os profissionais, trabalhadores da saúde; isto tem desenvolvido a nossa capacidade. A regionalização é um fator importante na troca de experiências, regulação e aplicação dos recursos. Um exemplo bastante avançado da regionalização é a garantia do acesso. Os gestores, através das Comissões Intergestoras Bipartites Regionais, todos os meses, discutem as formas de melhorar o acesso dos usuários.

Queremos qualificar cada vez mais os hospitais, para atender aqueles problemas que realmente precisam ser atendidos; isto na prática tem dado certo. Pressupõe-se que a humanização esteja ocorrendo; isto é uma surpresa bastante agradável.

Tinha-se a falsa idéia de que os recursos públicos para as AIHs deveriam ser aumentados, porque a população precisava de mais e mais internações. O processo de discussão com os gestores, os profissionais e principalmente os usuários, através dos Conselhos Municipais, nas Câmaras de Compensação de AIHs, foi um importante instrumento implantado pela SES/MT, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para racionalizar a utilização das AIHs e promover a implementação das ações básicas, através da implantação dos Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família.

No caso do Estado de Mato Grosso, o avanço que tivemos nesses últimos anos se referencia na superação da lógica anterior, mais de três décadas para fazer isso. Nós procuramos inverter o modelo aqui, exatamente baseados em práticas sanitárias; a nossa prática sanitária era exatamente centrada na doença e dentro, ora dos consultórios, ora das Secretarias, esperando o doente chegar. Hoje, a lógica é de ir ao encontro, a filosofia e o objetivo da equipe de saúde da família traduzem muito bem isso na prática, fazer com que o cidadão seja sujeito da ação e não paciente. Mudando inclusive o nosso conceito de que o cidadão é paciente, hoje não se fala mais no paciente; isso significava dizer que a pessoa tem que ser paciente mesmo, esperar em longas filas, a nossa boa vontade. Falamos de usuário, cliente, esta é a nova forma que encontramos e foi exatamente nesse processo de discussão que nós, os gestores, vimos que a responsabilidade nossa é muito grande para garantir o acesso aos serviços, com qualidade e numa ótica de respeito profundo pelo ser humano que procura o atendimento. Mas, ao mesmo tempo, é uma alternativa de como os gestores colocaram-se numa postura e atitude de abertura, de horizontalidade, de ombro-a-ombro, de trabalho em equipe, na otimização do planejamento e investimento de recursos.

Os recursos ainda são poucos, mas, quando a sua destinação é bem planejada, com a participação do cidadão, se garante realmente equidade e acesso. Sabemos que ainda existem muitas pessoas que não têm acesso aos serviços do SUS; de forma processual, estamos construindo isso. O capital mais importante dentro desse sistema para os gestores é o capital humano, os recursos humanos. Gostaria de registrar que os próprios profissionais se sentem mais valorizados, porque eles têm o reconhecimento da equipe como um todo e têm um reconhecimento que é muito importante, que é o do cidadão que chega e diz: “olha, não está ainda como gostaríamos que estivesse, mas já está muito bom”, porque a relação humana permite que nos aproximemos e sejamos humanos, permite também um outro processo importante, a

parceria com o sistema formador. Temos, no âmbito da regionalização, uma parceria bastante saudável, tanto com o gestor Estadual como com os prefeitos e também com as universidades, para a implantação dos internatos rurais dos cursos de medicina e enfermagem. Antes, eram feitos na capital e os futuros profissionais tinham uma visão negativa do interior. A descentralização do internato permitiu a esses futuros profissionais uma aproximação mais real com a saúde pública. Em relação aos discentes, o discurso vigente de que o SUS avançou não era verdade ou perceptível nem muito interessante; isto mudou.

A experiência de Sorriso, reconhecida com um número significativo de prêmios, é demonstração do compromisso de pessoas que estiveram junto conosco e assumiram, de corpo e alma, com garra, o desafio de fazer acontecer um trabalho de equipe, com o objetivo de efetivar o SUS. O resultado de todas as equipes que apresentaram trabalhos nesta Conferência é uma demonstração de que a descentralização, a regionalização, funciona na prática. Os Consórcios Municipais de Saúde estão trabalhando já com essa proposta de levar outros discentes, como os da engenharia sanitária, tendo em vista, desde o entendimento da saúde como um aspecto integral, a luta por cidades saudáveis e municípios saudáveis. Na promoção da saúde, temos que pensar além das Secretarias de Saúde, porque quem também faz promoção nos municípios são as outras áreas: a Secretaria de Educação, a Secretaria de Obras e Saneamento, mesmo a Secretaria de Finanças ajuda a fazer a promoção e existe também o processo de comprometimento das áreas do saber. Existe um empenho imenso em fortalecer esse compromisso entre as Universidades e a SES, para incluir nesse estágio também alunos de serviço social, de geografia, enfim outros cursos que estariam construindo e desvendando o SUS, a saúde coletiva, assumindo junto com os gestores. Esse processo está produzindo mudanças de grande valia para nós, gestores. Diria que os quatro anos em que permanecemos equivalem a muitos cursos de mestrado e doutorado na prática, aprendemos muito mais no exercício, vendo a nossa

responsabilidade, buscando discutir o Sistema, as suas demandas com outros atores, reconhecemos que precisamos estudar mais, temos que ler, que buscar e interpretar. Aí se fortalece a função dos colegiados na promoção dos treinamentos através do COSEMS e também do CONASEMS e aqui, com a Secretaria de Estado, a Universidade foi parceira exatamente nesse processo de capacitação para o exercício do planejamento dos gestores. Esse aprender é importante, porque mesmo que nós não permaneçamos o tempo todo no papel do agente político e do técnico, como técnico poderemos estar disseminando essas idéias e buscando grandes parcerias com outras instâncias que estão próximas.

A regionalização permite o desenvolvimento sustentado da região. Um exemplo são os Consórcios. Nesses últimos anos, a região onde tem consórcio praticamente cresceu, há percentuais de população, 9% a 12%, porque os empresários procuram locais onde existam condições de oferecer assistência aos seus funcionários. É também um exemplo para atrair o desenvolvimento através da questão da saúde, da educação, porque o empresário observa nesse sentido que tem garantia de saúde, nesse município, tem garantia de escola para os filhos do nosso trabalhador, instalam-se. Através desse diagnóstico que eles fazem, instalam-se na região. Mato Grosso tem crescido bastante por causa exatamente dessa parceria que, considero, precisa aperfeiçoar-se ainda muito mais, envolvendo mais os prefeitos. Acredito até que, se fosse possível, esse plenário aqui poderia propor-se a nos ajudar, através dos Conselhos Municipais, tendo em vista a conjuntura após a eleição de novos prefeitos, novos gestores, que solicitarão a parceria do Secretário de Estado, para que nós possamos colocar em discussão, como fazer planejamento nesses próximos quatro anos de governo, envolvendo mais uma vez os outros atores que estão próximos de nós, que são os Secretários de Administração e Finanças. É na definição das prioridades para o planejamento das ações de saúde que a sociedade civil tem um papel fundamental, na efetivação do Controle Social.

Apesar dos problemas que a gente tem no processo de descentralização e regionalização, mas é um processo sem volta que nós estamos construindo e avançando, ora mais rápido, ora mais lento, mas eu diria, sem volta. É essa contribuição que Mato Grosso e outros que fizeram esse processo deram no 16º Congresso de Secretários Municipais em Salvador. Tivemos uma discussão do processo de descentralização e da regionalização no Brasil. Alguns parceiros, inclusive um consultor do Banco Mundial, e também os nossos parceiros da América Latina, através do segmento da Associação Latino-Americana de Medicina Social, estão dizendo que nós estamos sendo muitas vezes rígidos conosco em querer avançar a toque de caixa esse processo, que falamos de 10 anos. Nós estamos analisando que, em 10 anos de luta, o Brasil deu uma demonstração para o mundo; o nosso amigo aqui disse que o SUS é o maior do mundo, e é verdade, o Brasil, com essa extensão continental, teve realmente um ganho e todo mundo está voltado para nossa experiência; os outros que fizeram reformas, como o Reino Unido, a Itália, estão fazendo já uma proposta de reforma. São novas práticas que, no dia-a-dia, nos parecem tão pequenas mas que, em uma somatória, permitiram dar acesso a toda essa população do Brasil a um sistema de saúde humano e de qualidade.

Temos ainda uma responsabilidade muito grande, não recuar, continuar avançando, para que o mundo possa também nos ajudar e também dar essas contribuições, principalmente para os países-irmãos, que, muitas vezes, estão aqui, batendo às nossas portas, para serem ajudados no controle de epidemias. Posso citar, como exemplo, que, na fronteira com a Bolívia, quem faz vacinação e controle de certas doenças somos nós aqui do Estado, do Brasil. Podemos ir para casa com a sensação gostosa de que a nossa construção está dando certo e nós vamos elaborando os detalhes finais, o acabamento, colocando já não mais o simples tijolo, mas os azulejos que nos agradam a todos, para que a gente tenha essa construção sonhada finalizada com êxito.

Muito obrigado.

PARTE IV



MESAS ESPECÍFICAS

Política de Qualidade do Sangue e Hemoderivados

MESA 01

Coordenadora: Andréia Moreira Minossi

Coordenadora Técnica do
Hemocentro - MT

A coordenadora da mesa iniciou os trabalhos cumprimentando e desejando a todos os presentes um excelente desempenho nas discussões que nortearão a política de sangue e hemoderivados no Estado de Mato Grosso, que vem sendo efetuada com qualidade, através de acompanhamento permanente e contínuo. Enfatizou o papel fundamental do Hemomat enquanto coordenador dessa política e reforçou os avanços dos serviços de sangue e hemoderivados em nosso Estado, graças às lutas e conquistas já demonstradas, haja visto o número de hemonúcleos, agências transfusionais descentralizadas nos municípios e outras tecnologias implantadas e implementadas, para consolidação desse trabalho.

Expositora: Hildenete Monteiro Fortes

Diretora do Hemocentro do
Estado de Mato Grosso

Primeiramente, foi apresentado o que é o HEMOMAT/Hemorrede, quais as funções e objetivos. A seguir, abriu-se espaço para discussão.

O HEMOMAT é uma unidade descentralizada da SES, um banco de sangue público, criado em 1994/1995 e, desde então, vem crescendo, para atender as necessidades de Mato Grosso.

Trabalhamos com uma Rede – Hemorrede - coordenada pelo Hemocentro Coordenador do Estado, sediado em Cuiabá. Essa rede hemote-

rápica existe, a fim de atender as necessidades de sangue, de hemocomponentes e derivados, em quantidade e com qualidade, para todo o Estado. Essa Hemorrede é formada por Agências Transfusionais, "ATs", que são estabelecimentos que armazenam e distribuem o sangue e seus componentes para os hospitais que necessitam e também pelas Unidades de Coleta e Transfusão, UCTs, que, além do papel de Agência Transfusional, faz a coleta e o fracionamento do sangue. Essas unidades são maiores e fazem mais atividades, pois contêm equipamentos mais especializados; por isso, estão estrategicamente distribuídas no Estado.

A Hemorrede, formada pelas ATs e UCTs, é coordenada pelo Hemocentro Coordenador de Mato Grosso (HEMOMAT), que é responsável por todos os exames sorológicos/imunohematológicos do sangue colhido nas UCTs (amostras são enviadas para realização destes exames) e é o HEMOMAT que abastece as ATs e supervisiona toda a hemorrede, treina todo o pessoal antes de iniciar as atividades nas UCTs e ATs.

Hoje, Mato Grosso tem 18 UCTs e 03 Ats, mas em fase de implantação de novas unidades. Temos vínculo com cerca de 30 municípios e/ou hospitais Públicos/Privados, conveniados ao SUS do interior do Estado, que nos solicitam hemocomponentes, aos quais fornecemos medicamentos, com prévia solicitação médica e de acordo com o município e/ou administração do hospital.

Na Hemorrede, as UCTs são referência para os municípios vizinhos que não dispõem desse serviço e que dele necessitam, porém, faz-se necessária a solicitação médica prescrita.

O HEMOMAT também é responsável pelo controle e avaliação da qualidade do sangue e hemoderivados, presta também ações de assistência ambulatorial de atendimento médico especializado em hematologia, hepatologia, ofe-

rece acompanhamento psicológico, odontológico e fisiológico para ambos. Realiza também transfusões ambulatoriais (no HEMOMAT e nas UCTs).

Discutiu-se também a necessidade de “fixação” de pessoal na Hemorrede por parte dos municípios, a fim de evitar rotatividade dos funcionários nas ATs e UCTs (gerências municipais), devido ao investimento em treinamento pelo HEMOMAT antes de iniciarem suas atividades. A dispensa ou troca desses funcionários acarreta problemas, tendo em vista a necessidade de mão-de-obra qualificada para garantir a qualidade e por vezes a quantidade do produto.

Discute-se a necessidade de cuidado no envio das amostras ao Hemocentro, tanto no que refere à embalagem e temperatura de transporte (amostras de sangue colhidas no interior que vêm ao Hemocentro para realizar sorologia), quanto na data do envio, pois, se estas chegam aqui na 6ª feira à tarde, é comprometida a segurança da realização dos exames. Esta colocação resultou em acordo, estabelecendo que as amostras serão colhidas e armazenadas no local e enviadas até 4ª feira de cada semana”.

Aproveitou-se do momento para esclarecer aos municípios a necessidade de maior seriedade e exatidão no preenchimento dos relatórios que são enviados mensalmente.

Abriu-se discussão para esclarecer aos municípios presentes, com reduzido número de habitantes, que não possuem UCT/AT, a inviabilidade de sua implantação, porém serão atendi-

dos prontamente pela Hemorrede, desde que com solicitação médica da transfusão.

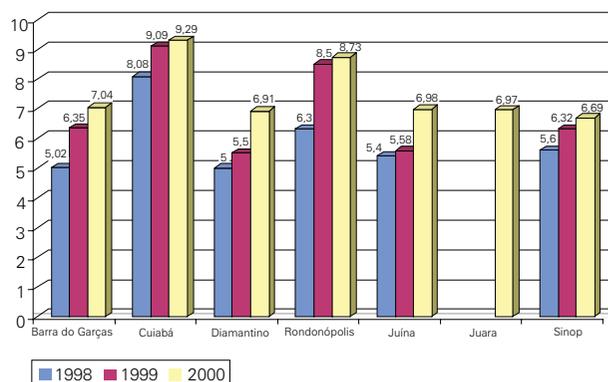
Na oportunidade, foi solicitada a visita da equipe técnica para palestras, esclarecimentos e agendamento de coletas em alguns municípios, ações estas desenvolvidas pelo Hemocentro, através de capacitação, orientação e supervisão, conforme calendário estabelecido.

Os representantes da comunidade solicitaram coletas externas, palestras e se ofereceram para intensificar a sua participação no serviço.

Um dos pontos fortes dessa mesa foi o compromisso da não realização de transfusão braço-a-braço, pois existe disponibilidade de atendimento do Hemocentro Coordenador ou das Hemorrede, através de uma UCT/AT mais próxima do município.

A expositora apresentou o gráfico de Avaliação dos Serviços da Hemorrede no Estado, referente ao período 1998/2000.

AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS HEMOTERÁPICOS NAS REGIONAIS DE SAÚDE – MATO GROSSO, 1998 A 2000



Saúde Bucal – Modelo de Atenção x Controle Social

MESA 02

Coordenadora: Rose Maria P. G. Fava

Coordenadora Técnica da Divisão de Saúde Bucal

Cumprimentou a mesa e demais participantes da IV Conferência Estadual de Saúde e ressaltou a importância do evento enquanto fórum de legítima representação da sociedade civil organizada, frente às políticas sociais.

Enfocou também a importância ímpar de estar neste momento tendo oportunidade de colocar em discussão a política de saúde bucal, sobretudo com ações voltadas para a promoção, preservação, manutenção, correção e reabilitação. Saliou que essas ações devem estar integradas às demais ações de atenção integral à saúde, desenvolvidas pela equipe nas unidades e serviços de saúde.

Expositora: Nilda Maria S. Reis

Coordenadora de Ontologia do Município de Sorriso

Avaliou um ano de inclusão da equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, no intuito de construir um modelo de atenção à saúde de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, oferecendo à comunidade melhoria de qualidade de vida. Enfocou as ações desenvolvidas, com o intuito de diminuir os índices de cárie dentária, obtidos nos levantamentos epidemiológicos da população.

Expositor: Evandro Alves Pereira Júnior

Secretário Municipal de Meio Ambiente de Nova Olímpia/MT

Apresentou um modelo criativo de atenção perante a carência de recursos humanos de nível médio na área odontológica, como a THD e ACD, proporcionando treinamento com professores, implantação de monitores de odontologia, que são os escolares que conseguem realizar uma ótima escovação. Além de receberem escova dental verde e um uniforme, orientam os demais alunos na escovação, que recebem uma escova dental de acordo com sua escovação: péssima/vermelha e boa/verde, construção de escovódromos nas escolas, fluoretação da água de abastecimento público, palestras educativas e gincanas mensais. Paralelamente a essas atividades, são desenvolvidas ações de promoção de saúde da gestante, do bebê e do idoso, incluindo confecção de próteses totais; a este último grupo, construção de um Escovódromo. Esses trabalhos são realizados em parceria com a Secretaria de Ação Social e Secretaria Municipal de Educação, sendo extensivos às comunidades rurais.

Outro palestrante convidado que abordou a saúde bucal no PSF de Itaquera/SP, foi o assessor de Saúde Bucal da SES/SP, Dr. Luís Cláudio Sartori, relatando que o domicílio é o ambiente coletivo onde se promove a saúde bucal, portanto, a equipe de odontologia deverá estar inserida e integrada com a equipe mínima do PSF: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde. Informações epidemiológicas da população cadastrada na área de abrangência de cada PSF mere-

cerão atenção preventiva e curativa, diferenciadas, orientando a demanda para os diversos níveis de atenção. As equipes estão preparadas para a observação das condições relacionadas à cárie dentária, doença periodontal, situação dos tecidos moles e uso e necessidade de próteses. Outra vertente importante é a educação continuada em saúde bucal a toda a equipe do PSF, ressaltando que a carga horária da equipe é de 40 horas semanais.

Marcaram presença neste seminário presidentes de entidades de classe, associações, profissionais e acadêmicos da área odontológica, assim como de outras áreas. Os palestrantes convidados foram homenageados no final do evento, pelos presidentes da ABO/MT, CROI/MT, SINODONTO e pelos representantes da SES/MT.

As propostas resultantes deste evento foram encaminhadas à plenária da IV Conferência Estadual de Saúde, sendo todas aprovadas. Poderemos apresentá-las numa próxima oportunidade.

Expositor Narciso Santana da Silva

Coordenador de Odontologia do
Município de Cuiabá

O expositor enfocou a promoção da saúde bucal e a participação comunitária como Modelo de Atenção que vem sendo constituído em Cuiabá, analisando o histórico, os avanços, os problemas enfrentados, as soluções e as metas programadas e alcançadas.

Sistema de Informação em Saúde

MESA 03

Coordenadora: Ione Mariza Bortolotto

Coordenadora do Sistema Estadual
de Informação em Saúde – SES/MT

Palestrantes:

Humberto Tochio Aoki

Analista de Sistema
SES/MT

Marcelo Vieira Lima

Programa de Saúde da Família do município de
São José dos Quatro Marcos

A discussão foi apresentada em três áreas:

1. Sistemas de informação: objetivos; usos; subsistemas utilizados em Saúde Pública; sistema de informação na Secretaria Estadual de Saúde; informação para o controle social (Ione Mariza Bortolotto).
2. Rede informatizada da Secretaria Estadual de Saúde: desenho lógico; organização. (Humberto Tochio Aoki).
3. Programa de Informação em Saúde (PROINS): apresentação do sistema desenvolvido pelo Dr. Marcelo, para ser utilizado pelo médico da atenção básica. (Marcelo Vieira Lima).

A apresentação enfatizou a utilização das informações pela sociedade, como forma de controle das ações do Sistema Único de Saúde, e as formas de disponibilização utilizadas pela Secretaria Estadual de Saúde (Internet, Jornal, livros, cartilhas, palestras, seminários, dentre outros), como fonte de informação para o exercício des-

se controle, uma vez que essas publicações contêm os dados oficiais do Sistema Único de Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso e também são utilizadas por outras instituições.

Essa apresentação foi assistida por 25 pessoas, que participaram com perguntas, inclusive, durante as apresentações, sugestões para melhorar a operacionalização dos sistemas nos municípios.

Após discussão, os participantes decidiram apresentar, como proposta na plenária, a implantação do PROINS na rede básica de Mato Grosso.

Sistemas de Informação em Saúde

Informação - “É o conhecimento obtido a partir dos dados. É o resultado da análise e combinação de vários dados”.

Usos da informação: Vigilância, Planejamento, Avaliação, Controle e Auditoria.

Sistema - “Conjunto de unidades de produção, análise e divulgação de dados, atuando articuladamente, com a finalidade de atender à necessidade de informação da instituição que implementa esse sistema”.

Sistema de Informação - “Reunião de pessoas e máquinas que visam à obtenção e ao processamento de dados que atendam à instituição que implementa esse sistema”.

Informação → decisão → ação

Fluxo da informação: Coleta, Processamento (codificação, digitação, indicadores), Produção da Informação (Análise dos indicadores, comparação com indicadores de referência), disponibilização e divulgação.

Principais Sistemas utilizados em Saúde Pública:

1 - Atenção Primária à Saúde (SIAB, SINAN)

2 - Assistência (SIH, SIA)

3 - Estatística Vital (SIM, SINASC)

4 - Financeiro (SIOPS)

1 - Atenção Primária à Saúde

- SINAN (Sistema de Notificação de Agravos de Notificação)

- Hanseníase
- Tuberculose
- Sarampo
- AIDS
- Meningite
- Hepatite etc.

Fonte de informação: Ficha de notificação

Finalidade: Dados sobre a ocorrência de doenças e agravos, idade, local, data, diagnóstico, evolução etc.

- SIAB (Sistema de Informações da Atenção Básica)

Dados do PACS e PSF. Nº de famílias, nascimentos, óbitos, doenças etc.

Fonte de informação: Ficha de Cadastro, Ficha de Informação, Ficha de Produção.

Finalidade: Fornecer informações gerais sobre a população atendida pelo PACS e PSF.

2 - Assistência à Saúde

- SIA (Sistema de Informações Ambulatoriais)

- Dados sobre número de consultas, ações de vigilância, exames, atendimentos odontológicos, tratamento do câncer, custos etc.

Fonte de informação: Boletim de Produção Ambulatorial.

Finalidade: Possibilitar o pagamento pelos procedimentos dos ambulatórios.

- SIH (Sistema de Informações Hospitalares)

- nº de internações, tempo de internação, diagnóstico, idade do paciente, custos etc.

Fonte de informações: Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Finalidade: Possibilitar o pagamento das internações hospitalares.

3 - Estatística Vital

- SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos)

- Nº de nascidos vivos
- Peso ao nascer
- Tipo de parto etc.

Fonte de informação: Declaração de Nascido Vivo.

Finalidade: conhecer as características dos nascidos vivos, da gravidez, do parto e das mães. Fornecer documento comprobatório do nascimento, para registro em cartório.

- SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade)

- Nº de mortes
- Idade
- Sexo
- Causa
- Local.

Fonte de informação: Declaração de Óbito.

Finalidade: Conhecer as principais causas de óbito na população. Fornecer documento comprobatório do óbito, para registro em cartório.

4 - Financeiro

- SIOPS (Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde)

- Gastos por habitante
- Recursos
- Recursos transferidos x recursos aplicados
- Custeio x investimento etc.

Fonte de informação: Informação prestada pelos municípios ao Ministério da Saúde.

Finalidade: Regulamentação da vinculação de recursos, derivada da Emenda Constitucional nº 29.

Outros Sistemas de Informação:

- SI-PNI- Programa Nacional de Imunização
- SISVAN- Sistema de Informação sobre Vigilância Alimentar e Nutricional
- SISCOLO – Sistema de Informação sobre Câncer de Colo de Útero.

Utilização da Informação - Controle de doenças ou agravos: Descobrir quais doenças que acontecem com mais frequência. Ex.: número de casos de hanseníase diagnosticados no ano.

Permite - Planejar a quantidade de medicamentos necessários, planejar a quantidade de exames laboratoriais, planejar as ações para combater a doença, planejar os custos para diagnosticar, tratar e reabilitar os casos da doença, conhecer áreas com mais casos - risco maior, conhecer quem adoece mais: homens ou mulheres?- adultos ou crianças?.

Divulgação:

- ✓ Internet: www.saude.mt.gov.br

Publicações:

- ✓ Saúde em Números
- ✓ Legislação em Saúde
- ✓ Informação para Municípios
- ✓ Textos Técnicos
- ✓ Avaliação da Política de Saúde –1995 a 1998
- ✓ Boletim Saúde e Cidadania

Rede Estadual de Saúde - interligação através da internet entre as instituições de Saúde do Estado: SMS,SES.

Rede Nacional de Informação em Saúde - SMS → SES → Ministério da Saúde.

Objetivo: Disponibilizar informações da Saúde para os gestores e gerentes do SUS, nos níveis municipal, estadual e federal, bem como ao público em geral.

Investimento da Secretaria Estadual de Saúde - Implantação da Rede da SES, Capacitação de digitadores das Secretarias Municipais de Saúde.

Investimento das SMS - Conexão com internet, contratação de digitador.

MESA 04

Coordenadora: Marisa Guimarães

Coordenadora Estadual do Programa de
Saúde Mental

A coordenadora da mesa agradeceu a presença de todos, em especial dos expositores. Confessa acreditar ser este espaço parte do processo de conversão do modelo manicomial e hospitalocêntrico por um modelo de ações de atenção integral à saúde mental, com caráter humanitário, ético, resolutivo, com respeito às especificidades das ações para transtornos mentais, para alcoolistas e usuários de drogas.

Áurea Assis Lambert

Programa de Saúde Mental SES/MT

Considera-se que a *Saúde Mental* é também um problema de saúde pública, porque o adoecimento psíquico, sem uma atenção ou cuidado eficaz, compromete progressivamente a capacidade produtiva do cidadão, bem como perturba seus vínculos afetivos, familiares e profissionais.

Considera-se que a política da reforma psiquiátrica é norteadora de normas e diretrizes de um modelo de atenção de serviços, tais como: expansão da rede de atenção ambulatorial, implantação de Núcleos ou Centros Residenciais Terapêuticos e Centros de Convivência e outros, conforme a Portaria Nº 224/92.

O Plano Estadual de Saúde contempla como uma das grandes metas a reorganização da rede de atenção básica em saúde mental, assim como implementação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, para transtornos mentais

e dependentes químicos, nos municípios de referência, com população acima de 20.000 habitantes.

O CAPS é um serviço/unidade extra-hospitalar, com uma população de abrangência definida, com equipe interdisciplinar e atendimento diário.

Saúde Mental, Álcool e Drogas

O uso e o abuso de substâncias psicoativas, histórica e culturalmente, sempre foram objeto de interesse dos cidadãos e das autoridades de saúde.

O fenômeno do uso de substâncias esteve sempre associado aos rituais religiosos, pois se considerava que a sua ingestão facilitava o acesso ao sobrenatural, contribuindo, assim, para uma comunicação mais efetiva e rápida entre os homens e suas divindades.

A bebida alcoólica, principalmente a cachaça, foi amplamente utilizada pelos colonizadores e catequistas, para se chegar até os gentios.

Com o passar dos tempos e mais modernamente, a produção em larga escala, tanto das chamadas drogas lícitas quanto ilícitas, vem produzindo um amplo uso, com acesso facilitado, nos mais diversos ambientes. A droga deixou de ser um fenômeno religioso/cultural e passou a ser consumida por qualquer camada social e nas mais variadas faixas etárias.

Recentemente, com o advento das doenças sexualmente transmissíveis e, principalmente, com a contaminação pelo vírus HIV dos usuários de drogas injetáveis, tornou-se imperativa a criação de programas e projetos que venham reduzir e/ou minimizar as conseqüências do uso indiscriminado e do compartilhar de agulha e seringas entre as populações de usuários de drogas injetáveis.

Neste contexto, uma das estratégias utilizadas atualmente é a Redução de Danos, que consiste em tornar o uso de substâncias menos devastador para o usuário.

A mesa redonda em questão procurou mostrar aos participantes os objetivos da estratégia de Redução de Danos, comparando-os às formas tradicionais de abordagem do abuso de substâncias químicas.

Redução de Danos – o que é? É uma tentativa de minimizar as consequências adversas do consumo de drogas, do ponto de vista da saúde e de seus aspectos sociais e econômicos, sem, necessariamente, reduzir esse consumo (Wodak e Saunders, 1995). “O objetivo principal da política de drogas convencional é reduzir o consumo de drogas ilícitas, utilizando-se para isso os meios legais”.

REDUÇÃO DE DANOS	ABORDAGEM TRADICIONAL
Aceita a inevitabilidade de um dado nível de consumo de drogas na sociedade, define seu objetivo primário em reduzir as consequências adversas desse consumo.	Parte de que é possível chegar a uma sociedade sem drogas, define como seu objetivo central a eliminação de qualquer consumo.
Enfatiza a obtenção de metas “sub-ótimas”, a curto e médio prazo.	Enfatiza a obtenção de metas “ótimas”, a longo prazo.
Orientação – Visão tradicional da Saúde Pública.	Orientação – Política populista.
Vê os usuários de drogas como membros da sociedade, almeja reintegrá-los à comunidade.	Vê os usuários de drogas como marginais frente à sociedade, apenas aceitáveis desde que livres das drogas.
Enfatiza a mensuração de resultados no âmbito da saúde, da vida em sociedade e economia, freqüentemente, com metas definidas e determinadas objetivos.	Enfatiza a mensuração da abordagem da quantidade de drogas consumidas.
Enfatiza a efetividade e a relação custo-benefício das intervenções.	Enfatiza a obtenção de uma situação de ausência absoluta de consumo de drogas, independentemente do preço a ser pago.
Implementa suas intervenções com envolvimento relevante da população-alvo.	As intervenções são planejadas por autoridades governamentais, possivelmente com contribuições da sociedade de um modo geral.
Enfatiza a importância da cooperação intersetorial entre instituições do âmbito jurídico-policial e da saúde.	A predominância das ações jurídico-políticas é absoluta, o envolvimento das instituições de saúde é restrito e aceito de modo relutante.
Proposta adotada amplamente na Europa, Canadá, Austrália, Nova Zelândia e alguns países em desenvolvimento.	Apoiada fortemente pelos Estados Unidos, Suécia, Japão, Cingapura, Malásia e alguns outros países asiáticos
Enfatiza a prevenção e o tratamento dos usuários de drogas, fazendo com que as atividades de repressão se dirijam basicamente ao tráfico de grande escala.	Enfatizam a eliminação da oferta de drogas, com tolerância zero em relação a todos os usuários de drogas, inclusive aqueles que fazem uso moderado de drogas.
Julga que as atividades educativas referentes às drogas devem ser de natureza factual. Ter credibilidade junto ao público-alvo, basear-se em pesquisas e traçar objetivos realistas.	As atividades educativas referentes às drogas veiculam uma mensagem única de abstinência de drogas: “Diga não às drogas!”.
Inclui drogas lícitas, como o álcool e o tabaco.	Restringe-se às drogas ilícitas
Dá preferência à utilização de terminologia neutra, não pejorativa e científica.	Dá preferência à utilização de terminologia veemente e valorativa.

Foi apresentado, através de transparência, o quadro acima.

Concluindo, expôs-se que as características mais relevantes da Redução de Danos são trabalhar com objetivos exequíveis, ainda que aquém das metas consideradas ideais, em contraposição à abordagem tradicional, que privilegia metas utópicas.

Em nível de saúde pública, faz-se a urgente e necessário criar uma rede de serviços ambulatoriais que dê suporte aos usuários de substâncias lícitas e ilícitas, minimizando assim os danos decorrentes.

Sugestões e encaminhamentos:

- Separar a atenção do dependente de substâncias psicoativas dos doentes mentais, criando serviços especializados para tratamento e leitos em hospitais gerais e policlínicas para a desintoxicação.

- Criar programas de desintoxicação para crianças e adolescentes em situação de abandono.
- Criar programas de atenção aos dependentes nos municípios com maior população e maior concentração de usuários.
- Criar programas de atenção às crianças portadoras de transtornos mentais.
- Criar CAPS (Centro de Atenção Psicossocial para Tratamento de Dependentes) nos maiores municípios do Estado.
- Criar uma política estadual para a questão da dependência química que privilegie ações de prevenção, principalmente ao nível da atenção básica de tratamento.

Saúde do Adulto - Doenças Crônicas: Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus

MESA 06

Coordenadora: Ana Conceição Calhao

Chefe de Divisão da Coordenadoria de
Planejamento – SES/MT

A Coordenadora cumprimenta os componentes da mesa e demais participantes, enfocando a importância da discussão de tão relevante tema para a saúde pública, principalmente devido à morbimortalidade por doenças crônicas degenerativas constituírem taxas tão elevadas e representar elevados custos de tratamento. Propõe, como ponto de reflexão para discussão neste evento, a importância de implementar em todas as unidades e serviços de saúde a atenção integral à saúde dos portadores de doenças crônico-degenerativas.

Expositora: Maria Lúcia Carnellosso

Membro do Projeto CARMENT –
Ministério da Saúde

A palestrante destacou, na sua exposição, a experiência de Goiás no Projeto “CARMENT - (1999)”. O objetivo do Projeto era implementar um conjunto de ações de promoção à saúde que visassem à redução multifatorial das enfermidades não-transmissíveis, através de ações sobre hipertensão arterial, com estímulo a hábitos alimentares saudáveis, atividade física e combate ao fumo (dependência de tabaco).

A proposta do Projeto é ampla, com alcance a toda população, com uma visão de formação à saúde. Em nível nacional, o projeto recebe o nome de CARMEN.

Em Goiás: CARMENT (incluíram o T, para não confundir com o nome pessoal).

Início: 1998 – Estudo da proposta internacional e período de 1 ano para a implantação propriamente dita.

- Objetivos Específicos: resume-se na mudança da atitude do profissional de saúde.

Deixa de ser apenas um profissional cuidando de uma parte do indivíduo e sim, uma equipe multiprofissional, com visão para estimular hábitos de vida saudável.

Princípios Básicos:

- Integração das intervenções
- Fortalecimento de cooperação intersetorial
- Intercâmbio e colaboração internacional

Etapas do Projeto

1ª) Elaboração do Projeto CARMENT (Proposta)

- Discussão com representantes da OPAS;
- Elaboração do projeto
- Apresentação da proposta para outras instituições (com vistas a buscar parcerias): Universidades, Secretarias: Educação, Esporte e Lazer etc...

2ª) Elaboração do Projeto de Pesquisa

- Definição do grupo técnico, (representantes de diferentes instituições);
- Definição das atribuições de cada nível de gestão para implantação;
- Definição do município ou área-piloto (prioritariamente para municípios com PSF);
- Aquisição de equipamentos e insumos;
- Mobilização de lideranças locais;
- Divulgação da implantação junto à população;

- Seleção e capacitação dos entrevistadores e coordenadores de área;
- Aplicação de estudo piloto;
- Aplicação do instrumento na área escolhida;
- Coleta de material para exames: colesterol, glicemia e triglicérides.

Duração da Pesquisa: 1 mês.

Amostra: 3.083 pessoas acima de 15 anos.

3ª) Avaliação dos dados da pesquisa e implantação das ações

- 66% das mulheres da área estudada não fazem nenhum tipo de atividade física.

- Alto consumo de tabaco;
- Consolidação e Avaliação do dados da pesquisa;

• Divulgação dos dados;

• Implantação das Ações.

Proposta Anti-Tabagismo:

Ação de Intervenção: “Deixe e Ganhe”.

“Deixe de fumar e ganhe saúde”.

Concurso conjuntamente com outros países.

- Principais Estratégias de Intervenção
- Inquérito Populacional sobre os Fatores de Risco (de 5 em 5 anos);
- Desenvolver instrumento de monitoramento mensal destas doenças;
- Realizar estudos de morbimortalidade;
- Ações de educação à saúde (alimentação, atividade física e tabaco);
- Parcerias para fazer cumprir legislação na área de alimentos e cigarros;

- Implantar serviço de atenção básica aos pacientes com HA e DM.

• Cronograma protocolo da pesquisa: jun a dez/99 e 2000

• Consolidação dos Gastos com o Projeto Pesquisa

Material permanente (balança etc.) R\$ 69.145,00

Material de consumo R\$ 6.000,00

Outros serviços/encargos R\$ 38.623,00

Custo Total R\$ 113.768,00

Organograma Projeto CARMEN SES/GO

- Superintendência das Ações Básicas de Saúde;

- Interligados a todos os departamentos da Secretaria.

Instituições parceiras: UFG, Universidade Católica, Escola de Educação Física, Secretaria de Educação, Secretaria de Esporte e Lazer

Grande Objetivo:

- Não deixar adoecer;
- Impedir complicações em situações em que a doença já está instalada.

Projeto Carminho: dentro das Escolas (monitoramento de crianças e adolescentes – 07 a 14 anos)

Intervenção na Merenda Escolar (balanceamento);

Educação em Saúde;

Instalação de cozinha experimental na escola, com profissionais da área (Nutricionistas).

MESA 07

Coordenadora: Maria Inês da Silva Barbosa

A coordenadora cumprimentou a mesa e os demais participantes, e ressaltou a importância do tema nesta Conferência. Iniciou a explanação com a seguinte frase: “Uma sociedade é racista ou não é. Enquanto não compreendermos esta evidência, ignoraremos muitos problemas”.

(Fanon)

Expositora: Maria Inês da Silva Barbosa

Docente do Instituto de Saúde
Coletiva da UFMT

A justificativa da inserção deste tema na IV Conferência Estadual de Saúde advém da compreensão da sociedade brasileira enquanto estruturada pelo racismo, que forja a exclusão social a que está afeita a população negra, quaisquer que sejam os indicadores adotados para mensurá-la: renda, escolaridade ou habitação e, conseqüentemente, do impacto negativo nas condições de saúde desta população.

É resultado das demandas emanadas na Pré-Conferência Cultura e Saúde da População Negra, parte da trajetória de construção da Conferência Nacional Contra Racismo, etapa preparatória da participação brasileira na “III Conferência Mundial Contra o Racismo, Discrimina-

ção Racial, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas”, a ser realizada em Durban, África do Sul, em 2001.

O objetivo foi analisar o perfil de saúde da população negra e formular propostas de erradicação do racismo nas políticas de saúde, posto que as medidas universalistas, em si, não foram capazes de fazê-la. Daí a necessidade de políticas específicas que implementem o princípio de equidade instituído pelo Sistema Único de Saúde – SUS, sobretudo aquelas que possibilitam oportunidades, acesso e participação social, tais como:

- Abordagem em saúde para a população negra, que considere o racismo enquanto elemento importante no processo de adoecimento;
- Ações de saúde que contemplem os aspectos culturais e as práticas tradicionais de saúde desta população;
- Estabelecimento de ações de saúde em comunidades remanescentes de quilombos, baseadas em abordagem diferenciada, respeitando as especificidade locais;
- Implementação do cronograma nacional de anemia falciforme no âmbito do Estado e de municípios de Mato Grosso;
- Fortalecimento de estratégias de participação social na formulação das políticas de saúde para a população negra.

Regionalização das Ações de Saúde Pública: Descentralização da Atenção às Grandes Endemias

MESA 08

Coordenadora: Ângela Maria Lopes Sander

Diretora do Pólo Regional de Saúde
de Porto Alegre do Norte

Na qualidade de Coordenadora da Mesa, Ângela Maria Lopes Sander cumprimentou os palestrantes e participantes dos trabalhos da Mesa e destacou a importância do tema a ser abordado na descentralização da atenção às grandes endemias e consolidação do Sistema Único de Saúde.

Expositora: Samia Nadaf de Melo

GT ENDEMIAS-SES/MT

A palestrante realizou um breve histórico sobre o controle de vetores pela SUCAM, com modelo campanhista e uso de DDT. Enfatizou o sucesso alcançado com esse modelo nas regiões sudeste e sul e as dificuldades encontradas na Amazônia legal.

Samia destacou alguns acontecimentos como causas para o fortalecimento das epidemias, dentre elas:

- Intensificação do movimento migratório para o Centro-Oeste,

- Corrida à mineração (abertura de garimpos),
- Abertura de novas fronteiras agrícolas,
- Créditos/incentivos para a ocupação da região.

Ao abordar o processo de descentralização do atendimento das grandes endemias, fez referência às reuniões com as Regionais de Saúde e o momento de transição.

A discussão foi aberta com a indagação sobre a manutenção do modelo atual de organização dos serviços (com enfoque no combate ao vetor) ou integrar e/ou aproximar com ações do ACS/PSF (atenção ao paciente). Destacou prioritariamente a necessidade de capacitar os recursos humanos e proposição de novo modelo pautado na Atenção Básica.

Expositor: Edson Pértile

Chefe da Divisão de Vigilância
Epidemiológica FUNASA/MT

Iniciou a sua exposição, falando sobre a situação das endemias em Mato Grosso. Fez um histórico das ações de controle da malária - 1990/1999 -, com destaque para a redução significativa em 1998/1999.

Entre as causas para a redução, destacou:

- As mudanças sócio-econômicas,
- Diminuição da atividade garimpeira de 95 para o presente,
- De 1995 até o momento, houve redução e a tendência é estabilizar-se no patamar atual, devido aos assentamentos rurais.
- Destaque para os municípios de abrangência do PIM.

O palestrante fez referência à série histórica dos casos de dengue notificados em 92/2000 e os confirmados entre 96/2000. Uma das causas para a persistência desses casos se encontra, segundo o palestrante, nos problemas de saneamento básico (lixo).

Abordou a série histórica dos casos de leishmaniose visceral de 91/2000 e a de LTA de 94/2000.

Expositor: Valério Gobato

DTA/FUNASA –SINOP

O palestrante destacou, ao longo da sua fala, a necessidade de se estabelecer parcerias com a comunidade, para o controle das endemias, e a distribuição de recursos humanos do DTA, para os Pólos Regionais de Saúde e municípios. Até fevereiro de 2001, será instalada uma Equipe Mínima e uma Equipe Transitória no Pólo Regional de Sinop.

Os participantes foram convidados para debater e levantar as suas propostas sobre a temática em questão, a serem encaminhadas à Relatoria da IV Conferência e discutidas na Plenária Final. Os trabalhos contaram com excelente participação das pessoas presentes e foram concluídos satisfatoriamente.

Regionalização da Assistência à Saúde I e II - Sistema de Referência, PPI, CIB's, Centrais de Regulação, Consórcios

MESA 09

Coordenadora: Nelma Lúcia de Pinho Bellato

Membro da Equipe de Controle e Avaliação da CAHA – SES/MT

A coordenadora da mesa, após cumprimentar os participantes, destacou que um dos objetivos que norteariam a discussão seria a contextualização do modelo assistencial e de gestão no espaço regional, bem como apontar os principais avanços e dificuldades na organização da regionalização da assistência à saúde, pontuando perspectivas para a sua implementação.

Expositor: Amaury Ângelo Gonzaga

Coordenador da Coordenadoria Técnica – SES/MT

O conferencista iniciou a sua apresentação sobre a Regionalização da Assistência à Saúde, afirmando que ela representa um dos desafios mais ousados, uma vez que traduz os preceitos do movimento de reforma sanitária, da Constituição e das Leis 8080 e 8142, expressando a organização político-administrativa, técnica e financeira autônoma dos municípios, porém com cooperação dos Estados e da União.

Remete-nos à descentralização, que é preceito constitucional, onde competências, meios e poder decisório para a resolução das ações da saúde são viabilizados, estabelecendo base para a organização dos serviços e uma nova relação entre poder público e sociedade.

A regionalização, base para o avanço da descentralização das ações e dos serviços de saúde, configura-se, hoje, no setor saúde, como uma alavanca para a efetivação da garantia de acesso de todos os cidadãos, de resolutividade dos serviços e de qualidade em todos os níveis de atenção.

As discussões colocadas na ordem do dia, onde os diversos segmentos do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e dos diversos segmentos dos secretários estaduais e municipais, via Comissões Bi e Tripartite, constituem espaços e fóruns de discussão e negociação para a intensificação do processo de regionalização.

O processo de regionalização em nosso Estado vem sendo perseguido com profundo interesse, considerando a sua extensão geográfica, as diversidades geopolítica, administrativa, econômica e gerencial dos municípios; sobretudo existe a convicção de que esse processo é um dos princípios orientadores para a construção do modelo assistencial, que, por sua vez, definirá a organização e as ações da saúde.

Nesta perspectiva, a regionalização é reconhecida como estratégia de efetivação dos princípios fundamentais do SUS – universalidade, equidade no acesso e integralidade da atenção, acompanhada de participação social, como garantia da democratização do setor saúde.

A esse respeito, a SES traçou linha de ação visando à concretização dos objetivos da regionalização:

- Análise situacional, como condições de identificar problemas e causas, tanto no âmbito epidemiológico quanto de gestão.
- Cooperação, via assessoria e consultoria, no desenvolvimento de planejamento e programação local e regional, considerando:
 - A diversidade e a complexidade dos problemas, inclusive daqueles que necessitam de articulação e envolvimento com outros setores;
 - O compromisso e a responsabilidade de gestores, técnicos, da população, inclusive entre os serviços, via regulação e pactuação;
 - A organização das ações assistenciais de promoção, prevenção, cura e reabilitação, inclusive a forma de relação de cada unidade com a população da área de abrangência (adscrição da clientela), necessidade de recursos disponíveis e transparência das informações sobre os serviços;
 - O estabelecimento de resolutividade, conforme nível de complexidade;
 - A aferição quali-quantitativa do impacto das ações, através do controle e da avaliação, da organização gerencial, conforme critérios da Norma Operacional para Habilitação.

Estes são eixos do Plano Diretor de reestruturação da regionalização em Mato Grosso.

Expositora: Fátima Ticianel Schrader

Coordenadora da Coordenadoria de Administração Hospitalar e Ambulatorial – SES/MT

A coordenadora da CAHA/SES desenvolveu a sua intervenção sobre Sistema de Referência, Programação Pactuada e Integrada e Centrais de Regulação, a partir de uma discussão sobre conceitos, objetivos, entre outros aspectos da temática em pauta.

A Programação Pactuada Integrada – PPI, é um poderoso e necessário instrumento de reorganização dos modelos de atenção e de gestão do setor saúde, sobretudo porque está baseada no processo de planejamento participativo e programação integrada entre serviços e gestores municipais, sob a coordenação e mediação do gestor estadual.

Neste enfoque, a programação expressa também as relações que se estabelecem entre as ações de saúde e as políticas públicas, além de traduzir a capacidade de resolutividade que a rede de serviços municipais e estadual deve desenvolver para atendimento, mas também traduz a responsabilidade de cada gestor municipal e estadual em cumprir a pactuação com base na programação integrada, através de levantamento das necessidades epidemiológicas e gerenciais, dos serviços disponíveis, dos fluxos, da resolutividade, do controle e da avaliação.

A PPI reforça a responsabilidade dos gestores municipais pela Atenção Básica.

As Centrais de Regulação

Conceito de Regulação: A Central de Atendimento e Regulação Estadual (CARE) do Sistema Único de Saúde – SUS compreende a função pública de responder, de forma sistemática, às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo de assistência, enquanto um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo.

Objetivos Gerais

1. Garantir o acesso da população aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), através da organização do fluxo de pacientes, nos diversos níveis de complexidade e de forma humanizada.
2. Propor e acompanhar os contratos e convênios em conjunto com os serviços de controle e avaliação.

3. Gerenciar a oferta de serviços, quantitativamente e qualitativamente, no processo de Programação Pactuada Integrada (PPI).
4. Contribuir para o processo de regionalização da assistência à saúde, de acordo com a política estadual definida no Plano Estadual de Saúde (PES), atendendo também ao que preconiza a NOB 96 e outras normatizações da Saúde.
5. Contribuir para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado, consolidando o processo de habilitação do Estado em termos de Gestão Plena do Sistema de Saúde.

PROJETO I

Central Estadual de Regulação

1. Programas gerenciados pela Central Estadual:

- Regulação do Sistema de Transplante;
- Regulação de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico – Alta Complexidade;
- Regulação de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico – Alta Média;
- Regulação dos leitos Hospitalares;
- Consultas especializadas;
- Leitos de Retaguarda Ambulatorial;
- Tratamento Fora do Domicílio Interestadual;
- Apoio e Informação ao Usuário;
- Regulação da Urgência/Emergência (Clínica e Trauma).

1.1. Áreas programáticas prioritárias de intervenção da Central Estadual:

- Endemias por vetores, DST/AIDS, Tuberculose, Hanseníase;
- Saúde Mental;

- Materno-Infantil;
- Crônico-Degenerativas;
- Causas Externas.

1.2. Fundamentação

A Central se propõe a promover a regulação do SUS, de forma a integrar a atenção, a promoção, a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a hierarquização dos níveis de complexidade no atendimento ao usuário, ou seja, ter a porta de entrada do sistema organizada pela atenção básica, no modelo de saúde da família e pela urgência e emergência.

Estruturar os três níveis da assistência hospitalar e ambulatorial de complexidade e de referência e contra-referência, baseada na proposta da PPI. Entende-se como nível primário, a atenção básica, nível secundário, serviço de apoio e diagnóstico de média complexidade, e o nível terciário compreende a rede hospitalar e os serviços de alta complexidade.

Garantir também a contra-referência, com fluxos e encaminhamentos orientados ao usuário e ao seu domicílio, na atenção básica.

1.3. Gestão

A gestão é de responsabilidade da Comissão Intergestores Biparte (CIB Estadual), tendo a coordenação do Grupo de Trabalho do Serviço Estadual de Referências/SUS, instituído pela resolução CIB nº 021, de 05/06/98.

1.4. Gerenciamento

O gerenciamento da Central Estadual dar-se-á em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde/Fundação de Saúde de Cuiabá, de acordo com as responsabilidades constantes de Instrução Normativa conjunta SES/SMS/FUSC, a ser regulamentada no prazo de 60 (sessenta) dias.

1.5. Cronograma

Implantar o Complexo Regulador estadual, em parceria com a SMS/FUSC, até julho de 2001.

PROJETO II

Centrais Regionais de Regulação

2. Programas gerenciados pelas Centrais Regionais de Regulação:

- Regulação de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico – Alta Complexidade;
- Regulação de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico – Alta Média;
- Regulação dos leitos Hospitalares;
- Consultas especializadas;
- Leitos de Retaguarda Ambulatorial;
- Tratamento Fora do Domicílio Intermunicipal;
- Apoio e Informação ao Usuário;
- Regulação da Urgência/Emergência (Clínica e Trauma);
- Regulação do Pré-hospitalar (SIATE).

2.1. Áreas programáticas prioritárias de intervenção das Centrais Regionais:

- Endemias por vetores, DST/AIDS, Tuberculose, Hanseníase;
- Saúde Mental;
- Materno Infantil;
- Crônico-Degenerativas;
- Causas Externas.

2.2. Gestão

A gestão é de responsabilidade da Comissão Intergestores Biparte (CIB Estadual), sendo a Comissão constituída por representantes das Regionais de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), sede da microrregião, e dos módulos da assistência, sendo coordenada pela Regional de Saúde, a ser instituída pela CIB Regional.

2.3. Gerenciamento

O Gerenciamento da central dar-se-á em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde/ Regional de Saúde ou Secretaria Municipal de Saúde/ Consórcio.

2.4. Cronograma

Implantar as Centrais Regionais de Regulação de Juína, Rondonópolis, Cáceres, Colider, Tangará da Serra, Água Boa, Juara, Alta Floresta, Várzea Grande, Sinop, Barra do Garças, Diamantino e Porto Alegre do Norte, até dezembro de 2001.

2.5. Recursos Humanos

Os Recursos Humanos das Centrais de Regulação Regionais são classificadas em:

- a) Central Regional de Maior Complexidade: compreende os municípios de Rondonópolis, Cáceres, Sinop, Barra do Garças e Várzea Grande.
- b) Central Regional de Média Complexidade: compreende os municípios de Tangará da Serra, Alta Floresta, Diamantino, Colider.
- c) Central Regional de Baixa Complexidade: compreende os municípios de Juína, Juara, Água Boa e Porto Alegre do Norte.

Expositora: Ruth Alves de Lima

Chefe da Divisão de Administração dos Serviços de Referência – CAHA/SES

O capítulo 3º da Lei 8080/90, que fala da organização, da direção e da gestão do SUS, mais especificamente o artigo 8º, que diz que as ações e serviços de saúde, executados pelo SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizadas de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Portanto, quando se fala em sistema de referência, estamos respeitando um preceito legal da Lei Orgânica da Saúde, pois explicita a garantia da resolutividade de acordo com a com-

plexidade de organização dos serviços de cada nível de atenção, constituindo assim um sistema de referência e contra-referência.

O Sistema de Referência, pelo fato de ser definido pela organização dos serviços e ações de saúde, possui uma estreita ligação com a PPI e a Regulação, haja vista que, para organizar a rede de serviços, faz-se necessária a utilização dos princípios orientadores do modelo assistencial, que, por sua vez, define a organização dos serviços, considerando:

- Análise situacional (epidemiológico e gerencial);
- Planejamento local, regional e estadual, contemplando responsabilidades e compromissos entre serviços, gestores e população; adscrição de clientela; fluxos; resolutividade e integralidade de ações e serviços.

A referência de um serviço para o outro se dá em nível de município, intermunicipal, regional, estadual, nacional e internacional, sempre partindo do mais simples para o mais complexo e com formas de relação estabelecidas (encaminhamentos) oficialmente, tendo sempre o caráter de continuidade das ações, a fim de sistematizar, de forma crescente, ações básicas, médias e de alta complexidade, e assistência de ações domiciliar, ambulatorial e hospitalar, lembrando que a contra-referência segue uma seqüência nesses moldes, porém, de forma decrescente.

A referência possibilita utilização de recursos materiais e não-materiais, na medida em que as ações básicas são descentralizadas e as ações de alta complexidade são centralizadas, devido à apropriação de alta tecnologia de uso não generalizado (especializações das ações, de profissionais e da rede física e tecnológica).

Finalizando salientamos que a referência é fundamentada na organização das ações de assistência à saúde, da promoção (meio ambiente/social), prevenção (grupos de risco), proteção (danos possíveis), tratamento/cura (danos existentes) e reabilitação (danos e seqüelas).

Expositora: Nereide Lúcia Martinelli

Diretora do Pólo Regional de Saúde de Tangará da Serra

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde têm, por objetivo, otimizar a resolutividade das ações da saúde no interior do Estado, como também prestar atendimento na própria região. Com isso, há uma diminuição do fluxo de pacientes para os municípios mais populosos do Estado como também para a capital.

A idéia da implantação dos consórcios intermunicipais de saúde surgiu a partir da constatação dos municípios de que não podiam oferecer serviços de boa qualidade aos usuários do SUS, devido a problemas de falta de estrutura e centralização de atendimento nas cidades que tinham maiores índices populacionais. Por outro lado, os hospitais regionais não estavam devidamente equipados e também não possuíam recursos humanos qualificados. Dentre vários fatores, a estratégia mais eficaz para dinamizar esse processo foi a efetivação de parcerias entre a SES, Prefeituras, Conselho Técnico (formado por secretários municipais de saúde), quando foram traçadas as prioridades e escolhido o hospital de referência para atender os serviços de média complexidade de cada consórcio envolvido no sistema.

O custeio dos consórcios é feito através de rateio entre os municípios neles envolvidos, cujo parâmetro é o número da população e a porcentagem de atendimento de cada município envolvido, cabendo à SES as despesas referentes às operações administrativas e o pagamento de pessoal, além de contribuir com o pagamento dos especialistas. Isso significa que 50% dos recursos para custeio das atividades dos consórcios, são contra-partida da SES.

Os consórcios foram um passo decisivo na concretização de um novo modelo de Política de Saúde do Estado de Mato Grosso, sobretudo, nas novas alternativas de gerir os recursos do SUS.

Mato Grosso conta, hoje, com sete Consórcios Intermunicipais, assim distribuídos:

- Consórcio da Região Oeste: contempla quatorze municípios, com população estimada em 210 mil habitantes, e conta com um Hospital Regional de 100 leitos (em processo de conclusão) no município de Cáceres, para atender as especialidades de ortopedia, neurologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, alta complexidade e auxílio diagnóstico.
- Consórcio da Região Médio-Norte: conta com seis municípios, com sede em Tangará da Serra, atendendo uma população de 70 mil habitantes. Em nível ambulatorial, são oferecidos serviços em cardiologia, neurologia, ortopedia otorrinolaringologia e, em nível hospitalar, oferece todas as especialidades pactuadas.
- Consórcio da Região Norte: é constituído de dez municípios, para uma população de 150 mil habitantes, e oferece serviços de ginecologia, obstetrícia, pediatria, anestesiologia, trauma-ortopedia e cirurgia geral, cujo Hospital de referência é o Hospital Regional de Colider.
- Consórcio da Região do Teles Pires: atende onze municípios, com população de 160 mil habitantes, cujo Hospital de Referência é o Hospital Regional de Sorriso, que oferece os serviços de: ginecologia, obstetrícia, pediatria, cirurgias em geral, ortopedia, cardiologia, neurologia.
- Consórcio da Região do Baixo Araguaia: conta com uma unidade municipalizada como referência. O consórcio atende uma população de 80 mil habitantes, sendo o Hospital de Referência, o Hospital de Confresa. O Consórcio oferece os seguintes serviços: ortopedia, pediatria, cirurgia geral, obstetrícia, ginecologia, clínica médica e anestesia.
- Consórcio da Região do Alto Tapajós: é constituído por seis municípios, com população de 80 mil habitantes, sendo o Hospital de Referência o Hospital Municipal Albert Sabin, de Alta Floresta que dispõe de 58 leitos, para o atendimento dos seguintes serviços: ortopedia, cirurgia geral, pediatria, gineco- obstetrícia, anestesia.
- Consórcio da Região do Médio Araguaia: é constituído por seis municípios, com cobertura populacional de 60 mil habitantes, sendo o Hospital Municipal de Água Boa, o hospital de referência e atende cirurgia geral, pediatria, ginecologia, obstetrícia, ortopedia, traumatologia.

Participantes da Mesa-Redonda



Comunicação Coordenada em Saúde da Família

MESA 10

Coordenadora: Elisete Duarte

Diretora da Escola de Saúde Pública
Dr. Agrícola Paes de Barros – SES/MT

A sistematização dos trabalhos desta Comunicação Coordenada foi consolidada no Relatório Final da I Mostra de Saúde da Família e publicada como documento específico pela SES/MT.

Saúde é Comunicação e Informação - Política de Comunicação para o SUS

MESA 11

Organizadora: Mariane de Oliveira

Jornalista – Assessora de Imprensa/SES

Coordenador: Jurandir Antônio Francisco

Secretário de Estado de
Cultura/MT

O coordenador da mesa deu as boas vindas à palestrante e aos participantes, aos Delegados–Conselheiros e aos profissionais da área da Saúde; aos repórteres e editores dos jornais “A Gazeta”, “Folha do Estado”, “Gazeta Mercantil” e TV Cidade Verde; aos alunos e professores das Faculdades de Comunicação da Universidade Federal do Mato Grosso, da Universidade de Várzea Grande, aos alunos e professores das Faculdades da área da saúde. Destacou a importância do tema e a necessidade de se trilhar caminhos de cooperação e parceria na política de comunicação para o SUS.

Expositora: Janine Miranda Cardoso

Fundação Osvaldo Cruz/RJ

Inicialmente, previsto para debater as relações entre mídia e Saúde, o encontro abordou, não só estas questões, mas também diversas outras necessidades práticas de comunicação na área da Saúde, apontando limites, potencialidades e propostas de caráter multidisciplinar.

Na exposição inicial, Janine Cardoso, apresentou, de forma sucinta, com vistas ao debate, os seguintes temas:

- Democracia, Saúde e Comunicação, a partir da década de 80 - o processo de democratização da sociedade brasileira; o projeto de Reforma Sanitária; a Constituição de 1988 e a implantação do SUS (conceito ampliado de Saúde, Saúde como dever do Estado e direito de cidadania, descentralização político-administrativa, controle social; as demandas comunicacionais de profissionais e conselheiros: não

Participantes da Mesa-Redonda



só acesso às informações, mas também acesso aos espaços públicos para expressar opiniões, demandas e vivências); centralidade da comunicação nas sociedades contemporâneas - visibilidade, ampliação e/ou restrição da pauta e debates públicos.

- Saúde e Comunicação como campos sociais: as relações entre os campos da Saúde e da Comunicação, com destaque para o Jornalismo; lógica, interesses e processos de trabalho específicos, visibilidade x invisibilidade e silêncios; seleção e construção das notícias, problematizando a objetividade jornalística, necessidade de conclusões, cifras, dados de impacto; existe uma relação tensa com as fontes e uma certa prioridade para as fontes governamentais, urgência x lógicas e processos técnicos e políticos do campo da saúde; estratégias para atrair o olhar da mídia; contradições internas em cada campo e entre eles; pontos de convergência e de tensão. No caso dos Conselhos de Saúde: espaços democráticos de construção e fiscalização de políticas públicas, com representação da população usuária, trabalhadores da Saúde, gestores e a sua falta de visibilidade na mídia.
- O desafio da aproximação e sua importância para uma sociedade mais democrática: existe a necessidade de discutir os compromissos éticos dos dois campos e a necessidade de se aproximarem da população, considerando, de forma mais respeitosa, seu universo cultural, lógicas e estratégias; a necessidade de conjugar diversas estratégias e tecnologias. A palestrante destacou a importância deste encontro na IV CES/MT como exemplo de aproximação entre representantes do SUS (delegados), jornalistas e academia, discutindo os problemas e as formas de superá-los. A médio e longo prazos, a importância de investir na formação de profissionais de Saúde e Comunicação. A participação do Secretário da Cultura é experiência ímpar, que abre um campo privilegiado de relações e parcerias.

- A recepção ativa: a população, seus diversos grupos e indivíduos, não são receptores passivos, que fazem e/ou entendem exatamente aquilo que interessa e foi planejado pelos núcleos produtores (mídia ou secretarias de saúde). Os efeitos não são lineares: estamos permanentemente construindo e disputando os sentidos que atribuímos às coisas do mundo, reeditando e fazendo circular outros sentidos. Há, sim, entendimentos mais cristalizados, estabilizados, mas nada têm de naturais, já que acumulam uma longa trajetória de luta pela hegemonia; posições diferenciadas, com maior ou menor poder e reconhecimento social, incluindo o poder de agendamento da mídia.

O debate entre os participantes permitiu aprofundar e também introduzir novos aspectos e práticas desenvolvidas no campo da Saúde. Houve uma expressiva participação dos profissionais da imprensa, da qual podemos destacar as seguintes falas:

- ✓ A dificuldade de acesso às informações na área da saúde, que vai desde a proibição aos profissionais de darem entrevistas até a falta de disponibilidade para a relação com a imprensa e a dificuldade de os jornalistas compreenderem a linguagem e dados técnicos;
- ✓ Muitas vezes, a população que é atendida ou priorizada em várias ações e serviços de saúde, não faz parte do público dos jornais, sendo a relação direta com os profissionais de Saúde mais relevante do que com os órgãos de imprensa;
- ✓ O interesse da editora de economia de alguns jornais, levando à necessidade de clarear algumas conexões (dados referentes à formação, qualificação e mercado de trabalho na área da saúde; impacto econômico e social de agravos à saúde etc.);
- ✓ Diferença entre os interesses dos jornalistas e os das empresas jornalísticas (“quem quer vender jornal é o chefe, e vende pelas manchetes da capa, lá dentro do jornal está o que a gente consegue produzir...”);

- ✓ O desafio e as tentativas de conjugar os diferentes interesses e pontos de vista (“se chamar só de desnutrição e não de doença do macaco, as pessoas não lêem...”);
- ✓ Professores de comunicação manifestaram interesse em uma maior aproximação que aprofunde o debate, o conhecimento das lógicas e ritmos de trabalho da imprensa e da saúde, assim como as possibilidades de parcerias.

Também houve expressiva participação dos delegados (conselheiros, profissionais de saúde) e jornalistas que atuam na área da saúde, das assessorias de imprensa das Secretarias e também nos setores de educação e saúde. Nos depoimentos surgiram as seguintes questões:

- ✓ Relato da pesquisa sobre representações da população em relação ao câncer, que identificou a presença de vários discursos (saberes populares, homeopatia, fitoterapia, mídia, entre outros), mas não aquele vinculado aos serviços e às ações de saúde. Por quê?
- ✓ As especificidades e limites de cada meio de comunicação: nas cidades, as TVs, tanto as abertas como as educativas. No interior do Estado, contudo, muitas vezes só se pode contar com o rádio, e, em algumas, ainda, só rádio amador;
- ✓ Os programas educativos que, nas TVs comerciais, são exibidos “em horários que o pessoal não assiste”;
- ✓ “As pessoas lêem as manchetes, mas não a matéria inteira. E, às vezes, as manchetes são problemáticas. Há o caso da pessoa que sofreu acidente em sua cidade e veio para Cuiabá para ser operado. Dentro de 30 dias, teria que fazer nova cirurgia. A manchete foi que ele ficou 30 dias sem atendimento! Então, isso chega na nossa cidade e nós somos criticados”.
- ✓ “A jornalista ficou chateada porque uma pessoa não quis dar informação. Mas ela precisa pensar que talvez aquela não fosse a pessoa indicada para dar aquela informação (...), tem que ser a pessoa que sabe, que pode

tratar do assunto e dar uma informação ampla e clara do jeito que a sociedade merece”;

- ✓ “É preciso rever como a saúde é tratada nos programas jornalísticos, levando-se em conta que uma questão de saúde, geralmente, envolve vários campos específicos de produção de conhecimento. É preciso discutir a multidisciplinaridade também na imprensa, porque ninguém domina todos os campos do conhecimento;”
- ✓ O mito do domínio do conhecimento na saúde e a dificuldade enorme de socialização na própria área: “há dificuldade de ser socializado para nós do Conselho, temos dificuldade de lidar com os próprios médicos, quando se trata do conhecimento, da informação. Então, há uma questão de que precisamos tratar: quem detém o conhecimento no campo específico da saúde, da doença, também quer manter o poder, e isso é um problema muito sério. Nós temos poucas pessoas formadas nessa linha de uma formação popular, voltada para o interesse social. A melhor discussão que a gente teria nesse campo de encaminhamento é discutir o papel da mídia como mediadora do conhecimento: temos que apontar, pelo menos para os jornalistas, a necessidade de sermos parceiros, de eles serem mediadores desse conhecimento científico. Por outro lado, os governos precisam colocar essa questão da informação: não são só vocês, jornalistas, que têm dificuldade de obter informações, nós, no Conselho, também. É fundamental que a informação seja democratizada.”
- ✓ É preciso investir na formação dos profissionais de saúde dos municípios em relação à comunicação. Algumas Oficinas já foram realizadas e há bons resultados. “Agora poderíamos fazer oficinas com os jornalistas, sobretudo com os professores universitários que trabalham com comunicação, para debater principalmente o conceito de saúde. Porque esse conceito que

estamos trabalhando, nem os profissionais de saúde ainda conhecem bem, ainda não estão completamente mobilizados para isso de saúde não ser só bem-estar físico: há toda uma outra estrutura que envolve essa questão da qualidade de vida. Os jornalistas, também, a maioria, não tiveram acesso a esta informação”.

- ✓ É preciso que as Secretarias estimulem a multidisciplinaridade também nos projetos desenvolvidos, por exemplo, nas escolas, utilizando vídeo e outros materiais, envolvendo jornalistas, pedagogos e profissionais de saúde. “Essa parceria, com certeza, trará bons frutos e a Secretaria estará aproveitando bem essas oportunidades. As Oficinas são importantes, mas também é preciso ações concretas mais imediatas.”
- ✓ A perspectiva da promoção da saúde extrapola a área da saúde, está presente na interdisciplinaridade e também na intersetorialidade, através do envolvimento de outras instituições, daquelas que lidam com a questão da violência, da comunicação social, por exemplo. “Somos todos responsáveis pelo SUS, comunicadores sociais e profissionais de saúde (...) A questão que está sendo muito colocada é a da informação, os materiais gráficos... e, aí, a gente tem que se questionar se a informação é a meta. Comunicadores Sociais e profissionais da Saúde precisam repensar suas ações. Se a gente achar que a questão é a informação pela informação, também estamos equivocados. O processo de formação do cidadão é o de questionamento interior, questionar valores, e não ser o salvador da pátria e dizer qual é a solução. Comunicadores, educadores e profissionais de saúde têm uma responsabilidade comum, que é a formação de cidadãos. Nessa perspectiva, não tenho modelos a serem seguidos; preciso construir conceitos com as comunidades com as quais eu trabalho, discutir encaminhamentos, e se eu não colocar parâmetros objetivos e prévios, aqueles que eu acho que são corretos, não conseguirei chegar a nada.

- ✓ “Nós temos que rever a nossa tradição campanhista. Campanhas são tópicas, isoladas e não ações permanentes. Em geral, fala-se muito e se escuta muito pouco, e, muitas vezes, não consideram as particularidades e prioridades de cada local, de cada situação de saúde. Acabam por tratar de algumas questões, geralmente uma doença; já vimos que Saúde é muito mais do que isso. Mesmo assim, tratam de algumas, como a AIDS, a dengue – em época de epidemia – enquanto outras, como a doença de chagas, a leishmaniose ficam esquecidas. Temos visto que, na televisão, por causa do custo, mesmo as campanhas de AIDS estão ficando menos tempo no ar e acabam limitando-se ao carnaval e ao dia mundial de luta contra a AIDS. Conforme o orçamento, você pode ter também alguma campanha para as mulheres ou para os adolescentes. As campanhas podem cumprir um papel – o de colocar o assunto em pauta, atualizar alguma informação – mas não vão resolver aquele problema de saúde e também não vão isentar-nos de pensar e desenvolver várias outras estratégias. Não podemos dar-nos ao luxo de abrir mão de qualquer tecnologia ou prática; é preciso definir caso a caso o que é melhor e, geralmente, combinar várias estratégias. Temos que estar abertos para lidar com as várias realidades, que não são nada simples nem homogêneas. Para fazer o quê? Justamente aquilo que as campanhas não possibilitam, que é essa relação mais permanente, esse entendimento mais amplo.”
- ✓ “Precisamos ter também o compromisso de avaliar permanentemente as nossas ações e projetos. Falamos muito que avaliar é algo importante, mas temos muita dificuldade de lidar e incorporar essa avaliação ao nosso cotidiano. Entre outras razões, porque muitas vezes temos idéia da avaliação como um processo acro, que paralisa todas as outras atividades, e não precisa ser assim. Há metodologias que podem ser incorporadas ao cotidiano e serem realizadas pelos próprios profissio-

nais. E não é só a pesquisa de opinião, tipo IBOPE, porque esse tipo de pesquisa serve para algumas coisas, mas não para todas. Muitas vezes, é necessário combinar metodologias, fazer também pesquisa qualitativa, multidisciplinar, também em relação às práticas de Comunicação, Educação e Saúde. Tivemos aqui um depoimento muito rico, a respeito de uma pesquisa sobre o universo de representações do câncer. E um de seus resultados foi identificar vários discursos presentes no universo da população: ao mesmo tempo em que exemplifica como estamos o tempo todo sendo disputados e reeditando vários discursos sobre uma mesma questão, aponta também para uma grande lacuna, a ausência do discurso das ações e serviços de saúde. O que está acontecendo? Os serviços não estão falando sobre isso, ou estão falando de uma maneira que não interessa e não é valorizada pela população? Nós temos a tradição de falar, de fazer, de produzir muitos materiais e, muitas vezes, ainda, de forma vertical, de cima para baixo, centralizada. E nós que lutamos pelo SUS, pela descentralização, temos que descentralizar também essa produção e, principalmente, ouvir as várias pessoas envolvidas, para entender melhor a situação, para acumular experiência e fazer as correções de rota que são necessárias..”

- ✓ “É importante considerar e abrir interlocução com vários espaços que já existem no campo da saúde. Mas, antes, quero destacar este que estamos vivendo aqui, que deve resultar em propostas concretas de articulação entre profissionais da saúde, comunicação, universidades (entre serviços e pesquisas). Existem vários pontos de contato e interesse que precisam ser explorados. Entre vários espaços para reflexão, o debate e o intercâmbio de experiências, podemos destacar: o Grupo de Trabalho de Saúde e comunicação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (GTCM/ABRASCO), que está

com uma lista de Discussão sobre Políticas de comunicação para o SUS, tendo em vista justamente a realização da XI Conferência Nacional de Saúde e todos as Conferências Municipais e Estaduais que estão acontecendo no Brasil (para acessar: www.abrasco.com.br); o conselho Nacional de Saúde, que conta com o Jornal do conselho, que pode ser mais um espaço para troca de experiência entre Conselhos, inclusive aqueles de outras áreas, não só os da saúde; o Departamento de Comunicação e Saúde/CICT/Fiocruz, desde já se propondo a parcerias de vários tipos, com Secretarias e Conselhos, como cursos e oficinas de Comunicação e Saúde, avaliação de práticas e produtos etc.; a RedPop (Rede de Educação Popular em Saúde).

- ✓ Júlio Müller, Secretário Estadual de Saúde/MT – Boa tarde a todos. Eu gostaria de dizer que estou muito feliz com o êxito desta mesa, cuja idéia, do pessoal de Comunicação Social e Saúde, foi juntar a mídia e os profissionais. Acho excelente, até porque nosso mote hoje é que saúde é muito mais informação, comunicação, conhecimento do que propriamente atos tecnológicos médicos - isso é para doença; saúde é outra coisa. Deu para perceber que muita coisa rolou e foi discutida, idéias, conflitos, parcerias... quero, também, agradecer a nossa companheira do Rio de Janeiro que veio nos ajudar neste debate.
- ✓ Dr. Nelson Rodrigues dos Santos, Secretário do Conselho Nacional de Saúde, está aqui conosco e, também, gostando muito do debate. Quero pedir-lhe dois minutinhos de sua fala a fim de convidar a todos para, daqui a pouco, estarem na entrega de prêmios, que vai contar com a participação do Ney Matogrosso, que está ajudando a divulgar e prevenir a hanseníase.
- ✓ Dr. Néilson Rodrigues dos Santos, Secretário do Conselho Nacional de Saúde: Pessoal, eu não vim aqui para falar muito e sim, para aprender. Eu queria colocar duas coi-

sas que eu aprendi. Primeiro, que eu levei uma grande lição: eu vi aqui, não só repórteres, mas também editores responsáveis pela mídia local, regional, junto com delegados dessa Conferência, com técnicos de comunicação. Isso escapou de nós; não fomos capazes a nível nacional. Nós já fizemos muitas coisas, mas ainda não demos esse salto. Aprendi e vou levar imediatamente para lá. Essa é uma linha de trabalho que põe junto esses atores... da primeira vez, pode não dar muita liga, mas, com o tempo, vai dar essa liga. E aí vem a segunda coisa que aprendi aqui: vocês falaram muito em normatividade, vários Programas de Saúde da Família, Agentes de Saúde em todo país - não é a primeira vez que eu escuto essa preocupação, de que o sucesso da ação está sendo efetivado a nível da família, da responsabilização da equipe com a família; daí a resolutividade da atenção básica, que é o PSF (nessa capilaridade, nesse par que liga o agente à população). A gente tem que estar atento para não dar mais eficiência e capilaridade a essa normatividade. Isso é o começo do fim do PSF. Esse é um alerta que já havia escutado outras vezes....

Nós, da Saúde, que avançamos muito no SUS e estamos deslumbrados com isso, porque nós fomos contra a correnteza do neo-liberalismo, quando todas as políticas sociais foram arrebatadas, o SUS resistiu; arrebatou parcialmente, mas não totalmente: o eixo básico do SUS está avançando, com os Conselhos de Saúde, o PSF com resolutividade, com novas racionalidades, com controle social. Nós do SUS, com esse deslumbramento de estar remando muito bem contra essa correnteza, durante a década de 90 inteirinha, não podemos, por causa disso, deixar de ter uma certa humildade, uma certa resignação, o realismo de termos que enxergar a mídia. A mídia faz as manchetes que dão IBOPE, senão ela cai, ela tem que estar nessa selva, e bem sucedida. Acho que nós temos que estar discutindo a manutenção das manchetes, mas também o que está por trás: a interpretação. Nós não podemos querer fazer

uma normatividade nossa, levar a nossa lógica para a mídia, que não vai dar. Não tem fórmula, mas é um desafio: discutir com a mídia alguma coisa que não seja pedir que ela mude a manchete do último assassinato pela do saneamento. Não vamos conseguir.

Janine - Modéstia do Dr. Néelson, que tem aberto espaços importantes para a discussão da comunicação no Conselho Nacional de Saúde. Na sua gestão, foi criada a Comissão Assessoria de Comunicação e Saúde.

E dizer também que parece que esse primeiro encontro já deu muita liga. Foi possível perceber o interesse de vários profissionais numa maior aproximação. As arestas, que a gente sabe que existem, não impedem que avancemos em várias alianças, porque, a partir daqui, é preciso pensar com muito cuidado em aproveitar as várias possibilidades de projetos em que a gente pode avançar.

Ana Boabaid - Educação em Saúde/SES: E um dos parceiros que nós procuramos trazer é a academia; vários professores estão aqui, buscando essa frase "Saúde é Comunicação".

Mariane Oliveira - Assessora de Imprensa/SES: Só para complementar, os professores da UFMT e da Univag, anteciparam a proposta que era nossa: a de realizar uma parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde e as faculdades de Comunicação, levar a discussão da comunicação voltada para a saúde, como é que funciona. Os jornalistas que acabam de se formar não sabem qual é a estrutura, qual a situação da saúde pública no Estado, não conhecem a política de comunicação do SUS. Então levaremos essa discussão para que eles entrem no mercado de trabalho já tendo essa ligação com a saúde pública e inteirados do processo.

- Isso é importante, mas, primeiro, tem que informar o que é saúde, trabalhar isso.

Ana - é nessa linha de aproximação, com essas parcerias, que estamos buscando, inclusive, abrir um campo de estágio na Secretaria, para ver se se forma uma aliança com a academia. Estamos de portas abertas também para as propostas.

Agora, eu queria colocar o que está sendo feito sobre desnutrição, mesmo que os jorna-

listas que tocaram nesta questão já tenham saído. E destacar o aleitamento materno, um dos programas que avançou no Estado. E um dos nossos principais parceiros foi a Secretaria de Cultura, inclusive recuperando, fazendo um resgate da cultura indígena, como se pode perceber na camiseta (aponta para um dos participantes)... também o SISVAM, antes mesmo de o MS fazer, nós fizemos parcerias com os Correios - Carteiro Amigo da Criança -, fizemos concursos e muitas outras coisas.

Jurandir – Só para encerrar, eu queria fazer um depoimento aqui. Em 1986, quando o Dr. Júlio me chamou para trabalhar na área da Saúde, eu fui o primeiro jornalista a trabalhar na área da saúde; eu me lembro muito bem que um médico famoso aqui no Estado entrou na sala e falou “O Júlio Müller está enchendo a saúde de hippies” (risos). Essa era a visão que tinham dos jornalistas naquela época e se achava absolutamente desnecessário um setor para cuidar da relação com a mídia, com a imprensa e é fundamental que a gente tenha esse profissional, que seja intermediário nessa relação. Essa relação não é fácil, o técnico não tem essa possibilidade, de lidar no dia-a-dia do sistema de saúde, com essas linguagens. São linguagens e temos que aprender o mundo das linguagens. Então, temos a linguagem específica que é da comunicação e da mídia, e todo o setor da Saúde tem que fazer um esforço para isso. E acho que, além de fundamental, foram levantadas várias questões fantásticas aqui, para quem, como eu, foi pioneiro desse processo de se ter uma estrutura de comunicação na saúde. Eu estou extremamente contente de ver o avanço que houve,

de ter uma mesa debatendo, civilizadamente, este tema. Já tivemos outras situações muito conflituosas nessa relação. E acho que é isso que a Janine identificou; nós temos dois setores aqui, doidos para trabalhar juntos e está faltando alguém para fazer essa interligação. Todos os jornalistas aqui deixaram absolutamente claro que têm a necessidade de ter, dentro da Secretaria ou da área da Saúde como um todo, uma ponte, uma ligação que facilite o trânsito dos profissionais de comunicação; e isso é uma dificuldade. Eu trabalhei 6 anos na área da saúde, conheço bem a estrutura de saúde no Estado inteiro. Nós também temos que fazer essa reflexão. Eu conversei muito com Maria Helena, o profissional técnico tem que abrir a possibilidade, abrir a guarda para o jornalista. O jornalista não é o demônio, ele não está lá para destruir. Agora, se a gente fechar, aí, sim, o jornalista vai dar a versão dele. O que acontece muito na saúde é isso, ele não tem a volta. Aí o que ele vai fazer? O seu editor quer a matéria, o espaço dele na página está reservado e ele vai ter que pôr alguma coisa, senão ele vai para a rua. Então, nessa relação, também temos que entender, que, atrás dele, há o editor, o sub-editor, há o dono de TV e ele tem que pôr a matéria no ar. Ele sai com 5 pautas; se chegar lá e ninguém falou, ele vai falar mesmo e aí vai ser a versão dele que não é, com certeza, a versão que nos interessa. Então, temos que ter a clareza desta relação e do mesmo modo que temos a cobrança de vários chefes, dos secretários, o jornalista também tem. E gostaria de terminar, agradecendo a Janine pela participação.

Vigilância de Serviços, Produtos e Ambiente de Trabalho

MESA 12

Coordenadora: Mara Castrillon

Chefe da Divisão de Vigilância Sanitária – SES/MT

A coordenação da mesa iniciou os trabalhos fazendo um breve relato sobre o significado e a apresentação dos resultados alcançados na execução da vigilância de serviços, produtos e ambiente de trabalho. Posteriormente, o convidado Geraldo Luchessi apresentou, de forma sucinta, a evolução histórica ocorrida na Vigilância Sanitária Nacional até a criação da ANVISA; após apresentação, abriu-se o debate. Durante o debate, foram apresentadas propostas gerais relacionadas à implementação das ações de Vigilância Sanitária e específicas relacionadas ao trabalhador, envolvendo, inclusive, outros órgãos, tais como o Ministério do Trabalho, a Secretaria de Agricultura e o Meio Ambiente.

Expositor: Dr. Geraldo Luchessi

Consultor do Senado na área de saúde,
Mestre e doutor na área da Vigilância Sanitária

O palestrante realizou um levantamento histórico da atuação da Vigilância Sanitária Nacional, contemplando os aspectos destacados na continuação.

A VISA atua sobre os fatores de risco associados a:

- ✓ produtos de interesse da saúde e
- ✓ serviços relacionados com a saúde,
- ✓ com ambiente, e o
- ✓ ambiente de trabalho.

Os saberes e práticas da VISA se situam num campo de convergências de várias disciplinas e áreas de conhecimento humano, tais como química, farmacologia, epidemiologia, engenharia civil, sociologia, prática, direito, economia política, administração pública, planejamento e gestão, biossegurança, bioética e outras.

De todas essas disciplinas e áreas, a VISA se alimenta e se beneficia, no sentido de ganhar mais eficácia.

A instrumentalização legal é condição para o exercício de diversas práticas da VISA, devido à natureza jurídico-política de sua intervenção, disciplinadora da vida em sociedade e aos aspectos técnico-sanitários. As normas técnicas, congregando direito e norma, compõem os códigos que visam a assegurar os princípios de saúde pública, acompanhando a evolução da ciência e da tecnologia, para que a VISA possa cumprir suas finalidades, num universo abrangente, dinâmico e complexo; suas práticas devem articular-se, integrar-se, estrategicamente, ao conjunto das práticas sanitárias, com uso concomitante de vários instrumentos, com participação e controle social.

Como decorrência do caráter interdisciplinar, as ações da VISA incorporam várias acepções de risco. Uma vez identificados os riscos, é preciso empreender ações de controle. Para tanto, devem ser empregados múltiplos instrumentos, além da legislação e da fiscalização; a comunicação e a educação sanitária, os sistemas de informação, o monitoramento de qualidade de produtos e serviços, a vigilância epidemiológica de eventos adversos, relacionados às condições do trabalho e do ambiente e ao consumo de tecnologias médicas, de água e de alimentos.

É importante ressaltar o papel do laboratório na estrutura da VISA. O laboratório deve ser mo-

derno e estar equipado, para dar respostas ágeis na avaliação de qualidade de produtos e das repercussões de riscos e de agravos sobre a saúde das pessoas.

Origem Histórica

Década de 1960 - episódio da Talidomida - marco da história da regulamentação sanitária em todo o mundo (atribuída aos fabricantes responsabilidades pela qualidade dos produtos oferecidos ao mercado e onde o monitoramento dos efeitos adversos, sobretudo de medicamentos, passou a ser comum em países desenvolvidos).

Após a 2ª Guerra Mundial - contribuição da Organização Mundial da Saúde - proclamação da saúde como um dos direitos humanos fundamentais.

Brasil: da Monarquia até o fim da República Velha (1930), o controle sanitário baseava-se no modelo existente em Portugal, onde cabia às câmaras municipais as medidas de higiene pública (limpeza das cidades, controle da água e do esgoto, comércio de alimentos, abate de animais e controle de regiões portuárias). Ações de fiscalização e de punição no Brasil eram de eficácia reduzida.

1832 - publicação e promulgação do Código de Postura do Rio de Janeiro - prática da licença no controle das fábricas, além de estabelecer normas para cemitérios e enterros por doenças contagiosas, para pântanos e águas infectadas, matadouros, currais, açougues e gêneros alimentícios, para o exercício da medicina e de farmácia, para o controle de medicamentos, hospitais, casas de saúde e fábricas.

1849 - se revogou a municipalização, recriando órgãos centralizados.

1851 - portaria do Ministério de Negócios do Império proibiu a criação de novas casas de saúde sem consulta prévia à junta de higiene pública.

A partir de 1889 - Estados passaram a dispor de código sanitário próprio.

1904 - implantação de novo regimento dos serviços sanitários da União, aprovado pelo Decreto nº 5.516, de 1.904, que previu a elaboração de um código sanitário pela União e a instituição, no Distrito Federal, do juízo dos feitos de saúde pública.

1923 - Código Sanitário Federal.

1932 - O interventor da saúde de MT - Júlio Müller promulgou o código sanitário de MT.

Participantes da Mesa-Redonda



Política de Assistência Farmacêutica

MESA 13

Coordenador: Dr. Augusto Frederico Müller Júnior

Assessor Especial da SES/MT

Os trabalhos foram iniciados após abertura e composição da mesa pelo coordenador. A Dra. Suzana apresentou uma síntese, ao grupo, sobre a questão farmacêutica.

Expositora: Suzana Machado Ávila

Representante do Ministério da Saúde

A palestrante iniciou a sua apresentação, abordando os seguintes aspectos:

A Descentralização da Central de Medicamentos (CEME) em 1997 (quando foi desativada essa grande distribuidora de medicamentos, criou-se um vazio). Começa então uma discussão na Comissão Intergestora Tripartite do que se fazer.

Em 1998, foi publicada a Política de Medicamento, tendo como base oito diretrizes:

1. Reorientação do modelo farmacêutico,
2. Adoção de medicamentos essenciais,
3. Regulamentação sanitária (lei de genéricos, criação da Agência),
4. Uso racional (prescrição racional),
5. Descentralização da gestão,
6. Otimização e eficácia,
7. Capacitação e desenvolvimento tecnológico - científico e
8. Capacitação de recursos humanos para essa política.

Descentralização da gestão - trabalhar com o processo de alteração e concepção.

Reorientação - diretriz prioritária.

Com a Portaria Ministerial N.º 176, efetiva-se, em março de 1999, o incentivo para custeio de medicamentos para a Atenção Básica (50% de recurso federal e 50% dividido entre Estado e município, acordado na CIB Estadual).

Medicamentos de Alta Complexidade - O Estado tem programa para compra.

Medicamentos Centralizados - AIDS, Tuberculose, Hanseníase, Diabetes, Insulina, Hemoderivados.

Existem vários aspectos envolvidos:

- Abastecimento de medicamentos em todas as etapas construtivas;
- Conservação e controle de qualidade;
- Acompanhamento e avaliação de utilização;
- Obtenção e difusão de informação sobre medicamento;
- Educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade;
- Segurança, eficácia e qualidade.

Pactos realizados pelas CIB's na Política de Medicamentos:

- Centralizada no Estado;
- Parcialmente centralizada no Estado;
- Totalmente descentralizada para os municípios e;
- Parcialmente descentralizada para o município.

Implantação desse trabalho - processo de qualificação.

A avaliação no país foi feita em agosto de 2000: Fundo Municipal (42% dos recursos) e Fundo Estadual (57% dos recursos).

Demonstrativo de recursos do Fundo Estadual (abril de 1999 - março de 2000) = R\$ 239.502.203,79.

Região Centro-Oeste pactuou 23 milhões, alocou 14 e gastou 12 milhões.

Expositor: Léo Mário Rachid Jorge

Técnico da SES/MT

O palestrante Léo Mário fez um breve histórico da implantação da Política Farmacêutica no Estado, ressaltando os seguintes aspectos:

Apresentação da Portaria GM N.º 176, de março de 1999, e das Resoluções CIB N.ºs 011, 012 e 042, de 1999, que dispõem da lista de medicamentos básicos para o Estado.

A seleção de medicamentos é feita com base nas doenças prevalentes.

Programação – por quê fazer e como fazer.

Aquisição - feita através dos Laboratórios Oficiais, buscando melhores preços, qualidade, comparativo de valores, pronta entrega e facilidade de pagamento. Movimentação do estoque.

Estocagem - ver as condições ambientais (temperatura, umidade, luminosidade).

Distribuição.

Relatório que o município tem que apresentar ao Estado.

Contrapartida do Estado – avaliação, com base nos relatórios dos municípios.

Na avaliação geral, foram ressaltadas as seguintes dificuldades:

- Aquisição e distribuição dos medicamentos;
- Municípios não estão comprando o que foi pactuado e;
- É necessário que a nota fiscal da Farmácia Básica seja separada.

Após a segunda apresentação, foi aberto espaço para debate. Surgiram intervenções,

questionamentos, que foram de grande importância para se esclarecer a Política de Assistência Farmacêutica.

Juína - Tânia Mara - Representante de Usuário - Que instâncias podem ser buscadas para se obter informações sobre medicamentos?

Reposta: o Conselho Municipal de Saúde e a Câmara de Vereadores. O município também tem comprovante dos medicamentos que está recebendo.

Jaciara - Pedro Soares - Os remédios produzidos nos Laboratórios Oficiais custam mais barato. E se os medicamentos fossem produzidos nas regiões?

Reposta: Na área de medicamentos, isso é uma verdade linear. Os lotes econômicos são bem menores. 1º - montar uma estrutura de boas normas de produção (jurídicas, legais); 2º - montar um laboratório funcionando em condições (profissionais, manutenção de equipamento, validade de produção); 3º - matéria prima (fazer encomendas claramente); 4º- ter estudo econômico de todos esses fatores para poder dar conta de permanecer. Se não houver escala econômica, não vale a pena.

Itaúba - Glorice - Usuária - não entendeu o valor da pactuação. Vai ser dobrada, triplicada? Há possibilidade de formação de um consórcio para a Farmácia Básica?

Reposta: O recurso é pouco, mas, mesmo assim, o município gasta. A questão é de controle social e a SES vai fazer a sua parte. A idéia dos consórcios é muito boa. A formação de um Consórcio Intergestor para Farmácia Básica é que definiria essa política (experiência do Paraná). Mato Grosso já estudou essa possibilidade e, segundo a Procuradoria Geral do Estado (PGE), isso é inconstitucional, portanto, não se tem respaldo jurídico para essa questão. Mas este é um momento importante para fazer encaminhamento de propostas.

Juara- Dênis - diretor do Pólo de Juara - Relata mais detalhes sobre o Consórcio do Estado do Paraná, informando que o Estado não libera verba para o município que não tem o profissional farmacêutico. Os consórcios pagam os farmacêuticos que não têm integração com a SES. Verificar mais a parte técnica.

Paranaíba - Lúcia - solicita para que se analise a dificuldade de compra de medicamento dos municípios. Reforça a idéia dos consórcios.

Primavera do Leste - Paulo - Coloca que não "vê" o recurso do município. Por onde ele chega?

Resposta: O recurso federal é depositado diretamente na conta do Fundo Municipal de Saúde, a parte do Estado é repassada na forma de medicamentos e o município deve comprar a sua parte.

Recomenda-se que o Secretário Municipal de Saúde converse com o Prefeito.

Diamantino - Sirley - Chama atenção para que o Conselho Municipal de Saúde exerça sua função de órgão fiscalizador e pergunta se há algum curso de especialização na área de medicamentos naturais. Também coloca sua preocupação com a questão da automedicação e inquire se existe alguma providência nesse sentido.

Resposta: Existem estudos fármaco-econômicos. Está-se gastando muito porque se gas-

ta mal. A mesa não tem conhecimento de nenhum curso de especialização nessa linha.

Considerações finais da mesa: Os pequenos municípios não têm economia de escala para provisionamento natural. Propõe-se estudar formas de reverter a situação nos municípios com população abaixo de dez mil habitantes, centralizando na aquisição e descentralizando na distribuição. A discussão que deve permear o SUS é a do atendimento universal, independente do custo. A questão-problema é a gestão municipal. Sugere-se que, a partir do ano 2001, o Estado se proponha a entrar com o valor de um real e cinquenta centavos por habitante/ano. O orçamento para 2001 disponibilizará um recurso considerável, levando-se em conta a aprovação da Emenda Constitucional 29. Quanto às informações para os usuários, devem ser repassadas pelo Conselho Estadual de Saúde. Também se faz necessária uma estruturação sólida da equipe farmacêutica.

Historicamente, está-se fazendo Assistência Farmacêutica no Estado de Mato Grosso.

Expositora Suzana Machado Ávila



MESA 14

Coordenadora: **Lídia Maria Bocaiuva**

Superintendente da FUNASA/MT

A abertura dos trabalhos foi realizada pela doutora Lídia Bocaiuva, que destacou a importância da discussão e formulação de propostas referentes ao tema em questão; a mesa teve um caráter interativo.

Jorge (FUNAI): avalia o processo de implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) abordando o não envolvimento da FUNAI com o processo, na composição e participação ampliada com a comunidade e com os servidores, que serviu para corresponder às expectativas criadas através das discussões das Conferências.

Com isso os problemas foram inúmeros. Não há, no órgão, quem possa discutir saúde, bem

como seus poderes e canais, não estando claro seu papel enquanto “acompanhador” do processo. A FUNAI pauta sua ação na experiência indigenista e a FUNASA, na causa sanitária. Os critérios estabelecidos são pessoais, não institucionais. Os modelos de gerenciamento são diferentes, criando entraves políticos à distribuição geográfica. As propostas de divisão dos Distritos não foram respeitadas, cita o caso de Juína, que possui fluxo natural. As articulações inter-municipais, estaduais, são dificultadas pelos seus modelos. Se queria repetir a distribuição feita pela FUNAI, que não saiu do nada. Reporta-se ao exemplo de Tangará e Rondonópolis, por serem distintas, que avancem de forma diferenciada. Menciona a falta de articulação entre DSEI e sugere a implantação de um Conselho Interdistrital, como forma de troca de experiências. Sobre a terceirização, ainda existe conflito de competência, inclusive entre os índios. O Controle Social está tardiamente implantado; visto como base e força ao mo-

Delegados das nações indígenas



delo, não foi priorizado. Reflexo da participação do Estado. Sugere através da CAIEMT a participação do Estado. Todo o processo depende de ajustes.

Sebastião (CIMI): O CIMI faz uma leitura diferente da política posta. História o avanço do Estado nas discussões de implantação dos DSEIs, defendido e recomendado nas Conferências, salientando que os critérios estabelecidos não foram respeitados, os perfis epidemiológico, sanitário e cultural. Os gerentes seriam eleitos gestores do Controle Social. A proposta apresentada já veio definida geograficamente com autoridade e com política de terceirização, que não é a ideal para a atenção à saúde dos povos indígenas, perdendo-se toda a construção da política do Estado para os índios. Os repasses financeiros programados para 06 etapas, e feitos apenas em 2, influem diretamente na qualidade da atenção. Estão sendo usados para legitimar uma política que não é a mesma defendida. A terceirização contribui para o avanço da nossa política da saúde indigenista.

Irânia (CR/MT): Falou do processo de implantação dos DSEIs e da responsabilidade da FUNASA, que é o órgão executor da saúde indígena, e se baseia nos princípios do Sistema Nacional de equidade, universalidade e integralidade, assegurados em lei. Devemos garantir as conquistas segundo a II CNSPI, que recomendara a saúde indígena para o Ministério da Saúde, inclusive com o surgimento dos problemas colocados pelo Jorge, dizendo que podemos avançar se esses direitos forem assegurados, inclusive com as informações (Sistema). Quando o Decreto foi assinado, a CEPSI, através do qual a FUNASA fazia parte, já estava há mais tempo envolvida na proposta. Exemplificando a

realidade do Araguaia, se reporta à criação dos 34 DSEIs, dos quais 4 são em Mato Grosso, gerencialmente ligados à Coordenação Regional sob modelo de Distritos Sanitários, com seus princípios específicos (Populacional, Territorial, Organização Social e Perfil Epidemiológico). As estratégias utilizadas formam a assistência através das equipes do PSFI, estabelecendo parcerias com as Organizações Não-Governamentais, municípios, Estados e o controle social.

Dr. José Alexandre (Procurador): Esclarece a sua função, sendo o responsável pela fiscalização e o acompanhamento das leis, inclusive em áreas indígenas (garimpo, demarcação etc.). Na área da saúde, tem promovido algumas reuniões com a FUNASA e os DSEIs, buscando o conhecimento da realidade, apesar de saber que o modelo é novo e, com ele, os problemas. Aborda a inexistência da distribuição de papéis entre as instituições diretamente envolvidas. Propõe essa diferenciação e os mecanismos de ações para busca da melhoria da assistência, e o Ministério Público, como interlocutor nessa aproximação entre instituições e também o Fórum, para se avaliar o modelo implantado.

Debate:

✓ Sobre a formação do projeto Xamã e AIS - a proposta dos índios é a regulamentação através da profissionalização, com participação das Escolas Técnicas de Saúde em todo o Brasil, com a inclusão do ensino fundamental.

✓ *Pedrinho Sirenhora:* Ressalta que tem acompanhado o trabalho do Pólo; o DSEI, de acordo com o compromisso com o doutor Ubiratam, não tem cumprido o que prometeu; a mortalidade tem crescido. As ações de saúde têm sido prejudicadas.

Estratégias de Organização do Sistema Estadual de Atenção à Urgência e Emergência

MESA 15

Coordenadora: Alice Harumi Matsumoto

Grupo Técnico de Urgência e Emergência- CAHA/SES/MT

Os trabalhos desta mesa pretendem avaliar as estratégias de organização do Sistema Estadual de Atendimento em Urgência e Emergência, bem como apontar propostas para o avanço e consolidação do Sistema.

Expositora: Marta de Medeiros Neder

Médica da Divisão de Programação das Ações de Alta e Média Complexidade-SES/MT e Membro do Grupo Técnico de Urgência e Emergência

A expositora apresentou as metas propostas para a "Implantação do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência/Emergência." Convênio N.º 3224/98-SERH/SUS/UE.

O Convênio tem por objetivo apoiar a Implantação do SERH/SUS/UE, visando à capacitação de Recursos Humanos e aquisição de equipamentos para os Hospitais do Estado que integram e a serem integrados no SERH/SUS/UE - MT.

Considerando os recursos disponíveis pelo Ministério da Saúde para execução deste projeto, foram propostas as seguintes metas:

1. Aquisição de equipamentos médico-hospitalares para os Hospitais do Estado integrantes e a integrar o SERH/SUS/UE, R\$ 2.261.440,00.

2. Implantação da Central de Regulação, R\$ 121.840,00

3. Aquisição de equipamentos para atendimento pré-hospitalar e acessórios, R\$ 295.680,00

4. Cursos de capacitação de Recursos Humanos para profissionais que atuam nos referidos hospitais, R\$ 621.040,00. Total: 87 cursos.

Metas Atingidas:

1. Aquisição de equipamentos médico-hospitalares para:

Pronto Socorro Municipal de Cuiabá

Pronto Socorro Municipal de Várzea Grande

Hospital Regional de Colider

Hospital Regional de Sorriso

Hospital Municipal de Barra do Garças

Santa Casa de Misericórdia de Rondonópolis

2. Implantação da Central de Regulação - Aquisição de equipamentos de informática para as Centrais de Regulação - em licitação.

A SES elaborou o projeto geral das Centrais de Regulação Estadual e Regional. Além disto está realizando reuniões nas regiões, com a finalidade de orientar as implantações. A Central Estadual, que será a matriz para as demais, está passando por um processo de reestruturação, para adequar-se ao projeto proposto neste componente. A implementação das Centrais de Urgência Hospitalar Estaduais, que funcionarão na Unidade terciária, está sendo realizada em conjunto com o gestor municipal e gestor hospitalar.

3. Aquisição de Equipamentos pré-hospitalares e acessórios.

A Central de Regulação pré-hospitalar está em fase de implementação, para funcionar em parceria com o Corpo de Bombeiros e atender, inicialmente, Cuiabá e Várzea Grande. O médico responsável pela implantação do sistema é contratado pela SES. Foi criado o Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência - SIATE, no âmbito do Sistema Único de Saúde de Mato Grosso - SUS/MT - Portaria SES/GS 078/99.

Os equipamentos previstos no convênio já foram licitados, sendo que parte já foi entregue e outros estão em fase de entrega.

Unidade de Atendimento Pré-hospitalar - SIATE

- Ambulância Classe B Básico (03);
- Ambulância Classe D equipada (01).

4. Cursos de Capacitação.

Foram realizados os cursos abaixo relacionados:

- Suporte Avançado de Vida no Trauma (ATLS) - 4 cursos - 64 profissionais nível superior.
- Suporte de Vida no Trauma Pré-Hospitalar (PHTLS) - 01 curso - 32 profissionais nível superior e médio.
- Curso de Capacitação para Socorristas - 04 cursos (equivalente a 36 cursos de meta inicial) - 120 profissionais nível médio, referente à carga horária de 242 horas.
- Curso de especialização "Enfermagem em Urgência / Emergência - 01 curso - 30 enfermeiros.
- Curso de Atualização em Comissão de Infecção Hospitalar - 04 cursos - 80 profissionais de nível superior.
- Curso de atualização em Urgência e Emergência Clínica e Cirúrgica - 02 cursos - 150 profissionais de nível superior.

- Suporte de Vida no Trauma para Enfermeiros (TLSN) - 02 cursos - 40 profissionais de nível superior.
- Curso de Humanização de Atendimento - 02 cursos - 60 profissionais de nível médio e nível superior.
- Curso de Suporte Avançado de Vida em Cardiologia - 01 curso - 28 profissionais de nível superior.
- Curso de Operacionalização de Software - 05 Cursos - 30 profissionais de nível médio e superior.
- Curso de Normas, Rotinas e Fluxos Para Atendimento - 01 curso - 20 profissionais de nível médio e superior.
- Seminário de Urgência e Emergência - 01 Seminário - 110 Profissionais de nível médio e superior.
- Fórum de Urgência e Emergência - 01 Fórum - 100 Profissionais de nível médio e superior.

5. Supervisão dos Hospitais do interior do Estado, para avaliação e levantamento dos problemas de cada hospital de referência, no atendimento de Urgência e Emergência, com elaboração do projeto complementar de investimento, para apresentação ao REFORSUS:

- Consórcio Intermunicipal do Médio Araguaia.
- Hospital Municipal de Alta Floresta.
- Hospital Municipal de Barra do Bugres.
- Hospital Municipal de Juína.
- Hospital Municipal de Juara.
- Hospital Municipal de Peixoto de Azevedo.
- Hospital Regional de Colíder.
- Hospital Regional de Sorriso.
- Pronto Socorro Municipal de Várzea Grande.

- Pronto Socorro Municipal de Barra do Garças.
 - Santa Casa e Maternidade de Misericórdia de Rondonópolis.
6. Supervisão dos hospitais já classificados como referência, para atendimento de Urgência e Emergência (município de Cuiabá e Rondonópolis): 02.
- Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá - Nível III.
 - Santa Casa de Misericórdia de Rondonópolis - Nível II.

Expositores:
Gunther Peres Pimenta

Diretor do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência-SIATE

Ricardo Antônio Bezerra Costa

Comandante da Companhia de Urgência e Regate de Acidentados

Coronel Sérgio Delamônica

Diretor Operacional do SIATE

Os expositores fizeram uma discussão sobre a importância do SIATE/MT, no contexto do atendimento em Urgência e Emergência.

Urgência/Emergência

- Trauma é a terceira causa de mortalidade geral na população.
- Trauma é a primeira causa nas primeiras quatro décadas de vida.
- Acidentes de trabalho em 1997 - 3.967 mortes.
- SES/MT 1998 - 2001 mortes por causas externas.
- Ministério da Saúde 1999 - 130.000 mortes por trauma.

- SUS em 1997, 182 milhões de atendimento ambulatorial e 235 milhões de atendimento hospitalar do trauma.
- Acidentes de trânsito custam 1,5 bilhão por ano aos cofres públicos.
- "HORA DE OURO"- É a primeira hora do atendimento, que vai ser muito importante no prognóstico do paciente, que deve ter ações em conjunto entre atendimento pré-hospitalar, atendimento no hospital e acompanhamento ambulatorial e reabilitação.
- Atendimento Pré-hospitalar móvel - SIATE.
- Que é SIATE? - Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergências.
- Resolução CFM - 1.529/98.
- Portaria MS 824/99.
- Portaria MS 814/01.

O Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergências-SIATE foi criado através do Decreto Governamental nº 1.183/2000.

Quais os objetivos do SIATE ?

- Introduzir mudanças em todos os sistemas assistenciais (pronto-atendimentos, pronto-socorros, rede básica etc.)
- Melhorar as condições de atendimento das unidades de referência em urgência e emergência;
- Apoiar os municípios na melhoria do nível de estrutura técnica.

Qual sua área geográfica de atuação?

- Capital.
- Interior - a ser implantado 2001-2002 (parceria SES - Corpo de Bombeiros Militar - Rondonópolis, Cáceres, Barra do Garças e Sinop).
- Formação de Recursos Humanos:
 - Cursos ATLS/PHTLS/TLSN.

- Curso de Capacitação de Socorristas.
- Curso de Técnico em Enfermagem – CBM.
- ATLS - 94 Médicos (Capital e Interior - treinados até 2001)
- Curso de Capacitação de Socorristas - Parceria entre SES (Escola de Saúde Pública) e CBM, até 2001, 160 BOMBEIROS capacitados.
- Implantar a Central de Atendimento e Regulação Estadual de Cuiabá (CARE - Cuiabá) 2001.
- Projetos Para 2001:
- Capital / Interior.
- Formação Recursos Humanos.
- Conselho Diretor SIATE.
- Corpo Médico SIATE.
- Central de Regulação Estadual - Care Cuiabá.

Componentes:

- Centrais de regulação da assistência hospitalar e inter-hospitalar, buscando a modernização gerencial e racionalidade na atualização do sistema;
- Modernização tecnológica das unidades de atendimento pré- hospitalar e hospitalar de referência, com aquisição de equipamentos;

- Capacitação de recursos humanos.

Direcionamento:

- Unidades hospitalares de referência, sistemas estadual, municipais e parceiros.

Atividades prioritárias:

- Atendimento pré- hospitalar e hospitalar:
 - Melhorar a eficácia do atendimento emergencial;
 - Garantir transporte de urgência pré-hospitalar e inter-hospitalar;
 - Realizar cobertura de eventos de riscos.
- Capacitação das equipes:
 - Garantir qualificação técnica da equipe de saúde do sistema;
 - Elaborar plano de treinamento contínuo.
- Central de Regulação:
 - Racionalizar a utilização dos recursos disponíveis;
 - Facilitar acesso da população aos serviços;
 - Componentes integráveis: Central de internação, Central de regulação médica do atendimento pré-hospitalar; serviços de planejamento, controle e avaliação.
- Aquisição e repasse de equipamentos aos hospitais.

Saúde Sexual e Reprodutiva: Questões Inerentes aos Direitos Humanos

MESA 16

Coordenadora: Alice Doroti Ligeiro

Representante do Pólo Regional de
Saúde de Barra do Garças

A coordenadora cumprimentou a mesa e os demais componentes. Os trabalhos foram iniciados com a conceituação de saúde sexual e saúde reprodutiva, numa perspectiva de valorização desses aspectos como profundamente humanos e que requerem atenção redobrada do SUS e da sociedade.

Expositora: Valdete Antiqueira

Coordenadora da Atenção à Saúde da
Mulher e da Criança – SES/MT

Saúde Sexual

Conceito: Capacidade de expressar, desfrutar sua sexualidade, de modo informado, agradável, seguro e respeitoso.

É uma questão de desenvolvimento do potencial humano, livre de discriminação, coerção e violência sexual, com valorização pessoal.

Sistemas de educação em saúde devem estabelecer formas para prevenir, tratar as consequências das formas contrárias à promoção da saúde.

- Assistência;
- Educação;
- Mídia;
- Pesquisa.

Enfoque: acesso, cobertura, qualidade, humanização.

Priorizar: Vulnerabilidade, prevenção, gênero.

Saúde Reprodutiva

Vivência de forma positiva (bem-estar), dos aspectos reprodutivos, de forma completa (física, mental, social), segura, consciente, adequada, universal.

Requer: ações educativas (preventiva de agravos, promoção da saúde).

Assistenciais: em todos os níveis de assistência.

Parcerias estabelecidas: educação, saúde, mídia, pesquisa.

Abrange: assistência ao período gravídico puerperal, assistência ao climatério, planejamento familiar, violência sexual.

Enfoque: acesso, cobertura, qualidade, humanização.

Priorizar: vulnerabilidade, prevenção, gênero.

Questionamentos

- Qual o perfil da assistência à Saúde Sexual e Reprodutiva?
- Quais as ações desenvolvidas? São abrangentes?
- Interinstitucionais? Em todos os níveis de atenção?
- Identifica riscos? Vulnerabilidade?
- Transpassa o significado empírico-biológico, variável demográfica e a coloca em situação prioritária?
- De quem é o compromisso na assistência?
- Quem é o sujeito desta assistência?
- Qual a nossa missão?
- Quais as nossas propostas?

**Número de Partos entre as Adolescentes (10-19 anos)
Mato Grosso (anos 94-99)**

ANOS	N.º PARTOS	%
1994	9.244	25,5
1995	13.297	27,2
1996	14.490	29,5
1997	14.909	29,9
1998	14.916	30,7
1999	19.339	37,9

Fonte: SINASC/MT

**Número de Partos entre as Adolescentes (10-14 anos)
Mato Grosso (anos 94-99)**

ANOS	N.º PARTOS	%
1994	383	1,2
1995	586	1,3
1996	674	1,4
1997	670	1,4
1998	687	1,4
1999	639	1,3

Fonte: SINASC/MT

Óbitos Maternos em Mato Grosso (anos 96-99)

ANOS	N.º ÓBITOS	CMM/10.000 NV
1996	22	4,4
1997	35	7,0
1998	35	7,2
1999	25	5,2

Fonte: SIM – SES/MT

Saúde da Mulher/Saúde Sexual Reprodutiva
Distribuição do número de Doenças Sexualmente Transmissíveis Notificadas (ano 1996)

DST	N.º DE CASOS
Tricomoníase	1.306
Candidíase	975
Cervicite	196
Vulvovaginite	1.002
Doença Inflamatória Pélvica	457
Vaginites	34
Bartolinite	13
Leucorréia	292
Haemophilus vaginales	115

Fonte: Divisão de Vigilância Epidemiológica – SES/MT

Distribuição do número de Doenças Sexualmente Transmissíveis Notificadas (ano 1997)

DST	N.º DE CASOS
Cervicite Gonocócica	31
Cervicite Clamídia	06
Cervicite não Gonocócica	81
Doença Inflamatória Pélvica	491
Vulvovaginites	984
Vaginose Bacteriana	354
Candidíase	688
Tricomoníase	94

Fonte: Divisão de Vigilância Epidemiológica – SES/MT

Distribuição do número de Doenças Sexualmente Transmissíveis Notificadas (ano 1998)

DST	N.º DE CASOS
Cervicite Clamídica	119
Cervicite não Gonocócica	187
Doença Inflamatória Pélvica	3.649
Vulvovaginites	2.405
Vaginose Bacteriana	1.790
Tricomaniase	1.307
Candidíase	1.707
Gardnerella vaginalis	1.297
Moníliase	80
Leucorréia	1.028

Fonte: Divisão de Vigilância Epidemiológica – SES/MT

MESA 17

**Coordenadora: Cláudia Maria Guimarães
Lopes de Castro**

Divisão de Educação em Saúde – SES/MT

A coordenadora da mesa Cláudia Maria G. Lopes de Castro iniciou os trabalhos, cumprimentando todos os participantes e solicitou que cada um fizesse a sua apresentação individual. Falou da importância do tema tanto em nível individual como social, fazendo interface com a política de saúde no que se refere a: acesso, direitos, deveres do cidadão frente à sociedade. Na seqüência, aplicou uma dinâmica de grupo, a fim de associá-la ao tema em questão, visando a refletir sobre a postura, solidariedade, afeto, amor e, principalmente, sobre os modelos de relacionamentos coletivos.

Expositora: Ana Maria Oliveira Lopes

Representante da UNESCO – MT

- **Ação Intersetorial no Movimento pela Paz**

Iniciou sua fala colocando o estado de coisas que o país hoje vivencia, principalmente Cuiabá, que é considerada a 4ª capital do Brasil com maior número de violência. Mencionou os dados da UNESCO com relação à população carcerária, à falta de acesso aos serviços de saúde, ao grande número de analfabetismo, ao número elevado de crianças delinqüentes nas delegacias tanto de Cuiabá como de Rondonópolis. Ressaltou a necessidade de uma política para o meio-ambiente, com ações voltadas para o combate ao uso exagerado de agrotóxicos. Salientou a relevância do trabalho

para a cultura da paz, refletindo sobre a banalização da dor e dos conflitos sociais. Afirmou que os meios de comunicação também contribuem para o fomento da violência, a partir do momento em que promovem programas com violência explícita, sem critérios de programação que respeite faixas etárias e níveis de discernimento, especialmente crianças e adolescentes.

“É necessário cultivar o amor, a ternura e a fraternidade; é na cabeça do ser humano que nasce a paz. É o momento em que podemos oferecer às pessoas de respeito a contemplação do dom da vida, o amor; daí, então, podemos concretizar a paz.”

A expositora finalizou a sua contribuição, deixando uma reflexão sobre o conceito de PAZ. “Paz é a ausência de luta e das perturbações sociais, é a possibilidade do equilíbrio. A paz é um princípio tanto individual quanto coletivo”.

**Expositor: Alexandre José
Mont’Alverne Silva**

Coordenador da Política de Saúde do
Estado do Ceará

- **As Principais Causas da Violência**

Iniciou a sua fala cumprimentando o plenário, ressaltando a necessidade de se estabelecer uma luta contra a violência e instalar a cultura da paz.

Através de slides, apresentou as regiões e as grandes capitais que apresentam as maiores causas de violência. Destacou que as causas da violência estão intimamente relacionadas a causas externas, como acidentes de trânsito, homicídios, suicídios etc. No Estado de Mato Grosso, as causas de violência estão relaciona-

das aos suicídios, e se encontram acima da média do Brasil, principalmente o suicídio de jovens.

Dentre as capitais do Brasil, Cuiabá é o 6º lugar nas taxas de óbitos por violência relacionadas aos acidentes de trânsito.

Ressaltou que a desigualdade social gera violência, principalmente a pobreza e o acúmulo desonesto de recursos. Afirmou que a violência está mais fortemente ligada a crimes de narcotráfico, corrupções, contrabando etc., mas também apontou que a pobreza está relacionada ao desemprego, exemplo típico de desigualdade social do nosso país.

As causas de violências referem-se:

- À omissão do Estado em assumir o papel de moderador dos conflitos frente às políticas sociais, sobretudo, na falência do Estado na prevenção à saúde, educação, segurança, cultura etc.;
- À redução da influência da Igreja para a manutenção dos valores morais de honestidade, solidariedade e valores espirituais;
- À demografia urbana – os grandes índices de migração urbana contribuem para o aparecimento de doenças, como hipertensão, cárdiorespiratórias, acidentes de trânsito – causas externas;
- Aos meios de comunicação – ressalta os bombardeios da violência nos programas de televisão, computadores, reprimindo as discussões políticas e sociais;
- À globalização: o processo de globalização intensifica as desigualdades sociais, principalmente nos países mais pobres, pois estabelece uma relação de competitividade do comércio e da política econômica;
- Ao mercado de narcotráfico, álcool, drogas, acidentes de trânsito.

Destacou, ainda, que, no Estado de Mato Grosso, se comparado aos demais Estados do Brasil, a maior desigualdade social está nos municípios mais pobres.

Concluiu a exposição, direcionando a atuação e o compromisso de cada um de nós para minimizar as causas da violência. Destacou a importância da redução das desigualdades sociais através de ações de prevenção de caráter individual e coletivo, neste caso, através de campanhas de desarmamento, visando a promover o crescimento interior, harmonioso e espiritual, buscando, assim, atendimento mais humanizado, pré-hospitalar, hospitalar, recuperação e reabilitação das pessoas.

Expositor: Jorge Nascimento Pereira

Coordenador do Movimento
Popular de Saúde - MT

• Humanização do Atendimento à Saúde

Iniciou a sua exposição enfocando o Movimento dos Direitos Humanos. Citou exemplos da falta de investimentos na área de educação dos prisioneiros, sinalizando que se existisse uma política que favorecesse a conclusão dos estudos nos presídios, conseqüentemente, haveria um baixo índice de violência na própria cadeia, principalmente nos presídios de jovens.

Na sua reflexão sobre o conceito de saúde, destaca que ela deve relacionar-se com a solidariedade, a paz, a mudança de comportamento / mentalidade e a cultura.

Enfocou que, para combater a violência interna em nível da sociedade, é fundamental considerar três aspectos:

- Humanização no atendimento do sistema de saúde – Onde a relação de atendimento entre o usuário e o sistema de saúde requer a capacitação integral dos servidores do sistema público de saúde, visando à melhoria e à qualidade do atendimento;
- Instalação física dos serviços de saúde - Mencionou a necessidade de melhoria das instalações físicas de hospitais, centros e postos de saúde, onde não há conforto nem solidariedade. Exemplifica que, em muitas clínicas conveniadas e contratadas do SUS, existe atendimento e instalações físicas diferenciadas para o usuário;

- Humanização dos serviços de informação e educação em saúde – Enfocou a necessidade de se valorizar as culturas sociais tanto da população negra quanto da indígena. Existe um tratamento diferenciado, desrespeitando as culturas étnicas.

Finalizou, salientando que a saúde e a violência também estão relacionadas com o não respeito às diferenças culturais, principalmente no atendimento, informação, tratamento, sendo necessário repensarmos formas mais humanizadas, conforme os preceitos dos Direitos Humanos.

MESA 18

Coordenador: Dejair José Pereira

Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde-MT
Secretário de Saúde do Município de Sorriso/MT

Esta mesa específica tinha como objetivo central a discussão do Controle Social nas ações da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso e as propostas apresentadas por ela para efetivar este aspecto. Os trabalhos dela ficaram comprometidos pelo fato de a Conferência “Controle Social: Mito ou Realidade?”, ter-se prolongado consideravelmente, no debate da grande plenária.

Na qualidade de coordenador, Dejair José Pereira estabeleceu um tempo limite para iniciar a discussão, contando com a presença das palestrantes e da relatoria. A mesa deveria iniciar os seus trabalhos às 10:30h, mas, passados das 11:40h, foi necessário cancelar a Mesa, pois os seus participantes não chegaram. Um outro fator para este esvaziamento foi a presença do cantor Ney Matogrosso, que despertou muitas expectativas entre os conferencistas.

A secretária executiva do CES, senhora Zulma Siqueira de Albuquerque, falaria sobre o Conse-

lho, atividades e funções, bem como os seus avanços na efetivação do Controle Social, nas ações da Secretaria de Estado de Saúde.

A senhorita Gloria María Grández Muñoz, representante do Grupo de Saúde Popular, estaria apresentando uma discussão sobre a construção do Controle Social na Saúde, a partir da experiência do Projeto de Capacitação de Conselheiros de Saúde e Sociedade Civil Organizada de Mato Grosso; faria um balanço quantitativo e qualitativo das duas etapas do projeto, os principais indicadores apontados pelas pessoas que participaram do Projeto, os aspectos positivos e as dificuldades na efetivação do SUS em MT, bem como o fortalecimento do Controle Social a partir deste trabalho de parceria entre as entidades da Sociedade Civil Organizada e a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

O Coordenador da Mesa encaminhou à Comissão Organizadora o relatório do acontecido, para serem tomadas as devidas providências; ela solicitou que, nos Trabalhos de Grupo, se fortalecesse o debate e a formulação de propostas sobre o aspecto objetivo desta mesa. Finalmente, agradeceu a presença das expositoras, da relatoria e dos demais participantes.

Modelo de Atenção às Pessoas Portadoras de Deficiência

MESA 19

Coordenadora da Mesa: Ilza Maria T. Almeida Ferraz

Coordenadora Técnica da FCRDAC – SES/MT

A coordenadora iniciou os trabalhos cumprimentando todos participantes, conferencistas e, na oportunidade, ressaltou a importância de se discutir o Modelo de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência neste espaço democrático e de consolidação de direitos sociais.

Expositor: Thiers Ferreira

Presidente da FCRDAC – SES/MT

- Tece uma pequena crítica à exposição de mesas paralelas à da hanseníase, em que haverá a participação do cantor e intérprete Ney Mato-grosso;
- Faz referência à Lei de Criação da Fundação Centro de Reabilitação Dom Aquino Corrêa, onde coloca que esta lei já está ultrapassada e precisa ser alterada, objetivando a modernização e adequação ao novo Modelo de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência (PPD).
- Faz a leitura de alguns artigos, para exemplificar sua exposição;
- Informa todos os participantes sobre a pesquisa que está sendo realizada pela FCRDAC/SES/UFMT, em parceria com o Ministério da Saúde, “Perfil da Pessoa Portadora de Deficiência na Região de Cuiabá: Um Estudo Só-

cio-econômico Epidemiológico;

- Coloca sua pretensão de criar ou trazer a CORDE a nível de Mato Grosso (seria uma regional), ligada à Secretaria de Direitos Humanos, que já houve uma reunião com a Coordenação Nacional;
- Discorre sobre a Missão da FCRDAC:
“A Fundação Centro de Reabilitação Dom Aquino Corrêa tem por missão desenvolver ações de prevenção, tratamento e reabilitação dos usuários, de forma integral, sendo referência estadual, através de um trabalho transdisciplinar efetivo, mediante parcerias, pesquisas, informação e divulgação, assegurando controle e convívio social.”
- Informa que a missão da FCRDAC não consta na Lei de Criação e precisa ser colocada;
- Coloca sobre os grandes projetos da FCRDAC, onde incluiria a questão da Legislação para garantir a nível jurídico/institucional as Ações de Reabilitação;
- Descentralização:
Segundo princípios e normas do Sistema Único de Saúde, esse processo deverá:
 - Cumprir critérios de parceria para implantação de Unidades de Reabilitação;
 - Capacitar os profissionais;
 - Organizar e fazer funcionar os serviços;
 - Incubir-se da supervisão técnica;
 - A Fundação Centro de Reabilitação Dom Aquino Corrêa já vem atuando, enquanto Sistema de Referência e Contra-referência, com suas ações organizadas em

rede, para garantir a complementação um do outro, a nível de município, estado e na esfera federal.

- Coloca sobre o processo de descentralização que, na gestão passada, houve uma dinamização e está sendo continuada pela atual gestão, em que, até o final de 2000, serão inauguradas 10 Unidades de Reabilitação. Para o próximo ano, a pretensão é inaugurar 20 Unidades, para isso, está-se buscando parcerias e recursos financeiros;
- Informou sobre a parceria com o Ministério da Saúde para modernização da Oficina de Órtese e Prótese, porém a dificuldade maior é em relação ao espaço físico atual, em que se precisa achar uma estratégia para melhorar esse aspecto;
- Discorre sobre os cursos desenvolvidos pela FCRDAC em 1999 e analisa que foi um ano proveitoso;
- Demonstra rapidamente o mapa das Unidades Descentralizadas e ressalta a última inaugurada (Guiratinga), que representa 56 Unidades e que pretende chegar a 80 até o ano 2001;
- Finaliza, mostrando a revista Trip, em que aparece uma moça portadora de deficiência nua, e ressalta que a inserção da Pessoa Portadora de Deficiência está-se dando ou efetivando num nível de igualdade de oportunidades, e que representa um avanço. Reafirma que trouxe como curiosidade.
- Garante e reafirma o compromisso com os presentes sobre o valor consignado com a SES, na ordem de R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais), para a construção da nova sede da Fundação Centro de Reabilitação Dom Aquino Corrêa e diz que é um compromisso seu.

Expositora: Ilza Maria T. Almeida Ferraz

Coordenadora Técnica da FCRDAC – SES/MT

- Expõe sobre os grandes projetos da FCRDAC;

- Fala sobre o processo de Descentralização da Reabilitação, onde este processo vem evoluindo e é necessário trabalhar agora no município de Cuiabá e na implementação das Unidades já existentes;
- Enquanto Referência, a Fundação Centro de Reabilitação Dom Aquino Corrêa precisa firmar-se e avançar;
- Busca implantar a Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC), enquanto estratégia de Reabilitação;

Definição: A Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) é uma estratégia de organização e soluções próprias para atenção à pessoa portadora de deficiência.

Pressupõe a adoção de parcerias entre governo e sociedade visando a dar consistência às ações voltadas para a melhoria das condições de vida da pessoa portadora de deficiência e sua inserção na comunidade.

A RBC propiciará estratégias que visem à cobertura de atenção à pessoa portadora de deficiência, viabilizando serviços originados na própria comunidade e por ela liderados, gerenciados e controlados, utilizando, se necessário, de tecnologia simplificada, sem perda de qualidade.

Outras ações mais complexas, como estimulação e aprendizado de atividades de vida diária, enquadram-se, igualmente, neste processo de RBC.

Esta estratégia deve desenvolver-se com a supervisão técnica de uma equipe multidisciplinar, junto aos agentes locais, treinados para serem facilitadores do processo.

Objetivos: A Reabilitação Baseada na Comunidade, concebida idealmente, deverá atingir os seguintes objetivos:

1. Valorizar o potencial da própria comunidade, concebendo a pessoa como agente de seu processo de reabilitação;
2. Facilitar a inclusão social das pessoas portadoras de deficiência, incentivando sua mobilização;

3. Apoiar a organização comunitária e viabilizar a conscientização da população a respeito da estratégia de RBC;
4. Incluir a livre participação de cidadãos da comunidade, no processo de levantamento das necessidades, de tomada de decisões, de execução dos serviços e de avaliação dos resultados obtidos;
5. Recuperar a noção de ser integral (visão holística), executando programas básicos para desenvolver a autoconfiança e a independência das Pessoas Portadoras de Deficiência e seus familiares;
6. Fortalecer os indivíduos para que possam constituir grupo de pressão, capaz de atuar na transformação social, incluindo as diferenças;
7. Mudar o modelo assistencial para o modelo participativo, trabalhando integralmente e valorizando quem vive o processo, para definição conjunta dos objetivos a serem alcançados;
8. Treinar usuários de serviços, famílias, agentes comunitários, outros membros da comunidade e profissionais, na perspectiva de educação continuada;
9. Incluir o conhecimento de Reabilitação Baseada na Comunidade na capacitação de agentes comunitários, considerando-os como um dos grupos que podem participar do processo de RBC;
10. Motivar profissionais do setor público para a proposta de RBC;
11. Mudar o enfoque da relação profissional/ usuário, de autoritário para participativo;
12. Basear as ações nas potencialidades e aptidões das Pessoas Portadoras de Deficiência em suas deficiências;
13. Incluir, entre as atividades universitárias de extensão, a participação em programas de RBC;
14. Promover, na comunidade, campanhas de sensibilização e conscientização;
15. Informar a comunidade sobre os recursos existentes nos Conselhos e fundos oficiais;
16. Atender às necessidades básicas de alimentação, saúde, educação, trabalho, moradia etc., por meio de programas de atenção integral, humanizados, que respeitem os direitos assegurados em documentos oficiais, pertinentes à criança e ao adolescente, à pessoa portadora de deficiência e ao idoso;
17. Promover ações de prevenção de deficiências;
18. Evitar incapacidades secundárias de pessoas portadoras de deficiência, com medidas educativas e de auto-conhecimento;
19. Favorecer a inclusão social da pessoa portadora de deficiência, mediante o uso de adaptações e de recursos tecnológicos;
20. Adequar espaços físicos, edificações e meios de transportes;
21. Possibilitar a acessibilidade a todos os serviços da comunidade, integrados com os serviços públicos;
22. Definir recursos humanos da comunidade e de fora da comunidade;
23. Definir recursos materiais e financeiros;
24. Otimizar recursos existentes:
 - Ressalta que a partir do momento em que se inseriu o curso de RBC na primeira Mostra de Saúde da Família, já foi um grande passo para sua implantação, pois começa pela divulgação do que seja;
 - Coloca que um dos grandes fatores para o isolamento das pessoas portadoras de deficiência está na baixa auto-estima e dependência do próprio deficiente. Embora haja diferenças, são iguais e devem ser vistos como deficientes;

- O perfil dos profissionais para atuar na RBC é importante, assim como as suas motivações;
- A relação Profissional x Paciente x Família deve ser revista e mudada para adequação ao novo modelo;
- O mal da maioria das pessoas é a valorização da deficiência ao invés da pessoa deficiente, e fazemos isso com todas as pessoas, independente de ter uma deficiência ou não, quando valorizamos os defeitos mais do que as qualidades;
- Uma barreira a ser ultrapassada é a promoção e a divulgação da RBC nas Universidades;
- A RBC assim como o PSF deve trabalhar em parceria com outros setores e segmentos da sociedade e comunidade;
- Dentro da própria comunidade, há pessoas que possuem muito conhecimento prático, que devemos saber identificar e aproveitar na RBC;
- Para finalizar, ressalta que devemos ter respeito às diferenças, ética com pessoa portadora de deficiência, tolerância e solidariedade, e que a comunidade deve estar preparada e apta a receber a pessoa portadora de deficiência.

Expositor: Delson Valério N. Júnior

Fisioterapeuta da Unidade
Descentralizada de Tangará da Serra

- Faz um relato de sua experiência local no município de Tangará da Serra, onde a unidade conta com 02 Fisioterapeutas e fazem, em média, 45 a 50 atendimentos/dia;
- A experiência teve início através do PACS, onde os agentes comunitários fizeram o levantamento do número de pessoas portadoras de deficiência, em que deu uma diferença de 2% do que é preconizado pela OPAS.

- O envolvimento dos gestores municipais na implantação da RBC é a etapa mais difícil. Outro problema enfrentado pela Unidade é que os serviços de fisioterapia estão no FAE, onde os recursos financeiros são revistos independente da produtividade, que é sempre a mais.
- Faz a leitura da Legislação Básica constante da NOB-96, fazendo referência ao Piso Assistencial Básico (PAB);
- O “PAB” consiste em um montante de recursos financeiros, destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse piso é definido pela multiplicação de um valor *per capita* nacional pela população de cada município (fornecida pelo IBGE), e transferido regular e automaticamente ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios e, transitoriamente, ao fundo estadual, conforme condições estipuladas nesta NOB (...);
- Sugere que tal situação (financiamento das ações de fisioterapia) precisa ser levantada e estudada, no sentido de se rever o cálculo dos recursos a serem enviados aos municípios.

Explicação dada por Ilza Maria T. Almeida Ferraz:

“Os recursos vêm para o Estado para serem repassados aos municípios, e já está sendo discutido e já tem uma proposta a ser enviada para o Ministério da Saúde, no sentido da ampliação dos recursos financeiros repassados pelo SUS, pois o número de procedimentos realizados são sempre maiores do que os efetivamente pagos.” Ressalta que esse aspecto será alvo de discussão no I.º Encontro das Unidades Descentralizadas de Reabilitação.

Expositora: Márcia de Fátima Folador

Fonoaudióloga da FCRDAC – SES/MT

- Apresenta a proposta para implantação, no SUS, da detecção precoce das deficiências auditivas;

- Discorre sobre a Triagem Auditiva Neonatal, quando esta é aplicada aos recém-nascidos (RN) pertencentes ao grupo de risco para surdez, aos da UTI Neonatal e pode ser oferecido como opcional para os recém-nascidos normais. Ressalta que o tratamento precoce é mais efetivo, prático, válido, rápido e de baixo custo, tendo em vista os benefícios, quando reduz o atraso no desenvolvimento global, reduz custos de educação especial e possibilita o aumento da capacidade dos familiares em suprir as necessidades da criança.

Justificativa para a Detecção Precoce:

Incidência:

- Perda auditiva bilateral – 1 a 3 neonatos/1000 nascimentos;
- Neonatos de risco – 2 a 4 a cada 100 nascimentos;
- Ressalta que, no Brasil, a detecção se dá quando a criança atinge 3 a 4 anos, ou seja, é uma detecção tardia para uma efetiva atuação e com atrasos já estabelecidos. Estudos realizados demonstraram que o tempo de luto vivenciado pela família com a notícia de ter uma criança D.A. é menor quando se faz a detecção precocemente.

Expositora: Janete Barzotto

Fonoaudióloga da FCRDAC

- Ressalta sobre os indicadores de risco para a surdez;

Neonatos (Nascimento – 28 dias)

- história familiar de deficiência auditiva congênita;
- infecção congênita (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovirus e herpes);
- anomalias crânio-faciais (malformações de pavilhão auricular, meato acústico externo, ausência de filtrum nasal, implantação baixa da raiz do cabelo);

- peso ao nascimento inferior a 1500 g;
- hiperbilirrubinemia (níveis séricos indicativos de exsangüíneo-transfusão);
- medicação ototóxica por mais de 05 dias (aminoglicosídeos ou outros, associados ou não aos diuréticos de alça);
- meningite bacteriana;
- boletim Apgar de 0 – 4 no 1.º minuto ou 0 – 6 no 5.º minuto;
- ventilação mecânica por período mínimo de 05 dias;
- sinais ou síndromes associados à deficiência auditiva ou neurossensorial.

Bebês (29 dias – 02 anos)

- Preocupação/suspeita dos pais com relação ao desenvolvimento da fala, linguagem ou audição;
 - Meningite bacteriana e outras infecções associadas, com perda auditiva neurossensorial;
 - Traumatismo crânio-encefálico, acompanhado de perda de consciência ou fratura de crânio;
 - Estigmas ou sinais de síndromes associados às perdas auditivas condutivas e/ou neurossensoriais;
 - Medicamentos ototóxicos (incluindo, mas não limitando-se a agentes quimioterápicos ou aminoglicosídeos, associados ou não a diuréticos de alça);
 - Otite média de repetição/persistente, com efusão por, pelo menos, 03 meses.
- Relata que a detecção de alguma alteração a nível de D. A. é possível detectar-se com 24 h depois do nascimento. Outro exemplo citado diz respeito à otite média, que, se for detectada e tratada precocemente, haverá menos perda para a criança, tanto a nível social quanto escolar e no seu desenvolvimento geral;

- A lista de espera que, atualmente, existe na Fundação Centro de Reabilitação Dom Aquino Corrêa acaba gerando ou agravando o atraso no desenvolvimento da criança;
- Atualmente, a detecção precoce é preconizada para até 06 meses, porém o ideal seria a detecção imediata pós-nascimento (24 h);
- Como proposta, coloca a triagem auditiva precoce com aparelho de emissões otoacústicas evocadas a nível de atendimento hospitalar/ambulatorial, enquanto compra de serviços, onde já foi encaminhado um projeto para a SES e se está aguardando uma resposta para atuação precoce da D.A. e divulgação aos profissionais para encaminhamento.

Hanseníase e Tuberculose: “Acesso às Ações de Controle e Integralidade da Assistência”

MESA 21

Coordenador: Amaury Ângelo Gonzaga

Coordenador da Coordenadoria Técnica – SES/MT

O Coordenador da Mesa iniciou os trabalhos cumprimentando as pessoas presentes e desejando as boas vindas aos palestrantes. Expressou a sua satisfação pela oportunidade de se estar discutindo o acesso às ações de controle e a necessidade de dar prioridade a uma assistência integral e humanizada, de forma especial em casos de hanseníase e tuberculose, que ainda carregam o preconceito e a discriminação.

Expositor: Artur Custódio Moreira de Sousa

Coordenador Nacional do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN

O palestrante cumprimentou os participantes, destacou que o MORHAN é um Movimento Social que tem, como objetivos principais, levar informação e formação sobre a Hanseníase, propor políticas públicas que garantam o atendimento humanizado, de qualidade e integral para a população em geral, garantir e construir cidadania. É de primordial importância trabalhar junto à sociedade, que a doença hanseníase tem cura, que os governos municipais, estaduais e federal aprofundem suas ações de atendimento à doença como prioridade, com um trabalho consistente e permanente da saúde pública, na articulação de uma proposta educativa e de combate da doença. A descentralização do atendimento e o tratamento da hanseníase são analisados como um avanço para a eliminação

da doença. O desafio lançado pela Organização Mundial da Saúde para a eliminação da doença até 2005 requer uma ampla parceria entre o poder público e a sociedade civil organizada, fortalecendo frentes de atendimento, comunicação e formação, criando uma imagem positiva da doença, vencendo o preconceito.

**Expositor: Ney de Souza Pereira
(Ney Matogrosso)**

Cantor, compositor - voluntário do MORHAN

O palestrante narrou a sua inserção no MORHAN, a partir da aproximação do coordenador nacional do Movimento, que o convidou para ser membro da comissão julgadora do I Concurso de Grafites, realizado pela Policlínica Comunitária Antônio C. da Silva, em Niterói - RJ. Pouco conhecia sobre a hanseníase, mas, nas suas lembranças, sempre esteve associada com isolamento e discriminação da pessoa que era atingida por ela. Para o palestrante “preconceito é ignorância, as pessoas precisam se informar. São fundamentais campanhas mais agressivas com informação acessível sobre a doença, que possam esclarecer à população principalmente que ela tem cura.”

A participação das pessoas foi intensa, contou com um número expressivo. As propostas emanadas dos trabalhos desta mesa destacam a necessidade de intensificar ações de cunho preventivo-educativo, de atendimento humanizado e integral, fortalecer a capacitação de recursos humanos sobre diagnóstico e tratamento da hanseníase e tuberculose.

Finalizados os trabalhos, o coordenador agradeceu aos presentes e aos palestrantes importante contribuição para o fortalecimento do controle social e efetivação do SUS.

PARTE V

A large crowd of people is gathered in a conference hall, many holding up small cards or documents. The scene is captured in a high-angle, slightly blurred photograph, emphasizing the scale of the event. The lighting is bright, and the overall atmosphere appears to be one of active participation and discussion.

**PROPOSTAS APROVADAS
NA PLENÁRIA FINAL DA
IV CONFERÊNCIA DE SAÚDE**

PROGRAMA I

O modelo de Saúde da Família se apresenta na atualidade como a melhor estratégia de promoção e inversão do modelo de atenção. A Equipe de Saúde da Família é o eixo de reestruturação da atenção primária da saúde, permitindo, além da organização dos serviços da rede básica, que eles sejam oferecidos no meio e onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam, garantindo, assim, o seu direito de cidadania. Diante dessa concepção, os delegados da IV Conferência Estadual de Saúde, deliberaram:

1. Garantir que a SES/MT incentive o aumento da cobertura do PSF em 100% dos municípios, até o ano 2001, e ofereça suporte técnico durante o processo de implantação das equipes;
2. Realizar trabalho de sensibilização junto aos prefeitos municipais sobre a importância da implantação do Programa de Saúde da Família nos municípios;
3. Garantir prioridade no acesso dos adolescentes aos serviços de promoção, prevenção à saúde, assistência médica e social, promovendo a participação e integração da família e da comunidade nas ações de saúde;
4. Garantir a continuidade do Programa de Agentes Comunitários de Saúde; definir política salarial e rever a situação empregatícia dessa categoria, respeitando os seus direitos trabalhistas, bem como realizar encontros regionais e cursos de capacitação para eles;
5. Realizar Fóruns Estadual e/ou Regionais para troca de experiências entre os agentes comunitários de saúde, organizando exposição de trabalhos e concurso com premiações;
6. Implantar no SUS/MT o serviço de Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC), através do Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde;
7. Estimular a formação de grupos de apoio aos dependentes de drogas e álcool na comunidade;
8. Rever os critérios de incentivo do Programa de Saúde da Família;
9. Incluir a Equipe de Saúde Bucal (01 cirurgião-dentista, 01 Auxiliar de Consultório Dentário e 01 Técnico de Higiene Dental), na equipe mínima de Saúde da Família, bem como destinar recursos financeiros para esta implantação e capacitá-los para atender pacientes especiais.



Instrutor Dr. Ricardo Rodrigues do ISC da UFMT

PROGRAMA II

Os delegados da IV Conferência Estadual de Saúde entenderam que as estratégias da Secretaria Estadual de Saúde em viabilizar parcerias intersetoriais/interinstitucionais, para fomentar a Política de Saúde no Estado de Mato Grosso, é a forma mais eficaz e eficiente para a consolidação dos princípios de descentralização, regionalização e o desenvolvimento à atenção básica. Com o objetivo de reforçar essa estratégia, deliberaram-se as seguintes propostas:

10. Estabelecer parceria entre o Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN) e a Secretaria de Estado de Saúde/MT para o desenvolvimento de ações voltadas a esta morbidade;
11. Assessorar os municípios na implementação de medidas e estabelecimento de parcerias para a humanização do atendimento e ações específicas em saúde do adolescente, incluindo a criação de grupos de apoio;
12. Estabelecer parcerias com Universidades, Movimentos Sociais e ONGs, para a realização de pesquisas de avaliação sobre a qualidade dos serviços de saúde;
13. Garantir cooperação técnica permanente aos municípios, através dos Pólos Regionais;
14. Garantir a parceria nas ações de prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, em conjunto com a sociedade civil e outras instituições governamentais;
15. Propor o estabelecimento de um convênio entre a Secretaria de Estado de Saúde e a Universidade Federal de Mato Grosso, para a ampliação dos postos de residência médica em municípios do interior, garantindo o atendimento através do Programa de Saúde da Família e em outras áreas;
16. Estabelecer parceria com a UNESCO para o desenvolvimento de programas de saúde pela SES/MT e nos projetos da entidade;
17. Ampliar as parcerias em defesa do consumidor, envolvendo a Secretaria de Agricultura, o Corpo de Bombeiros, a Secretaria do Meio Ambiente, o Ministério Público, a Delegacia Regional do Trabalho e ONGs, nos âmbitos Municipal, Regional e Estadual;
18. Realizar parceria entre a Secretaria de Saúde, Instituto de Terras de Mato Grosso e FETAGRI, para agilização dos assentamentos;

Administração, Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos

PROGRAMA III

Os delegados da IV Conferência Estadual de Saúde reafirmaram a importância de uma política de Recursos Humanos para a saúde, enfocando e priorizando as necessidades de investimentos contínuos na área de desenvolvimento de pessoas (formação, treinamento, educação continuada), através de metodologias que contemplem ação/reflexão/ação, de forma que, ao mesmo tempo em que se qualificam os trabalhadores em saúde, exista organização dos serviços, com práticas vivenciadas no próprio espaço do trabalho ou no decorrer dele. As propostas também evidenciaram a preocupação contínua no acompanhamento e avaliação na área de administração de pessoas (PCCS) conforme as deliberações abaixo relacionadas:

19. Assegurar equipes interdisciplinares especializadas nos serviços de saúde, para atendimento nas regionais e municípios do interior;
20. Assegurar a garantia de vagas nos concursos públicos estaduais para os profissionais de saúde de nível superior e médio, tais como Engenheiros Sanitários, Psicólogos, Assistentes Sociais, Nutricionistas, Bioquímicos, Fisioterapeutas, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem e outros;
21. Prestar assessoria técnica e gerenciar a capacitação profissional em atendimento a pacientes especiais;
22. Capacitar equipes multiprofissionais para implementação de ações educativas coletivas, numa perspectiva que favoreça a participação social e a construção compartilhada do conhecimento;
23. Capacitar os gestores municipais de saúde para o exercício de suas funções;
24. Respeitar as especificidades regionais e diversidades sócio-culturais na capacitação de recursos humanos, valorizando as informações epidemiológicas e contemplando ações de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, AIDS e drogas;
25. Concluir, avaliar e aprovar imediatamente um Plano de Cargos, Carreiras e Salários da SES/MT;
26. Garantir que os processos de formação e educação permanente dos profissionais das equipes de saúde da família, de agentes comunitários de saúde e de equipes de atenção básica, contemplem informações quanto às doenças prevalentes na população negra, nas diversas fases do ciclo de vida;
27. Implementar uma Política de Desenvolvimento de Recursos Humanos descentralizados para a área da saúde nos níveis estadual e municipal, incluindo os servidores federais cedidos;
28. Incorporar outras categorias profissionais, como assistentes sociais e psicólogos às equipes de saúde da família e desenvolver um programa de educação continuada para as equipes já existentes;
29. Promover uma Política de Saúde do trabalhador e realizar a capacitação em segurança do trabalho para profissionais que atuam em ambientes insalubres;
30. Realizar uma pesquisa nacional sobre a força de trabalho em enfermagem, considerando a população trabalhadora negra deste

- setor, com a inclusão do item “raça/cor” na ficha de inscrição do projeto de Formação de auxiliares de enfermagem – PROFAE;
31. Promover a formação e a contratação de médicos homeopatas nos Pólos Regionais de Saúde e nos municípios;
 32. Garantir a formação e a capacitação de Recursos Humanos indígenas, como médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e outros;
 33. Garantir a destinação de 60% das vagas dos cursos de nível médio da Escola de Saúde Pública Dr. Agrícola Paes de Barros para técnicos dos municípios;
 34. Rever os critérios para a seleção do Agente Comunitário de Saúde, de forma a atender um perfil previamente definido;
 35. Garantir a mobilidade do servidor da FUNASA entre municípios e Estados diferenciados;
 36. Incentivar a adesão dos trabalhadores da saúde ao pacto pela “cultura da paz”;
 37. Regulamentar a realização e fiscalização de exames específicos para trabalhadores, de acordo com cada ambiente de trabalho;
 38. Criar um programa de incentivo à interiorização para os profissionais da área de saúde;
 39. Implantar mesa de negociação de recursos humanos, com representação do governo/trabalhadores/usuários;
 40. Realizar a capacitação e/ou formação dos profissionais da saúde em liderança comunitária, em questões pertinentes à saúde da população negra, como forma de promoção social e combate ao racismo;
 41. Realizar treinamento em prevenção de incapacidades pela SES;

PROGRAMA IV

Procurando garantir o atendimento da demanda à assistência ambulatorial, a SES - MT tem como prioridade os investimentos na promoção e prevenção da saúde nos diferentes níveis de complexidade, afirmando, assim, o modelo de gestão e atenção à saúde, os pressupostos do Plano Estadual de Saúde de Mato Grosso, os delegados da IV Conferência Estadual de Saúde destacaram as seguintes propostas:

42. Garantir prioridade no acesso dos adolescentes aos serviços de promoção, prevenção à saúde, assistência médica e social, promovendo a participação e integração da família e da comunidade nas ações de saúde;
43. Garantir que a abordagem em saúde mental para a população negra considere o racismo enquanto elemento importante no processo de adoecimento e contemple suas estratégias culturais para o enfrentamento do problema;
44. Ampliar os termos de convênio ambulatorial com a rede complementar ao SUS, para o atendimento de urgência-emergência nos finais de semana;
45. Garantir a distribuição de todos os métodos contraceptivos aprovados pelo Ministério da Saúde, assim como controlar e avaliar a utilização deles;
46. Implantar Centro de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual, com treinamento específico para os profissionais da área;
47. Garantir a distribuição universal do kit básico para o atendimento do pré-natal;

Assistência Hospitalar

PROGRAMA V

Tendo em vista a garantia da resolutividade em nível hospitalar, visando à melhoria e à qualidade dos serviços prestados aos pacientes internados, bem como buscando a sua integração social, os delegados da IV conferência Estadual de Saúde apontam as propostas que deverão nortear o modelo de gestão hospitalar no Estado de Mato Grosso:

48. Garantir Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico, em todas as regiões, no nível ambulatorial e hospitalar, nas seguintes especialidades: neurologia, cardiologia, ortopedia, ginecologia/obstetrícia, pediatria e cirurgia;
49. Implementar projetos que visem à humanização no atendimento à gestante, ao parto e ao recém-nascido, seguindo as normas e diretrizes dos projetos "Iniciativa Hospital Amigo da Criança" e "Maternidade Segura";

Curso de Urgência e Emergência em Saúde da Família com a instrutora Ligia Soares Azevedo – SES/SP



Referência e Contra-Referência

PROGRAMA VI

Durante a plenária da IV Conferência Estadual de Saúde foram deliberadas as propostas relacionadas à Política de Referência e Contra-Referência, com intuito de proporcionar o redimensionamento e organização do fluxo de encaminhamentos aos usuários do sistema de saúde, a fim de garantir a resolutividade dos procedimentos, como também promover a integração do processo de programação, regulação e controle e avaliação da atenção à saúde junto aos gestores de saúde. Neste contexto, os delegados da IV CES deliberaram as seguintes propostas:

50. Adotar medidas para agilização do contato/apoio dos municípios com os serviços de referência em apoio diagnóstico e terapêutico;
51. Implementar o Sistema Estadual de Referência e Contra-referência e divulgá-lo amplamente à população;
52. Implementar as Centrais de Vagas e de Regulação, de forma a garantir a resolutividade no fluxo de encaminhamento dos usuários e procedimentos eletivos, com exames especializados, tratamento fora de domicílio (TFD), consultas e internações;
53. Implantar serviços de referência em nível hospitalar para garantir atendimento a pacientes com traumatismo buco-maxilo-facial ou com necessidade de intervenção sob anestesia geral;
54. Garantir serviços de referência de alta e média complexidades para todos os municípios do interior, priorizando os municípios das Regiões Norte e do Baixo Araguaia;
55. Garantir a implantação das Centrais Estadual e Regionais de Vagas, Exames e Consultas, como mecanismo de acesso aos serviços de saúde;
56. Organizar serviços de referência em odontologia, incluindo atendimento a pacientes especiais;
57. Avaliar a qualidade de realização de exames de apoio diagnósticos dos serviços de referência;
58. Assegurar a realização de exames buco-maxilo-facial panorâmicos e cefalométricos nos serviços de referência buco-maxilo-facial e para portadores de necessidades especiais;
59. Articular e firmar pacto interestadual para a organização da referência dos serviços de saúde especializados nas regiões de fronteiras;

Readequação da Rede Física e Tecnológica

PROGRAMA VII

Para garantir a cobertura ambulatorial e hospitalar, os delegados da IV Conferência Estadual de Saúde apontam as propostas de investimentos físicos e tecnológicos, permitindo, assim, a resolutividade ao Sistema Único de Saúde:

60. Implantar nos municípios uma instância que dê embasamento jurídico ao Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência;

61. Recomendar à Prefeitura Municipal de Cuiabá a implantação de Unidades de Reabilitação nas policlínicas, conforme deliberação do I Fórum Estadual de Reabilitação;

62. Informatizar o sistema de saúde, proporcionando a criação de um modelo de prontuário único para os usuários do SUS;

63. Criar o núcleo de gestão estadual do Sistema de Informação, Orçamento e Planejamento em Saúde;

Desenvolvimento Institucional e Modernização Gerencial

PROGRAMA VIII

A fim de promover agilidade nos processos de administração gerencial, sobretudo, na promoção, proteção e recuperação da saúde, os delegados da IV Conferência Estadual de Saúde deliberaram as seguintes propostas de descentralização da administração financeira, administração e organização gerencial:

8.1 Descentralização da Administração Financeira:

Os participantes da IV Conferência defenderam a descentralização da administração financeira como uma estratégia para responsabilizar municípios e unidades descentralizadas estaduais pela política local de saúde, porém com recursos necessários e autonomia de gestão administrativa, a fim de desburocratizar a relação entre as esferas de governo, possibilitando maior resolutividade dos problemas, estabelecendo uma nova relação entre o poder público e a sociedade, devendo assim:

64. Criar incentivo financeiro para a implementação dos serviços de saúde bucal nos municípios, contemplando ações de prevenção e tratamento, de média e alta complexidade;
65. Fiscalizar os municípios, para que cumpram a Emenda Constitucional n.º 29;
66. Propor ao Ministério da Saúde a revisão da Política de Financiamento do SUS para o Piso de Atenção Básica e para o custeio das ações de reabilitação em todos os níveis;
67. Fiscalizar a existência e o funcionamento dos Fundos Municipais de Saúde, o seu gerenciamento pelo gestor de saúde e obrigar a criação onde ainda não exista;
68. Investir, no mínimo, 10% da receita estadual na saúde, imediatamente;
69. Garantir que os recursos oriundos do CPMF sejam aplicados integralmente no setor saúde;
70. Atualizar os tetos financeiros dos estados e municípios, após a oficialização do resultado do novo Censo Populacional;
71. Assegurar que os municípios de Mato Grosso tenham seus recursos financeiros transferidos pela União nas datas pré-determinadas;
72. Garantir que o Ministério da Saúde financie a aquisição de meios de transporte para as equipes de saúde que atendem nas zonas rurais;
73. Garantir o retorno à Vigilância Sanitária de percentual de recursos financeiros oriundos da arrecadação com taxas e/ou multas, para a manutenção e compra de equipamentos, veículos e outros;
74. Garantir recursos financeiros para a centralização do abate, facilitando a fiscalização da Vigilância Sanitária e prestar assessoria técnica nesta área;
75. Garantir estímulos financeiros aos municípios para as ações de odontologia, definindo contrapartidas em todos os níveis da administração pública;
76. Viabilizar verba específica para que os municípios elaborem e confeccionem materi-

ais educativos, de acordo com a realidade e necessidades locais;

77. Estabelecer incentivo financeiro aos municípios para a informatização das unidades de saúde, visando a agilizar o fluxo de dados;

78. Viabilizar repasse financeiro diferenciado para os municípios com assentamentos e com baixa arrecadação municipal;

8.2 Investimentos e Modernização Gerencial:

Os Delegados da IV Conferência Estadual de Saúde deliberaram as propostas de investimentos e modernização gerencial, como estratégia para viabilizar o acesso aos serviços de saúde, promover agilidade nos processos, bem como formas de garantir aos usuários o legítimo direito de cidadania. Para tanto, apontaram as seguintes propostas:

79. Desenvolver Política de Modernização Gerencial, contemplando programa de incentivo a aquisição de equipamentos, ambulâncias e ampliação da rede física pública de Saúde;

80. Garantir a implementação de mecanismos de biossegurança dos profissionais de saúde;

81. Criar infra-estrutura na Divisão de Odontologia Sanitária da SES/MT, para a avaliação e supervisão *in loco* das ações odontológicas nos municípios;

82. Propor a alteração da Lei que cria a Fundação Centro de Reabilitação Dom Aquino Corrêa, até 2001, visando à modernização gerencial e à adequação ao novo modelo de atenção à pessoa portadora de deficiência; e normas para a construção de unidades (estrutura física);

Participação e Controle Social

PROGRAMA IX

As Leis 8.080 e 8.142, de 1990, definem a descentralização do sistema através de gestão única em cada esfera de governo e as formas de participação da população através das Conferências e Conselhos de Saúde. Na dimensão organizacional, a Norma Operacional Básica (NOB) vem orientando o processo de descentralização e contribuindo para a regulamentação dos processos que favorecem autonomia aos municípios para a formulação e execução das políticas de saúde. É somente através de uma política democrática que esta execução ganha sentido, principalmente quando há articulação com movimentos sociais que reivindicam SAÚDE COMO DIREITO DE CIDADANIA, indicando que a Política de Saúde somente poderia ser realizada sob CONTROLE SOCIAL.

Nesta perspectiva, os delegados da IV Conferência Estadual de Saúde aprovaram as seguintes deliberações:

83. Capacitar, anualmente, os conselheiros de saúde e representantes da sociedade civil organizada, abordando temas sobre o papel do conselheiro, gestão, financiamento e controle da política pública, entre outros;
84. Assegurar a autonomia plena dos Secretários Municipais de Saúde no gerenciamento do fundo municipal, com o acompanhamento do Conselho Municipal de Saúde;
85. Ampliar as parcerias em defesa do consumidor, envolvendo a Secretaria de Agricultura, Corpo de Bombeiros, Secretaria de Meio Ambiente, Ministério Público, Delegacia Regional do Trabalho e Organizações Não-Governamentais nos âmbitos municipal, regional e estadual;
86. Recomendar aos Pólos Regionais e aos municípios que participem dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena;
87. Divulgar a pauta de trabalho do Conselho Estadual de Saúde aos Conselhos Municipais;
88. Garantir dotação orçamentária ao Conselho de Saúde e destinar um percentual do Fundo de Saúde para atender as demandas da sua Secretaria Executiva;
89. Recomendar a cobrança mensal de cópia das atas das reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde: garantir o seu funcionamento;
90. Fiscalizar a atuação dos prefeitos e secretários de saúde quanto à existência e ao funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde;
91. Buscar mecanismos de articulação entre os Conselhos de Saúde e as Câmaras Municipais;
92. Garantir representantes indígenas como delegados nas Conferências Estadual e Municipais e recomendar a participação dos povos indígenas na Conferência Nacional de Saúde;
93. Divulgar aos Conselhos de Saúde os resultados das auditorias realizadas pelo Estado nos Sistemas Municipais de Saúde;
94. Divulgar as prestações de contas de recursos gastos com saúde e as deliberações dos Conselhos de Saúde para a população;
95. Divulgar a composição dos Conselhos de Saúde, especificando o nome dos conse-

- lheiros e entidade representativa, junto às escolas e aos estabelecimentos de saúde;
96. Propor ao Conselho Estadual de Saúde a discussão sobre a integração da saúde do trabalhador na Agência Nacional de Vigilância Sanitária/MS;
 97. Realizar assessoria técnica permanente aos Conselhos Municipais de Saúde;
 98. Recomendar e assessorar o processo de instalação de Ouvidorias Gerais nos municípios, com participação efetiva dos Conselhos Estadual e Municipais de Saúde;
 99. Garantir imunidade aos conselheiros durante o mandato e 01(um) ano após sua saída do Conselho;
 100. Acatar a orientação da Resolução nº 033 do Conselho Nacional de Saúde, que propõe a eleição do presidente dos Conselhos de Saúde entre seus membros;
 101. Criar mecanismos de controle social dos recursos do teto financeiro nos municípios, visando à eficiência de sua aplicação;
 102. Fortalecer os Conselhos através da implementação do Sistema de Comunicação e Informação;
 103. Garantir uma agenda mínima na pauta das reuniões dos Conselhos, que contemple as reivindicações dos usuários;
 104. Viabilizar a realização de Fóruns Regionais de Controle Social, com a participação de representantes dos Conselhos Nacional, Estadual e Municipais;
 105. Criar mecanismos legais de responsabilização dos Secretários de Saúde na administração dos recursos do Fundo de Saúde e na prestação de contas aos Conselhos;
 106. Realizar a avaliação periódica do funcionamento dos Conselhos, através da SES/MT e do Conselho Estadual de Saúde;
 107. Recomendar aos Conselhos Municipais de Saúde a realização de Conferências Municipais a cada dois anos e a divulgação dos seus relatórios;
 108. Propor ao Conselho Estadual de Saúde a discussão da Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos;
 109. Garantir assessoria de comunicação e imprensa ao Conselho Estadual de Saúde, visando a estabelecer interlocução com a sociedade e sensibilizá-la para o exercício do controle social;
 110. Estimular o processo de organização da sociedade civil e dos profissionais de saúde, visando à sua representação nos Conselhos;
 111. Destituir os Conselhos que não realizam reuniões periódicas, conforme estabelecido em lei e nos regimentos internos;
 112. Garantir a avaliação semestral e divulgação do cumprimento das resoluções das Conferências de Saúde;
 113. Normatizar atribuições e definir o perfil do Ouvidor Geral do SUS;

PROGRAMA X

O tema Gestão do Sistema Único de Saúde foi amplamente debatido na IV Conferência Estadual de Saúde, com o propósito de traçar uma profunda reflexão para a inversão do modelo de atenção. Algumas propostas foram debatidas, principalmente as relacionadas com a implementação das políticas de medicamentos, planejamento, auditorias, consórcios intermunicipais de saúde, controle e avaliação, informação, microrregionalização e descentralização. Estas propostas também foram discutidas e elevadas, com o propósito de garantir a resolutividade da atenção em nível de gestores estadual e municipais de saúde como fomentadores, reguladores e norteadores da Política de Saúde. Dentre os princípios e diretrizes do SUS, destacamos as propostas apontadas na IV Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso:

10.1. Consórcios Intermunicipais de Gestão de Saúde

A estratégia de consórcios intermunicipais é a forma mais efetiva de organização de serviços entre os municípios do Estado de Mato Grosso.

É a partir dessa estratégia que os municípios poderão operacionalizar os atendimentos de baixa e média complexidade, tratamento com especialista e descentralização das cirurgias, na própria região, além de diminuir o fluxo de pacientes encaminhados aos municípios mais populosos, proporcionando a otimização da resolutividade da saúde no interior do Estado.

114. Viabilizar a formação de consórcios para a aquisição de medicamentos, com a participação dos Pólos Regionais de Saúde;

115. Implementar ações de Vigilância Sanitária de baixa, média e alta complexidade, em nível regional e municipal;
116. Incentivar a organização de Consórcios Intermunicipais de Saúde para atendimento das especialidades de alta complexidade, nas localidades que ainda não adotaram essa prática;
117. Criar Casas de Apoio para pacientes do interior, em tratamento nas unidades de saúde dos Consórcios e em Cuiabá;
118. Rever o papel dos consórcios Intermunicipais de Saúde, com instâncias de reorganização dos serviços de referência;

10.2 Acompanhamento/Controle/Avaliação da Assistência Ambulatorial e Hospitalar

Os participantes da IV Conferência Estadual de Saúde enfatizaram a obrigatoriedade das ações e dos serviços voltados para acompanhamento/controle/avaliação da assistência ambulatorial e hospitalar, a fim de identificar os fatores determinantes das práticas ineficientes de assistência e potencializar as ações e os serviços que contribuem com a melhora da qualidade da assistência ofertada, tanto no âmbito ambulatorial, hospitalar, quanto técnico, financeiro, administrativo, social e político. Para isso, faz-se necessário:

119. Garantir a cobertura de internação a curto prazo, o atendimento a doentes terminais e a doentes mentais, em hospitais que não são de referência;
120. Desenvolver ações integradas entre as Secretarias Estadual/Municipais de Saúde e Educação, para realizar acompanhamento do estado de saúde das crianças na faixa etária de 7 a 14 anos;

121. Garantir que as regionais de saúde exerçam seu papel de controle, acompanhamento e avaliação das ações de saúde junto aos municípios, a partir das microrregiões;
122. Realizar avaliação de impacto do PEA nos municípios, analisando a aplicação dos recursos;
123. Recadastrar os hospitais para atendimento ao parto e ao recém-nascido, através de avaliação da capacidade instalada e da humanização no atendimento;
124. Regulamentar a realização e fiscalização de exames específicos para trabalhadores, de acordo com cada ambiente de trabalho;
125. Implantar o Comitê de Controle de Maternidade nas Regionais de Saúde e nos Municípios;
126. Garantir que os serviços privados de saúde cumpram a legislação que determina a notificação de determinadas doenças;
127. Realizar, periodicamente, a avaliação, o controle e a divulgação dos teores de flúor das águas de abastecimento público, conforme os critérios recomendados pela OMS;
128. Garantir a realização de supervisão técnica freqüente nas Unidades Descentralizadas de Reabilitação e buscar estratégias junto aos gestores municipais, visando a garantir o funcionamento dessas unidades, com atendimento humanizado e de qualidade;
129. Proibir, indeterminadamente, a produção e comercialização de produtos transgênicos em Mato Grosso, até que sejam realizados estudos que comprovem sua inocuidade;
130. Implementar os serviços de exames diagnósticos em tuberculose e intensificar as ações de controle dos pacientes que abandonaram o tratamento;
131. Garantir os instrumentos que respaldem juridicamente as ações do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência;
132. Rever os critérios de credenciamento dos hospitais conveniados com o SUS, tendo, como base, as reais necessidades da população e as condições das Unidades Hospitalares em oferecer os serviços pactuados;
133. Realizar auditorias nos municípios, periodicamente, de acordo com a NOB/96;
134. Realizar o acompanhamento, o controle e a avaliação da atenção básica junto aos municípios;
135. Avaliar a qualidade de realização de exames de apoio diagnóstico dos serviços de referência, como CDO, teste do pezinho e outros;

10.3 Vigilância à Saúde

Os delegados da IV Conferência deliberaram sobre o papel fundamental da vigilância à saúde, tendo em vista as ações de proteção, promoção e preservação da saúde individual e coletiva, nos aspectos relativos à Vigilância Sanitária, Epidemiológica e de preservação do ambiente e do trabalho. Para isso, deve:

136. Elaborar alvará de concessão a ser emitido pela Vigilância Sanitária, considerando os requisitos para a saúde do trabalhador;
137. Incorporar no planejamento, análise e licenciamento dos projetos das pequenas e micro-empresas, os requisitos sanitários, em fase inicial e em conjunto com o financiador, contemplando o critério de controle de qualidade;
138. Normatizar a concessão do alvará de localização, condicionando sua expedição à análise da Vigilância Sanitária, de acordo com o tipo de atividade que será explorada;

139. Implantar e implementar as análises laboratoriais voltadas para a saúde do trabalhador; realizando exames, como toxicologia de alimentos, saneantes - domissanitários e cosméticos;
140. Sensibilizar a sociedade civil organizada e as instâncias colegiadas do SUS (Bipartites e Conselhos de Saúde) sobre a importância da realização das ações de Vigilância Sanitária;
141. Estruturar a Vigilância Sanitária em todos os municípios do Estado e implantar os Códigos Sanitários municipais;
142. Implementar serviços de saneamento básico, planejar e garantir o destino adequado aos resíduos sólidos dos serviços de saúde, bem como outros resíduos de risco;
143. Articular e firmar pacto interestadual para a organização da referência dos serviços de saúde especializados nas regiões de fronteira;
144. Assegurar normatização para os serviços privados de saúde sobre a notificação das doenças de notificação compulsória;
145. Realizar, periodicamente, a avaliação, o controle e a divulgação dos teores de flúor das águas de abastecimento público, conforme os critérios recomendados pela OMS;
146. Recomendar a construção de abatedouros municipais e a canalização dos córregos na zona urbana;
147. Realizar o Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal da população mato-grossense, de acordo com Projeto do Ministério da Saúde;
148. Fiscalizar a efetivação e implementação das ações de vigilância sanitária nos municípios;
149. Definir uma política de saúde do trabalhador nos níveis estadual e municipal e assessorar a implantação dos núcleos de saúde do trabalhador nos municípios;
150. Elaborar e encaminhar para aprovação a curto prazo os Códigos Sanitários Municipais, contemplando ações de preservação do meio ambiente e saúde do trabalhador;
151. Agilizar o processo de municipalização/regionalização das análises laboratoriais de baixa e média complexidade, necessárias à Vigilância Epidemiológica e Sanitária (análises clínicas, biologia médica, bromatologia e química);
152. Efetivar e implementar as ações de vigilância sanitária nos municípios;
153. Definir normas de fiscalização para armazenamento de inseticidas junto à Vigilância Sanitária e órgão ambiental;
154. Implementar ações de Vigilância Sanitária de baixa, média e alta complexidade em níveis regionais e municipais;
155. Analisar, ao implantar a fluoretação nas águas de abastecimento público, a porcentagem da população com acesso a ela, avaliando o custo/benefício desse serviço;

10.4 Organização de Serviços

A organização de serviços e ações de saúde deverá considerar o modelo assistencial e o perfil epidemiológico, demandando capacidade de resolutividade da rede, com incorporação de tecnologias materiais e não-materiais, devendo para isso ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente. Sendo assim, os delegados aprovaram:

156. Implantar o cartão do SUS, objetivando a humanização nos atendimentos;
157. Sensibilizar os gestores municipais para a importância do funcionamento do complexo regulador;
158. Implementar a Coordenação de Assuntos Indígenas na SES, visando a estabe-

lecer interface com as instituições que atuam nesta área;

159. Garantir a universalidade, equidade e a integralidade do atendimento às populações indígenas;
160. Garantir prioridade no acesso dos adolescentes aos serviços de promoção, prevenção à saúde, assistência médica e social, promovendo a participação e integração da família e da comunidade nas ações de saúde;
161. Implementar um programa de Atenção à Saúde do idoso, contemplando ações para tratamento da depressão;
162. Implantar terapias alternativas nos serviços de saúde, como acupuntura, homeopatia, fitoterapia e outras, realizadas por profissionais capacitados e respeitando a cultura da população;
163. Diminuir a burocracia e agilizar a entrega de exames realizados pelo SUS, garantindo o atendimento à demanda por esses serviços, obedecendo a critérios clínicos de necessidade;
164. Implementar ações de saúde em comunidades remanescentes de Quilombos, baseadas em abordagem diferenciada, respeitando as especificidades locais e as práticas de saúde tradicionais dessas comunidades;
165. Integrar as ações de Reabilitação, em todos os níveis de atendimento;
166. Garantir o princípio da integralidade da atenção em saúde bucal nos sistemas locais de saúde, mediante a organização de serviços preventivos e emocionais oferecidos de forma universal, pública, gratuita, regular e de qualidade;
167. Implantar no SUS/MT o Programa de Triagem Auditiva Neonatal, com a realização dos exames de emissão Otoacústica e Bera;

10.5 Descentralização/Regionalização e Municipalização da Saúde

Os delegados da IV CES enfocaram com determinação a ousadia de se cumprir os princípios organizativos do SUS – a Regionalização e a Descentralização - via municipalização, como condições essenciais para a democratização do Sistema de Saúde, na medida que aproxima o cidadão da gestão, favorecendo cobranças, interferências e contribuição, numa concepção de deslocamento de poder financeiro, administrativo e político, associados à participação social. Nesse sentido, foram aprovadas as seguintes propostas:

168. Prestar assessoria técnica na estruturação dos Centros de Reabilitação Regionais e no processo de descentralização da aquisição de órteses e próteses;
169. Descentralizar os serviços de Tratamento Fora de Domicílio, Reabilitação e Fisioterapia, LACEN, CAPS, Centro Odontológico para pacientes especiais, CECAP e a realização de exames complementares;
170. Descentralizar o gerenciamento da programação e dispensação dos medicamentos de alto custo;
171. Descentralizar as cotas de exames de alta complexidade aos Pólos Regionais de Saúde;
172. Incentivar a criação de centros de manipulação de remédios (químicos, homeopáticos e naturais), nos Consórcios Intermunicipais de Saúde, de acordo com critérios de qualidade aprovados pela vigilância Sanitária;
173. Implementar a Programação Pactuada Integrada (PPI) em todas as Regionais de Saúde e Municípios, baseada na realidade loco-regional, como instrumento de Planejamento do SUS, integrando os eixos: atenção a vigilância à saúde, recursos humanos, investimentos e assistência farmacêutica;

174. Regionalizar as ações e os serviços de atenção às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, incluindo a distribuição de medicamentos;

10.6 Comunicação/ Informação e Educação em Saúde

Os delegados posicionaram-se favoravelmente sobre a intensificação das ações de comunicação e informação, como base para planejamento, acompanhamento e avaliação dos serviços de saúde, implementação da coleta de dados demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos e de serviços. Consideraram necessária a divulgação de indicadores de saúde, bem como dos recursos materiais e financeiros disponíveis para as ações da saúde, visando a fortalecer e a promover ações de educação em saúde como estímulo à conscientização sobre prevenção de doenças, formação política para o exercício do controle social, entre outros aspectos. Faz-se necessário:

175. Criar um guia, elaborado por especialistas e representantes da sociedade civil, sobre as doenças de maior incidência na população negra, constando informações sobre a legislação existente e outros mais pertinentes;
176. Desenvolver, prioritariamente, ações voltadas para a prevenção ao fumo, às drogas e o tratamento ao adolescente em relação à repressão e ao uso deles. Divulgar informações à população, Conselhos e trabalhadores de saúde, sobre Consórcios Intermunicipais de Saúde, Serviços de Referências e suas normas de funcionamento, financiamento das ações e possibilidades de convênios;
177. Promover ações de educação sexual nas unidades de saúde, considerando os aspectos psicoafetivos, biológicos, socioculturais e relações de gênero, respeitando-se a etnia e a orientação sexual individuais;
178. Desenvolver ações de educação em saúde voltadas para os cuidados a pacientes portadores de hipertensão, diabetes, miomas e anemia falciforme, que utilizam DIU e anticoncepção hormonal;
179. Promover debates intersetoriais (Saúde/Agricultura/FEMA/Ministério Público/Min. Trabalho, Representantes da comunidade), com o objetivo de discutir questões relativas a agrotóxicos, abatedouros, Saúde do Trabalhador, Saúde Indígena e outros;
180. Desenvolver ações de educação em saúde, em parceria com órgãos competentes, visando à sensibilização de empresários em relação à qualidade da carne e à saúde do trabalhador;
181. Realizar campanha para identificar e tratar portadores de vitiligo e psoríase;
182. Formular campanhas de conscientização, visando a coibir a discriminação contra os portadores de doenças e/ou agravos geneticamente determinados;
183. Agilizar o processo de repasse de material educativo aos Pólos Regionais e Secretarias Municipais de Saúde;
184. Agilizar a elaboração e divulgação de informativos semanais nas áreas de atuação da Vigilância Sanitária, nas esferas Estadual e Municipal;
185. Implantar o sistema de informação em Vigilância Sanitária, em âmbito Central, Regional e Municipal;
186. Implementar ações de educação em saúde, assistência e prevenção no trabalho para os catadores de lixo;
187. Promover a divulgação da proposta “Reabilitação Baseada na Comunidade”, visando a sensibilizar os usuários e Instituições Governamentais e Não-Governamentais para a importância desse trabalho;
188. Criar fóruns de discussão sobre a temática “Violência em Saúde”;

189. Realizar Fórum Estadual sobre a Saúde Indígena em Março/2001;
190. Realizar Encontros Estaduais de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico, em parceria com o Estado, Municípios e entidades odontológicas, com a finalidade de promover troca de experiência e adoção de novas estratégias de promoção de Saúde Bucal, com garantia da Educação Continuada;
191. Construir um modelo de assistência em promoção e educação para a saúde bucal do idoso, visando ao atendimento integral e humanizado;
192. Implantar o Sistema de Informação do Programa de Saúde da Família e Vigilância Sanitária, em nível estadual e municipal;
193. Inserir no Sistema de Informação em Atenção Básica indicadores, como uso de escova e creme dental fluoretado e acesso aos serviços de odontologia pela rede pública ou privada;
194. Realizar Fóruns Estadual ou Regionais para troca de experiências entre os agentes comunitários de saúde, organizando exposição de trabalhos e concurso com premiações;
195. Criar mecanismos para garantir a comunicação e informação sobre os serviços efetuados pelo SUS nos municípios, considerando a saúde como direito de cidadania;
196. Divulgar o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde para os municípios;
197. Divulgar e Sensibilizar as Secretarias Estaduais, Municipais e os Conselhos de Saúde, para importância da implantação do Programa de Anemia Falciforme, desenvolvido pelo Ministério da Saúde;

10.7. Política de Medicamentos

Os delegados da IV CES reforçaram as reivindicações dos grupos de trabalho referentes à busca de soluções estratégicas para a superação dos graves problemas de fornecimento de medicamentos básicos e excepcionais, situação esta que se interpõe na resolutividade da assistência à saúde, considerando, assim, a reestruturação urgente da política da assistência farmacêutica no Estado, devendo para isso:

198. Garantir que a contribuição da União, dos Estados e Municípios por habitante/ano, destinada à compra de medicamentos, aumente para R\$ 1,50 em 2001;
199. Garantir o repasse das parcelas de medicamentos aos municípios, respeitando calendário pré-definido;
200. Encaminhar para aprovação um Projeto de Lei em nível federal, estadual e municipal, que regulamente a manipulação de medicamentos genéricos e alternativos, com a autorização da DIMEP;
201. Incentivar a produção e destinar recursos financeiros para a comercialização de medicamentos fitoterápicos;
202. Definir uma Política Estadual de Assistência Farmacêutica, criando comissões regionais para estabelecer critérios para a compra e distribuição de medicamentos;
203. Garantir a oferta de medicamentos de alto custo e de farmácia básica à população;
204. Garantir a prescrição de medicamentos genéricos e remédios da farmácia básica pelos médicos das unidades de saúde;
205. Reavaliar e ampliar os itens da farmácia básica, com gerenciamento de recurso pelo município;

Recomendações: As proposições elencadas fogem da competência e ação interventiva da Secretaria de Estado de Saúde, configurando-se, neste relatório, como Recomendações e se constituíram em subsídio das discussões dos delegados de Mato Grosso à XI Conferência Nacional de Saúde.

206. Recomendar ao Ministério da Saúde que considere as questões raciais, étnicas, sociais e de gênero em todas as campanhas de saúde pública desenvolvidas e materiais informativos elaborados;
207. Recomendar ao Ministério da Saúde a implantação de Políticas de Discriminação Positiva (ação afirmativa), voltadas para a promoção de profissionais da saúde de nível médio e elementar, visando a garantir o acesso à formação de nível superior desses profissionais;
208. Recomendar ao Ministério da Saúde que dê visibilidade, no cotidiano de suas ações junto à mídia, às especificidades da saúde da população negra, observando o vocabulário regional;
209. Recomendar ao Ministério da Saúde que considere as doenças prevalentes e as repercussões do racismo na saúde da população negra, em todas as fases do ciclo de vida, na elaboração e execução das diretrizes e ações da Política de Saúde;
210. Recomendar à Secretaria de Estado de Educação garantir o acesso à educação aos portadores de doenças graves, que implicam num longo período de internação hospitalar, incluso os falcêmicos;
211. Recomendar ao Ministério da Saúde a criação, em sua estrutura legal, de um Centro Nacional de Referência sobre Saúde da População Negra, com gestão compartilhada com a Fundação Cultural Palmares, representantes de ONG's, Movimento Negro, Casas de Candomblés e Ministério Público, com o objetivo de pesquisar, documentar, capacitar, informar, intercambiar e formular/coordenar políticas de saúde para a população negra;
212. Recomendar ao Ministério da Saúde a formulação de uma política de combate à violência contra a mulher, buscando a interface com outros Ministérios;
213. Recomendar ao Ministério da Saúde a inclusão da anemia falciforme na relação de Doenças de Notificação Compulsória;
214. Recomendar ao Ministério da Saúde a criação de um "Guia Nacional sobre a Saúde da Família", incorporando um protocolo sobre anemia falciforme e a inclusão do exame de hemopatias no teste do pezinho;
215. Recomendar ao Ministério da Saúde a realização de capacitação e/ou formação dos profissionais da saúde e lideranças comunitárias, em questões pertinentes à saúde da população negra, como forma de promoção social e combate ao racismo;
216. Recomendar ao Ministério de Educação a inserção na grade curricular do ensino fundamental e médio, de informações sobre meios de prevenção às principais endemias locais, como Hanseníase, cárie dentária, DST/AIDS, tuberculose e outras, de acordo com o risco epidemiológico de cada município.

Síntese das Propostas Aprovadas na IV Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso

A IV Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso, realizada de 17 a 20 de outubro de 2000, em Cuiabá, representou um importante processo de discussão, troca de experiências e avaliação acerca da Política de Saúde no Estado. As deliberações desta Conferência apontaram para a reafirmação das diretrizes da Política de Saúde adotada em Mato Grosso e a consolidação do modelo assistencial, definidos a partir da Conferência anterior e ratificadas no Plano Estadual de Saúde.

Foram reafirmadas, como diretrizes para a Política Estadual de Saúde, a democratização e a participação social; a descentralização, com a regionalização das ações e serviços; a prioridade às ações de vigilância à saúde; a melhoria quantitativa e qualitativa dos serviços assistenciais; o desenvolvimento de Políticas de Ciência e Tecnologia e Recursos Humanos; a definição de novos modelos de gestão e organização dos serviços de saúde e a redefinição do papel institucional da Secretaria de Estado de Saúde.

Com relação a este item, foi reafirmado o papel da esfera estadual como instância privilegiada de articulação da Política de Saúde, com responsabilidade de realizar cooperação técnica, assessorar e apoiar os municípios no processo de organização da saúde local, na organização e estruturação dos serviços de referência e contrarreferência de média e alta complexidade, na organização dos Consórcios de Saúde, no acompanhamento, controle e avaliação das ações, entre outros.

Durante a Conferência, foram debatidos diversos temas gerais e específicos pertinentes às conjunturas nacional e estadual, sendo aprovadas inúmeras propostas, envolvendo temáticas referentes aos modelos de atenção

e gestão, controle social, financiamento, recursos humanos e, ainda, temas específicos voltados à violência e à saúde, saúde da mulher, saúde da população negra, terceira idade, criança e adolescente, reabilitação, saúde indígena e outros. O conjunto das propostas aprovadas foi agrupado em três grandes eixos: qualidade, acesso e humanização com controle social, onde serão destacadas, a seguir, as principais deliberações referentes a cada eixo.

Qualidade

As propostas aprovadas enfatizaram a necessidade de se implementar Políticas nas seguintes áreas:

- **Modernização Gerencial:** com garantia de incentivo financeiro aos hospitais e às unidades públicas para a aquisição de equipamentos, ambulâncias e ampliação da rede física das unidades de saúde;
- **Recursos Humanos:** contemplando Plano de Cargos, Carreiras e Salários, educação continuada e qualificação dos trabalhadores da saúde, admissão através de concurso público, Programa de Incentivo à Interiorização para profissionais de saúde, implantação da mesa de negociações de recursos humanos nas Comissões Bipartite e Tripartite, Política de Saúde do Trabalhador e capacitação de gestores municipais para o exercício de suas funções;
- **Educação em saúde:** contemplando ações em diversas áreas como saúde da mulher, saúde da população negra, do idoso, da criança e do adolescente, reabilitação, saúde indígena e outros;
- **Avaliação,** em parceria com as Universidades e os Movimentos Sociais, do impacto dos

programas e serviços de saúde em diversas áreas, inclusive da saúde da família, considerando os aspectos qualitativos;

- Realização periódica de auditorias nos sistemas municipais de saúde.

Acesso

Houve destaque para as propostas aprovadas nas seguintes áreas:

- **Saúde da Família:** incentivar a implantação de novas equipes do PSF no Estado; rever os critérios de incentivo atualmente existentes; ampliar a composição da equipe mínima e incluir o atendimento de novas ações, como saúde bucal.

- **Referência e Contra-referência:** implantar as Centrais Estadual e Regionais de Vagas, Consultas e Exames; definir fluxo para o Sistema Pré-hospitalar de Urgência e Emergência; definir serviços de referência hospitalar para o atendimento de traumatismo buco-maxilo-facial.

- **Medicamentos:** definir uma política estadual de assistência farmacêutica; criar comissões regionais ou consórcios para a aquisição de medicamentos; aumentar os recursos financeiros destinados pelas esferas federal, estadual e municipais, para esse fim; ampliar a relação de medicamentos que compõem a farmácia básica e cumprir o calendário de repasse de medicamentos aos municípios.

- **Descentralização:** priorizar a regionalização das ações de DST/AIDS, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, reabilitação, tratamento fora de domicílio, laboratório central, centro de anatomia patológica, centro de atendimento psicossocial e outros.

- **Organização da atenção à saúde e financiamento:** implantar serviços de terapias alternativas nas unidades de saúde, como acupuntura, homeopatia e outros; garantir casas de apoio para pacientes do interior em tratamento em Cuiabá; implantar o centro de atendimento à mulher vítima de violência; implantar o Cartão SUS; definir modelo de atenção às endemias e preparar os municípios para a exe-

cução dessa proposta; rever critérios para o credenciamento dos serviços e hospitais contratados e conveniados com o SUS; atualizar os valores pagos pelo SUS aos Estados e municípios, após a conclusão do Censo Demográfico; reavaliar os valores pagos pelo SUS pelos serviços hospitalares e ambulatoriais prestados; definir tabela diferenciada de financiamento das ações de saúde para os municípios que têm baixa receita própria e para os que possuem assentamentos; criar o núcleo estadual de gestão do SIOPS.

- **Política de Comunicação e Informação:** implementar ações voltadas para a comunicação e informação entre o Sistema de Saúde e a população; garantir a informatização da rede de serviços de saúde.

Humanização com Controle Social

As propostas aprovadas configuram a humanização na perspectiva de garantia dos direitos de cidadania, contemplando as diversas dimensões que permeiam a Política de Saúde como o acesso, a qualidade, a democratização e o controle social, a equidade e outros. Foram destacadas as seguintes áreas:

- **Práticas humanizadas:** realizar a sensibilização de gestores, profissionais de saúde e população, visando a adoção de projetos e iniciativas voltadas para o atendimento humanizado, como “Maternidade Segura”, “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” e outros. Estabelecer mecanismos de incentivo aos municípios, como estímulo à adoção de projetos e práticas humanizadas; implantar Comitês de Mortalidade Materna nos municípios; promover mudanças no espaço ambiental das unidades de saúde, de acordo com as necessidades locais; sensibilizar os profissionais de saúde para a importância do atendimento humanizado nas unidades de saúde.

- **Controle Social:** garantir a continuidade das ações de capacitação de conselheiros de saúde em todo o Estado; realizar, periodicamente, fóruns regionais entre conselheiros de saú-

de; implantar ouvidorias nos sistemas municipais de saúde; criar mecanismos para garantir o gerenciamento do fundo pelo gestor municipal de saúde, com o acompanhamento dos Conselhos de Saúde; dar visibilidade ao SUS, aos Conselhos e Ouvidorias, através da realização de campanhas de esclarecimento à população, enfatizando-se a saúde como direito de cidadania; garantir a representação indígena nos Conselhos de Saúde; estabelecer parcerias com o Ministério Público, Assembléia Legislativa, Câmaras de Vereadores, Entidades Não-governamentais e Movimentos Sociais, visando a fortalecer as instâncias de controle social do SUS; avaliar periodicamente o funcionamento dos Conselhos de Saúde; prestar assessoria técnica permanente aos Conselhos Municipais de Saúde; definir política de comunicação e informação para os Conselhos de Saúde; incentivar a elaboração de uma agenda mínima para orientar os trabalhos dos Conselhos de Saúde.

Data da Etapa Estadual: 17 a 20 de Outubro de 2000.

Avaliação da IV Conferência Estadual de Saúde

A IV Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso aconteceu a partir de um processo democrático de discussão, avaliação e novas proposições. Cerca de 1.200 pessoas, entre usuários do SUS, trabalhadores de saúde, representantes do governo e observadores, participaram do processo.

O eixo das discussões girou em torno do Controle Social do SUS e da necessidade de todos os cidadãos terem, efetivamente, acesso aos seus serviços, com a qualidade necessária para um verdadeiro exercício da cidadania.

As Conferências Municipais aconteceram em 99 dos 126 municípios que constituem o Estado, em que foi priorizada a discussão sobre a Atenção Básica. Os municípios discutiram também a atuação dos Conselheiros de Saúde e os principais indicadores de saúde nas suas respectivas regiões. Nesta etapa foram propostas medidas específicas de interesse da coletividade no âmbito local, bem como ações em nível Regional e Estadual.

Há quatro anos, foi realizada a III Conferência Estadual de Saúde. Cerca de 90% das deliberações aprovadas nesta Conferência foram implementadas, total ou parcialmente. Podemos citar a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que abrange 109 municípios e atende a uma população total de 1.315.025 habitantes. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 73 municípios, com 145 equipes, atendendo uma média de 500 mil habitantes, é outra conseqüência importante da III Conferência Estadual.

A IV Conferência foi perpassada por um clima de participação, integração e discussão, comprometida com a real construção de um SUS para todos, reconhecendo os desafios, as conquistas e as possibilidades de superar entraves, com uma visão aguçada para a autêntica efetivação das proposições, dentro da Política de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso.

Habilitação da Atenção à Saúde por município

HABILITAÇÃO	Nº MUN.	CONF MUN.	CONF REG.	TOTAL C/CONF.	%
Plena Atenção Básica	125	98	-	-	77,77 %
Plena do Sistema	01	01	-	-	0,80%
Plena da At. Básica que não realizaram Conferência	27	-	-	-	21,43 %
Outros	-	-	-	-	-
Não habilitados	-	-	-	-	-
TOTAL	126	99	-	-	100,00%

OBS. Existem, além dos 126, 13 novos municípios que passaram a ser esfera de governo a partir do ano 2001.

Número de delegados e participantes efetivos na IV Conferência Estadual

SEGMENTO	PREVISÃO *	PARTICIPANTES **	% TOTAL
Usuários	210	153	45,67%
Prestadores de Serviço	50	32	9,55%
Governo	80	80	23,88%
Privados	-	-	-
Trabalhadores de Saúde	80	70	20,90%
Participantes, observadores	400	861	-
TOTAL	820	1196	100,00%

No percentual desta tabela, considerar apenas os delegados.

Data da Etapa Estadual: 17 a 20 de Outubro de 2000.

* N.º de delegados designados pela Conferência Municipal/Plenária/outra forma

** Delegados que efetivamente participaram da etapa Estadual.

N.º aproximado de participantes nas etapas municipais da IV = 80 participantes, em média.

Observadores, participantes por segmento de representação e área de atuação

REPRESENTAÇÃO/ATUAÇÃO	N.º PESSOAS	%
Convidados	173	20,09%
Observadores: diversos segmentos	155	18,00%
Observadores: Estudantes Universitários e de Nível Médio	212	24,62%
Palestrantes	39	4,53%
Expositores	30	3,49%
Técnicos Unidades Descentralizadas, Pólos e Hospitais Regionais de Saúde	150	17,42%
Imprensa	20	2,32%
Comissão Organizadora	16	1,90%
Equipe de Apoio	33	3,83%
Equipe Técnica Nível Central /SES	33	3,83%
TOTAL	861	100,00%

Moções Aprovadas na Plenária Final

MOÇÃO DE APLAUSO

Os delegados da IV Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso aprovam uma moção de aplausos aos Agentes Comunitários de Saúde, nesta data significativa de 19/10/2000, pelo relevante trabalho desenvolvido junto à sociedade mato-grossense. Continuem lutando, buscando conhecimentos e se organizando para enfrentar essa caminhada.

Cuiabá, 20 de outubro de 2000.

MOÇÃO DE REPÚDIO

Os delegados da IV Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso repudiam veementemente a recente atitude do Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá, que não realizou a Plenária Municipal de Saúde para a escolha de delegados e tirar as recomendações para esta Conferência Estadual e, de maneira não-democrática, auto-

indicou seus conselheiros como delegados natos, desrespeitando inclusive as deliberações da própria Conferência Municipal de Saúde e não possibilitando, assim, a ampliação da participação, fortalecimento e efetivação do controle social. Por fim, denunciemos que parte dos conselheiros de saúde de Cuiabá não compareceu à IV Conferência Estadual, tirando a oportunidade de outros cidadãos cuiabanos participarem deste pleito.

Cuiabá, 20 de outubro de 2000.

MOÇÃO DE APOIO

Os delegados da IV Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso exigem a completa apuração do crime cometido contra o companheiro Sivaldo Dias Campos, Presidente do Partido dos Trabalhadores de Cuiabá, e a exemplar punição dos mandantes e executores deste crime.

Cuiabá, 20 de outubro de 2000.

Escolha dos Delegados de Mato Grosso para a XI Conferência Nacional de Saúde

O processo para a eleição dos delegados que representarão Mato Grosso na XI Conferência Nacional de Saúde foi definido pela Comissão Eleitoral, composta pelos delegados Lourenço Fernandes de Almeida, Doroty Queiroz Topanotti e Debbiê Caporossi.

A Comissão Eleitoral apresentou à Assembléia da IV Conferência Estadual de Saúde, para aprovação, a Norma para Escolha dos Delegados à XI Conferência Nacional de Saúde:

- 1.º O número de Delegados de Mato Grosso para a XI Conferência Nacional de Saúde será de 28 (vinte e oito), sendo 14 (quatorze) representantes de usuários e 14 (quatorze) representantes de

Gestores Públicos, Prestadores de Serviços Públicos, Privados, Universitários e Trabalhadores de Saúde das diversas categorias.

- 2.º A plenária decidiu que cada segmento de representação se reunirá e realizará a eleição dos seus representantes, titulares e suplentes. Cada candidato fará a defesa do por que deveria ser eleito para representar o Estado na XI CNS.
- 3.º Após a eleição, a relação nominal dos candidatos eleitos foi repassada à Comissão Eleitoral da IV Conferência Estadual de Saúde, que divulgou os resultados na Plenária Final.
- 4.º No impedimento da participação do delegado titular, assumirá imediatamente o delegado suplente.

Plenária em votação



**DISTRIBUIÇÃO DOS DELEGADOS POR SEGMENTO DE REPRESENTAÇÃO E
PÓLO REGIONAL DE SAÚDE**

REPRESENTANTE DOS GESTORES PÚBLICOS				
NOME	DELEGADOS		MUNICÍPIO	PÓLO REGIONAL
	Titular	Suplente		
Dejair José Pereira	X		Cuiabá	Cuiabá
Euze Márcio Souza Carvalho	X		Cuiabá	Cuiabá
Fátima Ticianel Schrader	X		Cuiabá	Cuiabá
Geovane Renfro da Silva	X		Várzea Grande	Baixada Cuiabana
Getúlio Alves da Silva		X	Baixada Cuiabana	Baixada Cuiabana
Lídia Tavares Bocaiúva		X	Cuiabá	Cuiabá
Nina Rosa Ferreira		X	Cuiabá	Cuiabá
Paulo Eromar Bersh	X		Primavera do Leste	Sul/Leste
Rosane Andrade Silva	X		Arenápolis	Médio/Norte
REPRESENTANTE DOS TRABALHADORES DA SAÚDE				
Benvindo José de Souza	X		Cuiabá	Cuiabá
Catarina Gonçalves Mangas Catarino Negrão	X		Rio Branco	Cáceres
Elizeth Matos		X	Barra do Garças	Barra do Garças
Evandro Alves Pereira Júnior	X		Nova Olímpia	Tangará da Serra
João de Deus A .Filho		X	Sinop	Sinop
Lilian Freitas Marchito Soares	X		Rondonópolis	Rondonópolis
Loana Lúcia Neiva		X	Rondonópolis	Rondonópolis
Maria de Lurdes Fernandes	X		Alto Paraguai	Diamantino
Mariuva Valentin Chaves		X	Diamantino	Diamantino
Marli Batista Aguiar Xavier	X		Sorriso	Sinop
Rosicléia Farnisco Brito		X	Porto Alegre do Norte	Porto Alegre do Norte
REPRESENTANTE DOS PRESTADORES DE SERVIÇO				
Aldo Passos Amorim		X	Cuiabá	Rondonópolis
Eunice Odete Walter	X		Alto Araguaia	Rondonópolis

continua...

NOME	DELEGADOS		MUNICÍPIO	PÓLO REGIONAL
Onézimo Gonçalves Ferreira		X	Mirassol D´Oeste	Cáceres
Wilson Korti Tashima	X		Guarantã do Norte	Peixoto de Azevedo
REPRESENTANTE DOS USUÁRIOS				
Adalberto Yassuo Sugahara	X		Peixoto de Azevedo	Sinop
Ademar de Lima Carvalho	X		Rondonópolis	Rondonópolis
Antônio Fernandes de Moraes	X		Rondonópolis	Rondonópolis
Cabreiras da Silva	X		Sinop	Sinop
Ederege Kaesti		X	Cuiabá	Cuiabá
Edvande França		X	Cuiabá	Cuiabá
Flávio Mendes dos Santos		X	Barra do Garças	Barra do Garças
Glory Vettori de Oliveira		X	Sinop	Sinop
Ilton José Nunes de Oliveira		X	Cáceres	Cáceres
José Ângelo Txyalikisu	X		Sapezal	Tangará da Serra
José Arimatéia Silva	X		Denise	Tangará da Serra
Lourenço Fernandes de Almeida	X		Cuiabá	Cuiabá
Maria Auxiliadora Silva e Silva		X	Rondonópolis	Rondonópolis
Nadir Rodrigues de Carvalho	X		Chapada dos Guimarães	Cuiabá
Nadir da Silva Vieira Cassio S. Santos		X	Diamantino	Diamantino
Nelson Mutsie		X	Juína	Juína
Noely Paciente Luz	X		Luciara	Porto Alegre do Norte
Pedrinho Serenhorã Xavante		X	Campinápolis	Barra do Garças
Pedro Rodrigues Batista		X	Tangará da Serra	Tangará da Serra
Pedro Soares Neto		X	Rondonópolis	Rondonópolis
Roberto Carlos Magalhães	X		N. Sra. do Livramento	Cuiabá
Roberto Ferreira da Silva	X		Aripuanã	Juína
Silvio Araújo Pereira	X		Araputanga	Cáceres

continua...

NOME	DELEGADOS		MUNICÍPIO	PÓLO REGIONAL
REPRESENTANTE DOS USUÁRIOS				
Solange Ferreira		X	Cuiabá	Cuiabá
Ubayara Rodrigues Nogueira Rezende	X		Ponte Branca	Barra do Garças
Valdecir Cordeiro da Silva		X	Sinop	Sinop
Veridiano Isaque de Almeida	X		Alto Paraguai	Diamantino
Wanderson Cássio S. Santos		X		

É indiscutível a convicção de que os 04 (quatro) dias de Conferência, os esforços de todos os participantes, independente de segmento e dos diversos interesses legitimamente representados, convergiram para a efetivação de respostas concretas e da garantia do direito à saúde.

Os avanços gerados para a população, a partir da realização das conferências de saúde em Mato Grosso, tiveram relevantes resultados, tanto no caráter avaliativo quanto propositivo e proporcionaram momentos de reflexão fundamental sobre a necessidade de participação da sociedade civil nas discussões sobre a saúde, conhecendo o modelo de gestão fio condutor desses processos, como também, o delineamento das ações e serviços do setor saúde.

Consideramos, ainda, que muitas das deliberações das conferências ainda são fragilizadas na execução, controle e avaliação, mas apontamos e comprovamos a importância do fortale-

cimento desses espaços para a democratização do setor saúde, reconhecendo os avanços e as conquistas demonstradas nesses quatro anos e que, essencialmente, renova o ideal e o compromisso de efetivarmos os princípios assistenciais fundamentais e os princípios organizativos do Sistema Único de Saúde em nosso Estado.

A esse respeito, comemoramos os avanços e conquistas obtidas através da III Conferência Estadual de 1996 e buscamos forças e determinação para vencermos os desafios postos pela IV Conferência Estadual de 2000 – Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização da Atenção à Saúde com Controle Social, enquanto instrumento fundamental para nortear o planejamento, sobretudo, no implemento das ações de saúde e nas contribuições dos processos de condução desta área, no âmbito do Estado.

PARTE VI



I MOSTRA ESTADUAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA

I Mostra Estadual de Saúde da Família

Inaugurada em abril do ano 2000, a Escola de Saúde Pública definiu, como linha central de sua programação, a capacitação das Equipes de Saúde da Família, obedecendo a um cronograma de acordo com o estágio de desenvolvimento de cada equipe, dentro de uma sequência metodológica.

O programa de capacitação teve início com o treinamento introdutório e o curso básico em Saúde da Família. As novas necessidades de treinamento são detectadas pelas próprias equipes, que comunicam aos seus supervisores – nos municípios e nos Pólos Regionais de Saúde – as dificuldades encontradas na prática diária do PSF. Os supervisores, juntamente com a Escola de Saúde Pública, desenham a programação como resposta às demandas específicas. Os cursos que antecederam a IV Conferência Estadual de Saúde e a 1ª Mostra de Saúde da Família seguiram esta dinâmica.

Foram oferecidos dezesseis cursos do interesse específico dos médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, dos quais participaram nada menos que 435 profissionais.

A decisão de promover a 1ª Mostra de Saúde da Família, juntamente com a IV Conferência Estadual de Saúde, teve a finalidade de possibilitar a troca de experiências entre os profissionais das equipes, registrar e divulgar as inovações experimentadas pelos municípios na atenção primária, oportunizar a continuidade da capacitação dos profissionais envolvidos e mostrar concretamente os resultados dos trabalhos.

O objetivo é continuar criando condições para a implementação do PSF em todos os municípios do Estado. A Secretaria de Estado de Saúde inscreveu como meta, em seu Plano Estadual de Saúde, a instalação de 250 Equipes de Saúde da Família, nos municípios de Mato Grosso, até 2003.

Uma das consequências da 1ª Mostra de Saúde da Família foi a sensibilização dos prefeitos municipais em relação ao tema, o que contribuiu para um resultado bastante favorável à criação de novas equipes nos municípios do Estado.

O Estado de Mato Grosso tem registrado considerável aumento do número de Equipes de Saúde da Família. Em janeiro de 2000, o Estado contava com apenas 36 Equipes de Saúde da

Casa construída para a exposição dos trabalhos da I Mostra Estadual de Saúde da Família



Família, pulando para 146 em outubro do mesmo ano (em 76 municípios).

Simultaneamente ao crescimento do número de equipes a Escola de Saúde Pública identificava a necessidade de ampliar e incrementar o processo de capacitação permanente e articulada destes novos profissionais, ao mesmo tempo em que identificava as experiências inovadoras que estavam sendo desenvolvidas em diferentes municípios.

A MOSTRA – Os trabalhos foram elaborados basicamente sob duas formas de apresentação: as comunicações coordenadas e os pôsteres, num total de 92 produtos apresentados. Dois trabalhos, sob a forma de vídeos produzidos pelas Secretarias Municipais de Saúde, também foram inscritos.

A casa que identificava a MOSTRA, no cenário da Conferência, foi pequena para o grande número de trabalhos sob a forma de pôsteres, que foram exibidos no seu entorno.

Os trabalhos apresentados sob a forma de Comunicações Coordenadas foram divididos em quatro grupos, de acordo com os temas abordados. No primeiro grupo ficaram as experiências de Estados e municípios convidados e ainda os depoimentos dos coordenadores estadual e nacional do Programa de Saúde da Família.

Foram apresentadas as experiências dos municípios de Camaragibe (PE), Paracatu (MG), Vi-

tória da Conquista (BA) e Contagem (MG). Durante a troca de experiências, surgiu a possibilidade do conhecimento das linhas políticas do Programa de Saúde da Família como prioridade dos governos, com a participação das coordenações do PSF do Ministério da Saúde (Enf. Heloíza Machado) e da SES/MT (Marizete Meire Araújo).

As demais comunicações debateram trabalhos de Mato Grosso, agrupados nos seguintes temas:

- Propostas de mudanças do modelo de atenção;
- Experiências no Programa Saúde da Família;
- Ações inovadoras;
- Controle Social.

A 1ª Mostra Estadual em Saúde da Família premiou os melhores trabalhos apresentados sob a forma de pôsteres, comunicações coordenadas e vídeos, através de júri técnico e júri popular.

Foram distribuídos diversos prêmios, incluindo computadores completos, equipamentos para as unidades municipais de saúde, passagens aéreas e hospedagem para participação no Congresso Luso-Brasileiro em Medicina Comunitária e Familiar, além de livros importados de referência em Saúde da Família.

Araputanga

Proposta de Atenção à Saúde Integral da Criança e Combate à Desnutrição Infantil na Área de Abrangência do PSF São Sebastião

Autor(es): Antônia Maria Rosa
Secretaria Municipal de Saúde de Araputanga

Barra do Garças

Uso de Drogas entre Estudantes de 2º Grau, em Escola Pública da Rede Estadual do Município de Barra do Garças

Autor(es): Iara Martins dos Santos e Francisca Lucélia Ribeiro de Farias
Secretaria Municipal de Saúde de Barra do Garças

Atenção Odontológica para Bebês:
Percepção de um Grupo de Mães

Autor(es): Andreia Regina Corazza Ferreira,
Maria Aparecida Munhoz Gaiva.
Secretaria Municipal de Saúde de Barra do Garças.

Cáceres

Experiências de Saúde da Família no Município de Cáceres

Autor(es): Silmeres Lente
Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres

BCG – 2ª Dose em Evidência

Autor(es): Aida Rossana Cupello
Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres

Cáceres Rumo à Concretização da Inversão do Modelo

Autor(es): Silmeres Lente
Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres

Unidade de Saúde da Família do CAIC

Autor(es): Júlio Eduardo Gonçalves, Fabiana Coelho Silva, Clarice Proença Gomes, Ronaldo Gomes, Hilda Cândida Silva, Laura Prado, Maria Auxiliadora Ferreira, Maria Aparecida de Souza, Lúcio de Almeida, Odair José Santana Baca
Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres

Higiene e Saúde

Autor(es): Aline de Almeida Silva
Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres

SAUDART – A Arte em Prol da Saúde

Autor(es): Silvana Mara Lente
Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres

Esporte Sem Cigarro é Mais Radical

Autor(es): Jussara Reveles Pereira e Silvana Mara Lente
Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres

SAUEDUC – Saúde e Educação como Prática de Transformação Social

Autor(es): Silvana Mara Lente e Marco Antônio Pagel
Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres

Perfil da Saúde da População Adscrita ao Programa de Saúde da Família em Curvelândia – Cáceres/MT

Autor(es): Silmeres Lente
Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres.

Construção de Fossas e Banheiros com Material Alternativo

Autor(es): Manoel Tácio Egues e Silvana Mara Lente
Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres

Cuiabá

Concepções sobre Família de um Grupo de Enfermeiros

Autor(es): Maria Aparecida M. Gaiva, Maria Magda Ferreira Gomes e Reinaldo Dias de Oliveira
Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT

Gravidez na Adolescência: uma Questão de Saúde Pública

Autor(es): Mandu, E. N. T., Corrêa, A. C. P. e Silva, M. D.
Faculdade de Enfermagem/Departamento de Enfermagem e Nutrição/UFMT.

Atenção Básica à Saúde de Povos Indígenas

Autor(es): Josafá Catarino do Vale, Raquel Oliveira Martins, Antônio Carlos Lisboa Preciosa do Vale
Fundação Nacional de Saúde – FUNASA

O pré-natal na Unidade de Saúde da Família: Avanços e Dificuldades

Autor(es): Vanja Jugurtha Bonna
Fundação de Saúde de Cuiabá

Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Cuiabá

Autor(es): Eugenir Maria, Jaqueline Amaral, Nalzita Martins e Suzana Guitierrez
Fundação de Saúde de Cuiabá

Visita Domiciliar: uma Realidade, Inúmeras Possibilidades

Autor(es): Renata Sanches Franco Vasconcelos.
Universidade Federal de Mato Grosso.

Implantação do Programa de Hipertensão Arterial

Autor(es): Ana Cristina Verhalen e Eliana M. S. Carvalho.
Escola de Saúde Pública Dr. Agrícola Paes de Barros/
Universidade Federal de Mato Grosso.

Perfil das Gestantes Adolescentes Atendidas no Programa de Pré-natal do Centro de Saúde do Município de Canarana

Autor(es): Maria Edinês da Silva Guedes e Francisca Lucélia Ribeiro de Farias.
Universidade Federal de Mato Grosso.

Condições de Vida e Saúde da População Cuiabana: Proposta de Ensino em Busca da Consciência Crítica para a Mudança da Práxis

Autor(es): Nelice Lotufo de Oliveira e Maria Auxiliadora M. de Moraes.
Universidade Federal de Mato Grosso.

Mortalidade Materna em Cuiabá – 1998

Autor(es): Hugna Mayre de Oliveira
Comitê de Mortalidade Materna do Município de Cuiabá

Forças Somadas no Combate à Desnutrição: uma Realidade no Jardim Florianópolis

Autor(es): Benildes Benedita Corrêa do Amaral, Zirley M. Silva, Rosalina N. Almeida, Adriana P. F. Almeida, Ozenira F. Silva, Márcia S. C. Nogueira, Mariana P. Nunes, Devanil L. Silva, Auzenira F. Santos, Silvana F. Silva, Liliana D. F. Leite
Comitê de Mortalidade Materna do Município de Cuiabá

Principais Patologias Diagnosticadas na Unidade de Saúde da Família dos Bairros Ouro Fino, Vila Nova e Nova Conquista

Autor(es): Luiz Carlos Baena Fernandes, Glaucie Pinheiro Cavalcante, Waldecino Santos da Cruz, Noelia Maria Ferreira de Souza, Elizabeth Bezerra Hossaki.
Escola de Saúde Pública Dr. Agrícola Paes de Barros /
Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT.

Diagnóstico de Saúde da População da Área de Abrangência da Equipe de Saúde da Família II do Santa Izabel

Autor(es): Mônica Mika Watanabe.
Escola de Saúde Pública Dr. Agrícola Paes de Barros/
Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT.

A Equipe de Saúde da Família é Fonte de Recursos para a Comunidade: um Princípio na Prática

Autor(es): Vanja Jugurtha Bonna.
Fundação de Saúde de Cuiabá.

Saúde da Família: Proposta Metodológica de Assistência na Comunidade do Ribeirão da Ponte, Município de Cuiabá/MT

Autor(es): Eliana Maria Siqueira Carvalho, Nelice Lotufo de Oliveira e Ana Cristina Verhalen.
Escola de Saúde Pública Dr. Agrícola Paes de Barros / Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT.

Projeto Xamã – Formação de Auxiliares de Enfermagem para Indígenas

Autor(es): Escola Técnica de Saúde de Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde/Escola Técnica de Saúde.

O Período de Transição entre o Modelo Assistencialista e o Programa de Saúde da Família no Bairro Santa Isabel

Autor(es): Maria de Lourdes Baía Herani, Ornezídia Oliveira, Elza Lair Costa, Dulcinéia Souza Barbosa, Rosimeire Santana Santos, Waldenice Alves Pereira, Elizane Ventura S. Santos, Elaine da Conceição Silva, Jurema B.S. Andrade, Conceição A .C. Costa, Adílson R.S. Mendes.
Fundação de Saúde de Cuiabá.

Aleitamento Materno Versus Internação Hospitalar

Autor(es): Luiz Gonzaga Mielli Camargo e Componentes da Equipe I
Universidade Federal de Mato Grosso

Perfil de Satisfação do Usuário do PSF do Bairro São Domingos e Parte do Bairro Vila Bela – Sorriso/MT

Autor(es): Dejair José Pereira, Marco Aurélio Bertúlio, Rubens Apoitia, Waldir Bertúlio, Wanderlei Pignati, Wladimir Nunes Pinheiro, Alessandro Louza Alarcão, Clovis Nobre Sandoval de Miranda, Luís Adriano Cardoso de Paula
Instituto de Saúde Coletiva – UFMT

Aleitamento Materno de Crianças Menores de 1 ano, da Microárea 5 da Área de Abrangência da Unidade de Saúde da Família do Bairro Jardim Florianópolis

Autor(es): Rosilene Cristina Montes Lima Silva
Universidade Federal de Mato Grosso

Levantamento da Situação do Preenchimento do Cartão das Crianças de 0 a 5 anos de Idade, na Microárea 02 da Unidade de Saúde da Família do Bairro Ouro Fino

Autor(es): Glauclie Pinheiro Cavalcante.
Universidade Federal de Mato Grosso.

Diamantino

Desenvolvendo a Auto-estima do Grupo de Hipertensos

Autor(es): Guaracy Arruda dos Santos e Noely Negrão O. Rodrigues.
Secretaria Municipal de Saúde de Diamantino.

Juara

Ações do Programa Saúde da Família (PSF) Atravessam Fronteiras

Autor(es): Célia Regina da Costa Galdino Peres.
Secretaria Municipal de Saúde de Juara.

Juruena

Saúde da Família de Juruena – Dando os Primeiros Passos na Reorientação do Modelo Assistencial

Autor(es): Elisia Possidonea Pereira, Vanilda Pinheiro Almeida e Mara Lúcia Duarte.
Secretaria Municipal de Saúde de Juruena.

Lucas do Rio Verde

A Contribuição de Equipes de Saúde da Família na Formação de Professores da Rede Básica de Ensino em Lucas do Rio Verde

Autor(es): Terezinha de Cássia Viana Gimenes
Secretaria Municipal de Saúde de Lucas do Rio Verde

Nortelândia

Família Feliz

Autor(es): Ana Maria Vicente Barbosa e Elena Regina Campanholi
Secretaria Municipal de Saúde de Nortelândia

Poconé

A Experiência da Implantação do PSF em um Município do Pantanal Mato-grossense

Autor(es): Reinaldo Francisco Pereira
Secretaria Municipal de Saúde de Poconé

Mapeamento das Áreas das Equipes de Saúde da Família do Município de Poconé

Autor(es): Reinaldo Francisco Pereira
Secretaria Municipal de Saúde de Poconé

Primavera do Leste

Atividades Desenvolvidas pelo PACS e PSF em Primavera do Leste – MT

Autor(es): Carine Fin, Haidi B. Banalti e Vanda S. de Carli.
Secretaria Municipal de Saúde de Primavera do Leste.

Sorriso

Alcoolismo no Programa de Saúde da Família

Autor(es): Miriam Tereza Vali Solé Rocha
Secretaria Municipal de Saúde de Sorriso

A Atuação da Psicologia no PSF

Autor(es): Angelita Wilke.
Secretaria Municipal de Saúde de Sorriso.

PSF – Mudança de uma Realidade

Autor(es): Mirian Tereza Viali Solé Rocha
Secretaria Municipal de Saúde de Sorriso

“A História de Leonilson”

Autor(es): Miriam Tereza Vali Solé Rocha
Secretaria Municipal de Saúde de Sorriso

Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino

Autor(es): Luzia Helena Lopes de Medeiros
Secretaria Municipal de Saúde de Sorriso

A Prevenção na Adolescência

Autor(es): Luzia Helena Lopes de Medeiros
Secretaria Municipal de Saúde de Sorriso

Agente Resolve - Iniciativa dos Agentes Comunitários de Saúde na Resolução dos Problemas

Autor(es): Miriam Tereza Vali Solé Rocha
Secretaria Municipal de Saúde de Sorriso

Vigilantes Mirins da Saúde

Autor(es): Miriam Tereza Vali Solé Rocha.
Secretaria Municipal de Saúde de Sorriso.

Visitas Domiciliares como Estratégia de Educação Bucal

Autor(es): Jenair Dolores Rossoni / Jossane C.A Martello.
Secretaria Municipal de Saúde de Sorriso.

A Responsabilidade Sobre a População e as Limitações Geográficas: Desafios Cotidianos para as Equipes de Saúde da Família

Autor(es): Equipe de Saúde da Família do Bairro Primavera – PSF III
Secretaria Municipal de Saúde de Sorriso

Participação Popular na Tomada de Decisões: Contribuições para a Humanização dos Serviços Oferecidos pelo PSF

Autor(es): Equipe de Saúde da Família do Bairro Primavera – PSF III
Secretaria Municipal de Saúde de Sorriso

Fotografe um Ato de Amor

Autor(es): Miriam Tereza Vali Solé Rocha
Secretaria Municipal de Saúde de Sorriso

Capacitação para os Auxiliares de Enfermagem: a Incorporação de um Novo Papel a esses Profissionais, Otimizando a Oferta de Serviços

Autor(es): Equipe de Saúde da Família do Bairro Primavera – PSF III.
Secretaria Municipal de Saúde de Sorriso.

Comunicação Coordenada

Cáceres

Pré-natal: um Ato de Amor entre Mãe e Filho

Autor(es): Simone Regina Cabreira Soares.
Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres.

Adolescência, Cidadania e Saúde

Autor(es): Daniel da Luz Backes.
Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres.

Cuiabá

Assistência Pré-natal: uma Avaliação na Ótica de Mulheres Grávidas

Autor(es): Majoreth Dióz Silva
Universidade Federal de Mato Grosso

A Laqueadura Tubária em Mulheres Residentes no Bairro Novo Paraíso II: a Participação da Família e dos Profissionais de Saúde na Escolha das Mulheres

Autor(es): Elaine Rosa de Carvalho,
Maria da Anunciação Silva
Universidade Federal de Mato Grosso

O Controle do Câncer de Colo Uterino no Bairro Novo Paraíso - ESF II - Ano 1998-2000

Autor(es): Vanja Jugurtha Bonna, Elaine Rosa de Carvalho.
Fundação de Saúde de Cuiabá.

Avaliação do SINASC em Cuiabá, 1995-1998

Autor(es): Hugna Mayre de Oliveira,
João Henrique Scatena, Valéria B. S. Oliveira.
Universidade Federal de Mato Grosso.

Da Cura para o Cuidado - uma Nova Visão em Saúde: o Enfoque na Família

Autor(es): José Pedro Rodrigues Gonçalves
Universidade de Cuiabá - UNIC

Uma Experiência Social - Pessoas Portadoras de Deficiência

Autor(es): Carmosina da Costa Ribeiro.
Fundação Centro de Reabilitação Dom Aquino Corrêa.

Prática de Saúde Compartilhada: Estratégia para o Exercício da Cidadania

Autor(es): Nelice Lotufo de Oliveira
Universidade Federal de Mato Grosso

O Controle Social dos Serviços de Saúde: a Visão dos Agentes de Enfermagem

Autor(es): Maria da Anunciação Silva
Universidade Federal de Mato Grosso

Programa de Saúde da Família e Organização Popular - Sucesso Partilhado

Autor(es): Eliana Maria S. Carvalho, Ana Cristina Verhalen
Universidade Federal de Cuiabá

Condições de Vida e de Saúde no Bairro Altos da Serra: uma Contribuição para o Planejamento Local de Saúde

Autor(es): Ana Carolina, Analice Nagel Rodrigues,
Anedson A. da Silva, Andreia B. Guimarães,
Celso Vargas Reis, Daniela M. Ribeiro, Dean O. Souto,
Gedeon A. da Costa, Luís C. Braga
(Acadêmicos de Medicina da UFMT)
Universidade Federal de Mato Grosso

Educação em Sexualidade na Adolescência

Autor(es): Mandú, E.N.T.; Corrêa, A.C.D.
Universidade Federal de Mato Grosso.

A Humanização da Atenção à Saúde Oferecida pelo PSF: um Desafio ainda em Construção

Autor(es): Equipe de Saúde da Família do
Bairro Primavera - PSF III
Fundação de Saúde de Cuiabá

Lucas do Rio Verde

Avaliação de um Plano de Ação
Alicerçado em Parcerias

Autor(es): Terezinha de Cássia Viana Gimenes
Secretaria Municipal de Saúde de Lucas do Rio Verde

Pedra Preta

Parâmetros de Controle e Avaliação do Impacto da Saúde da Família na Qualidade de Vida da Comunidade Urbana de Pedra Preta

Autor(es): André Luís Sousa Gonçalves,
Hermenegildo Sabino, Juliano Coelho Philippi,
Luiz Carlos Prietch, Paula Regina Calestini Gaiotto
Secretaria Municipal de Saúde de Pedra Preta

São José dos Quatros Marcos

Como a Informática Pode Auxiliar nos
Trabalhos Desenvolvidos no PSF

Autor(es): Marcelo Vieira de Lima
Secretaria Municipal de Saúde de
São José dos Quatros Marcos

Sorriso

Prontuário Odontológico

Autor(es): Ediane Perin Acco, Hellen Félix Xavier,
Renata Valéria Alcântara
Secretaria Municipal de Saúde de Sorriso

Registro de Informações no Programa de
Saúde da Família: uma Proposta de
Prontuário para os Usuários

Autor(es): Dejour José Pereira, Marco Aurélio Bertúlio,
Wanderlei Pignati, Wladimir Nunes Pinheiro,
Erlon Klein, Luciano Corrêa Ribeiro,
Paulo Roberto Vieira de Figueiredo
Secretaria Municipal de Saúde de Sorriso

Apresentação em Comunicação Coordenada



Cursos para as Equipes de Saúde da Família

16 e 17/10/2000

Nível Superior

1 - Atenção Primária à Saúde e Princípios de Saúde da Família

Instrutor: Mestre Dr. Ernesto Azevedo (SMS Contagem / MG).

Carga Horária : 08 horas.

Total de Participantes: 21.

2 - Medicina Baseada em Evidências

Instrutor: Dr. Alex Miranda Rodrigues (SMS Paracatu – MG).

Carga Horária: 12 horas.

Total de Participantes: 21.

3 - S I A B

Instrutor: Dr. Ricardo Rodrigues (ISC/UFMT).

Carga Horária: 12 horas.

Total de Participantes: 16.

4 - PRD - Redução de Danos para Usuários de Drogas

Instrutores: Mestre Doutoranda Delma P. Oliveira (ISC/UFMT).

Mestranda Marisa Batista (Coord. Saúde Mental SES-MT).

Carga Horária: 12 horas.

Total de Participantes: 13.

5 - Gravidez na Adolescência

Instrutor: Dra. Zuleide Cabral (FCM/UFMT).

Carga Horária: 08 horas.

Total de Participantes: 21.

6 - Grandes Endemias - (LTA)

Instrutores: Engenheira Sanitarista Samia Nadaf de Melo (G. Endemias/SES-MT).

Dr. Cór Jesus Fernandes (FCM/UFMT).

Carga horária: 12 horas.

Total de Participantes: 40.

7 - Saúde do Adulto: Hipertensão Arterial e Diabetes

Instrutor: Dr. Romero Bezerra Barbosa (Ministério da Saúde - Coord. das Doenças Crônico-degenerativas).

Carga Horária: 12 horas.

Total de Participantes: 40.

8 - Saúde da Mulher/ Prevenção do Câncer

Instrutor: Dr. Ney Pereira (CECAP/SES-MT).

Carga Horária: 08 horas.

Total de Participantes: 28.

9 - Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância

Instrutora: Prof^a. Sandra Coenga de Souza (FCM/UFMT).

Carga Horária: 12 horas.

Total de Participantes: 17.

10 - Urgência e Emergência em Saúde da Família

Instrutor: Enfermeira Ligia Soares Azevedo (Coord. PSF e Coord. Núcleo de Recursos Humanos/SES-SP).

Carga horária: 12 horas.
Total de Participantes: 35.

11 - EPI-INFO

Instrutora: Mestre Eliana Ignoti (UNEMAT-MT).
Carga horária: 12 horas.
Total de Participantes: 09.

Auxiliares de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde

1 - Reabilitação Baseada na Comunidade

Instrutoras: Ilza Maria T. Ferraz (Fisioterapeuta/FCRDAC/SES-MT). Márcia Fátima Folador (Fonoaudióloga/FCRDAC/SES-MT). Elisa Cybe Minomya (Fisioterapeuta/FCRDAC/SES-MT). Maria Izabel Nelli Monteiro (Terapeuta Ocupacional/FCRDAC/SES-MT).

Carga Horária – 12 horas.
Total de Participantes: 28.

2 - Papel do Agente Comunitário de Saúde no PSF

Instrutora: Enfermeira Nara Sandra do Nascimento (PSF/SMS - Poconé).

Carga Horária: 08 horas.
Total de Participantes: 26.

3 - A Triagem de Enfermagem na Demanda para as Unidades de Saúde da Família

Instrutora: Terezinha de Cássia (PSF/SMS - Lucas do Rio Verde).
Carga Horária: 08 horas.
Total de Participantes: 31.

4 - Território e Cidadania: Pontos de Partida para a Equipe de Saúde da Família, Município e Estado

Instrutor: Dr. Wladimir Nunes Pinheiro (PSF/SMS - Sorriso/ISC-UFMT).
Carga Horária: 08 horas.
Total de Participantes: 38.

5 - Prevenção de Incapacidades / Hanseníase

Instrutora: Eliane Maria Esperadio (COORTEC/SES-MT).
Carga horária: 08 horas.
Total de Participantes: 54.

Curso de Medicina Baseada em Evidências



Premiação

Os participantes da Iª Mostra Estadual de Saúde da Família que apresentaram trabalhos na modalidade “pôsteres” ou “comunicação coordenada” concorreram à premiação segundo três critérios: júri técnico, júri popular e sorteio.

Por júri técnico, foram premiados os autores e/ou respectivas Instituições de Saúde de Atenção Básica dos 16 trabalhos que obtiveram as melhores notas (média das três notas de três avaliadores). O júri foi constituído por 2 profissionais mestres e 1 doutor, todos da área de saúde pública.

Foram considerados como critérios de pontuação dos trabalhos: a apresentação dos objetivos do estudo, se voltado ao desenvolvimento do conhecimento das experiências e resultados com saúde da família e/ou comunidades; a originalidade, com inovações das práticas em Saúde da Família; a metodologia adequada aos objetivos do estudo; análise, discussões e conclusões originadas do estudo; a aplicabilidade dos achados do estudo nas Ações Primárias de Saúde; e, como critério de desempate, caso tenha ocorrido, considerando os itens anteriores, a apresentação do trabalho.

Por júri popular, foram premiados os autores e/ou respectivas Instituições de Saúde de Aten-

ção Básica dos cinco trabalhos mais votados por decisão voluntária dos participantes da IV Conferência Estadual de Saúde e I Mostra Estadual de Saúde da Família, com os eleitores identificando-se em lista de assinaturas de votantes. Os votos foram depositados em urnas dispostas na entrada do salão da Conferência Estadual de Saúde e na Escola de Saúde de Mato Grosso.

Por sorteio, foram premiados os autores e/ou respectivas Instituições de Saúde de Atenção Básica de cinco trabalhos escolhidos na frente do público da IV Conferência Estadual de Saúde.

Na escolha dos trabalhos sorteados e na entrega dos prêmios, tivemos a participação do cantor Ney Matogrosso, presente à Conferência como voluntário do MORHAN – Movimento de Reintegração do Doente de Hanseníase. Durante o evento, tivemos a apresentação, pelos estudantes do município de Sorriso, de teatro sobre alcoolismo.

Foram ainda premiados com Menção Honrosa os vídeos apresentados pelos municípios de Poconé e de Lucas do Rio Verde.

Premiação do Hospital Amigo da Criança de Vila Rica



Trabalhos Premiados na I Mostra Estadual de Saúde da Família

Categoria Poster

Júri Técnico

1º Lugar

Visitas Domiciliares Como Estratégia de Educação em Saúde Bucal

Município: Sorriso / MT.

Autores: Jenair Dolores A. Rossoni e Jossane C. A. Martelli.

Prêmio: 01 Kit Informática, contendo 01 microcomputador, 01 impressora e 01 No-break.

2º Lugar

Vigilantes de Saúde Mirins

Município: Sorriso/MT.

Autor: Miriam Tereza Vali Solé Rocha.

Prêmio: 01 Kit audiovisual, contendo 01 televisão 20", 01 vídeo cassete, 01 retroprojetor e 01 máquina fotográfica semi-profissional.

3º Lugar

Agente Resolve: Iniciativa dos Agentes Comunitários de Saúde na Resolução dos Problemas

Município: Sorriso/MT.

Autor: Miriam Tereza Vali Solé Rocha.

Prêmio: 01 Kit viagem para o 1º Encontro Luso-Brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária - Rio de Janeiro/RJ.

4º Lugar

O Pré-Natal na Unidade de Saúde de Família: Avanços e Dificuldades

Município: Cuiabá/MT.

Autor: Vanja Jugurtha Bonna.

Prêmio: 01 Kit Ambulatorial, contendo 01 caixa completa para pequenas cirurgias, 01 sonar doppler, 01 carrinho para procedimentos de enfermagem, 01 otoscópio e 03 balanças tipo gancho.

5º Lugar

Participação Popular na Tomada de Decisões: Contribuições para a Humanização dos Serviços Oferecidos pelo PSF

Município: Sorriso/MT.

Autor: Equipe de Saúde da Família do bairro Primavera - PSF III

Prêmio: 01 Kit Ambulatorial, contendo 01 caixa completa para pequenas cirurgias, 01 sonar doppler, 01 carrinho para procedimentos de enfermagem, 01 otoscópio e 03 balanças tipo gancho.

6º Lugar

Implantação do Programa de Hipertensão Arterial

Município: Cuiabá/MT.

Autores: Ana Cristina Verhalen e Eliana M. S. Carvalho.

Prêmio: 01 Kit Ambulatorial, contendo 01 caixa completa para pequenas cirurgias, 01 sonar doppler, 01 carrinho para procedimentos de enfermagem, 01 otoscópio e 03 balanças tipo gancho.

7º Lugar

Aleitamento Materno de Crianças Menores de 1 Ano, da Microárea 5 da Área de Abrangência da USF, do Bairro Jardim Florianópolis

Município: Cuiabá/MT.

Autor: Rosilene Cristina Montes Lima Silva.

Prêmio: 01 Kit Ambulatorial, contendo 01 caixa completa para pequenas cirurgias, 01 sonar doppler, 01 carrinho para procedimentos de enfermagem, 01 otoscópio e 03 balanças tipo gancho.

8º Lugar

Fotografe um Ato de Amor

Município: Sorriso/MT.

Autor: Equipe PSF I.

Prêmio: 01 Kit Ambulatorial, contendo 01 caixa completa para pequenas cirurgias, 01 sonar

doppler, 01 carrinho para procedimentos de enfermagem, 01 otoscópio e 03 balanças tipo gancho.

9º Lugar

A Equipe de Saúde da Família é Fonte de Recursos para a Comunidade

Município: Cuiabá/MT.

Autor: Vanja Jugurtha Bonna.

Prêmio: 01 Kit Ambulatorial, contendo 01 caixa completa para pequenas cirurgias, 01 sonar doppler, 01 carrinho para procedimentos de enfermagem, 01 otoscópio e 03 balanças tipo gancho.

10º Lugar

PSF - Mudança de uma Realidade

Município: Sorriso/MT.

Autor: Miriam Tereza Vali Solé Rocha.

Prêmio: 01 Kit Ambulatorial, contendo 01 caixa completa para pequenas cirurgias, 01 sonar doppler, 01 carrinho para procedimentos de enfermagem, 01 otoscópio e 03 balanças tipo gancho.

11º Lugar

A Experiência da Implantação do PSF em um Município do Pantanal Mato-grossense

Município: Poconé/MT.

Autor: Reinaldo Francisco Pereira.

Prêmio: 01 Kit Ambulatorial, contendo 01 caixa completa para pequenas cirurgias, 01 sonar doppler, 01 carrinho para procedimentos de enfermagem, 01 otoscópio e 03 balanças tipo gancho.

12º Lugar

O Alcoolismo no Programa de Saúde da Família

Município: Sorriso / MT.

Autor: Equipe PSF I .

Prêmio: 01 Kit Ambulatorial, contendo 01 caixa completa para pequenas cirurgias, 01 sonar doppler, 01 carrinho para procedimentos de en-

fermagem, 01 otoscópio e 03 balanças tipo gancho.

Cinco Primeiros Trabalhos mais votados

Júri Popular

1º Lugar

A História de Leonilson

Município: Sorriso/MT.

Tipo: Poster.

Autor: Miriam Tereza Viali Solé Rocha.

Prêmio: 01 Kit Livro, contendo 01 Exemplar de Medicina Ambulatorial (Duncan) e 01 Manual de Medicina Familiar (Tradução Ed. Martins).

2º Lugar

A Experiência da Implantação do PSF em um Município do Pantanal Mato-grossense

Município: Poconé/MT.

Tipo: Poster.

Autor: Reinaldo Francisco Pereira.

Prêmio: 01 Kit Livro, contendo 01 Exemplar de Medicina Ambulatorial (Duncan) e 01 Manual de Medicina Familiar (Tradução Ed. Martins).

3º Lugar

Família Feliz

Município: Nortelândia/MT.

Tipo: Poster.

Autores: Ana Maria Vicente Barbosa e Elena Regina Campanholi

Prêmio: 01 Kit Livro, contendo 01 Exemplar de Medicina Ambulatorial (Duncan) e 01 Manual de Medicina Familiar (Tradução Ed. Martins).

4º Lugar

SAUEDUC - Saúde e Educação como Prática de Transformação Social

Município: Cáceres/MT.

Tipo: Poster.

Autores: Silvana Mara Lente e Marco Antônio Pagel.

Prêmio: 01 Kit Livro, contendo 01 Exemplar de Medicina Ambulatorial (Duncan) e 01 Manual de Medicina Familiar (Tradução Ed. Martins).

5º Lugar

Controle do Câncer do Colo Uterino no Bairro Novo Paraíso

Município: Cuiabá/MT.

Tipo: Poster.

Autor: Vanja Jugurtha Bonna.

Prêmio: 01 Kit Livro, contendo 01 Exemplar de Medicina Ambulatorial (Duncan) e 01 Manual de Medicina Familiar (Tradução Ed. Martins).

Comunicações Coordenadas

Júri Técnico

1º Lugar

A Laqueadura Tubária em Mulheres Residentes no Bairro Novo Paraíso II: A Participação da Família e dos Profissionais de Saúde na Escolha das Mulheres

Município: Cuiabá/MT.

Autor: Elaine Rosa de Carvalho.

Prêmio: 01 Kit Informática, contendo 01 Microcomputador, 01 Impressora e 01 No Break.

2º Lugar

Condições de Vida e Saúde no Bairro Alto da Serra: Uma Contribuição para o Planejamento Local de Saúde

Município: Cuiabá/MT.

Autor: Celso Vargas Reis.

Prêmio: 01 Kit Audiovisual, contendo 01 Televisão 20", 01 Vídeo cassete, 01 Retroprojeto e 01 Máquina fotográfica semi-profissional.

3º Lugar

Como a Informática Pode Auxiliar no Trabalho Desenvolvido no PSF

Município: São José dos Quatro Marcos/MT.

Autor: Marcelo V. de Lima.

Prêmio: 01 Kit Viagem para o 1º Encontro Luso-Brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária - Rio De Janeiro/RJ.

4º Lugar

Programa de Saúde da Família e Organização Popular: Sucesso Partilhado

Município: Cuiabá/MT.

Autor: Eliana Maria S. Carvalho.

Prêmio: 01 Kit Ambulatorial, contendo 01 caixa completa para pequenas cirurgias, 01 sonar doppler, 01 carrinho para procedimentos de enfermagem, 01 otoscópio e 03 balanças tipo gancho.

Trabalhos Premiados Por Sorteio

Cáceres Rumo à Concretização da Inversão do Modelo

Município: Cáceres/MT

Tipo: Poster

Autor: Silmeres Lente

Prêmio: 01 Kit Livro, contendo 01 Exemplar de Medicina Ambulatorial (Duncan) e 01 Manual de Medicina Familiar (Tradução Ed. Martins)

Condições de Vida e Saúde da População Cuiabana

Município: Cuiabá/MT

Tipo: Poster

Autores: Nelice Lotufo e Maria Auxiliadora Maciel

Prêmio: 01 Kit Livro, contendo 01 Exemplar de Medicina Ambulatorial (Duncan) e 01 Manual de Medicina Familiar (Tradução Ed. Martins)

Principais Patologias Diagnosticadas na USF dos Bairros Ourofino, Vila Nova e Nova Conquista

Município: Cuiabá/MT

Tipo: Poster

Autores: Luiz Carlos Baena Fernandez, Glaucie Pinheiro Cavalcante, Waldecino Santos da Cruz, Noélia Maria Ferreira de Souza e Elizabeth Bezerra

Prêmio: 01 Kit Livro, contendo 01 Exemplar de Medicina Ambulatorial (Duncan) e 01 Manual de Medicina Familiar (Tradução Ed. Martins)

Guia de Preenchimento de Fichas Médicas

Município: Sorriso/MT

Tipo: Comunicações Coordenadas

Autor: Wladimir Nunes Pinheiro

Prêmio: 01 Kit Livro, contendo 01 Exemplar de Medicina Ambulatorial (Duncan) e 01 Manual de Medicina Familiar (Tradução Ed. Martins)

Como a Informática Pode Auxiliar nos Trabalhos Desenvolvidos no PSF

Município: São José dos Quatro Marcos/MT

Tipo: Poster

Autor: Marcelo V. De Lima

Prêmio: 01 Kit Livro, contendo 01 Exemplar de Medicina Ambulatorial (Duncan) e 01 Manual de Medicina Familiar (Tradução Ed. Martins)

Premiação Honrosa

A Estratégia do Teatro na Escola Érico Veríssimo para Transmitir Conhecimento

Município: Lucas Do Rio Verde/MT

Tipo: Vídeo

Autor: Terezinha de Cássia Viana Gimenes

Prêmio: 01 Kit Livro, contendo 01 Exemplar de Medicina Ambulatorial (Duncan) e 01 Manual de Medicina Familiar (Tradução Ed. Martins)

A Experiência da Implantação do PSF em um Município do Pantanal Mato-grossense

Município: Poconé/MT

Tipo: Vídeo

Autor: Sérgio Henrique Alemand Mota

Prêmio: 01 Kit Livro, contendo 01 Exemplar de Medicina Ambulatorial (Duncan) e 01 Manual de Medicina Familiar (Tradução Ed. Martins)

Solenidade de premiação dos trabalhos da I Mostra de Saúde da Família



Ubirajara S. Mota – Assessor Técnico da SES-MT

Durante a realização da IV CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE e da I MOSTRA ESTADUAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA, esta última, organizada pela Escola de Saúde Pública de Mato Grosso, preparei, por sugestão da Coordenadora da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso, Elisete Duarte, uma seleção de sites que tivessem interesse para Saúde da Família, especialmente que apresentassem algum potencial de aplicação prática para as Equipes de Saúde da Família.

No decorrer das três semanas que antecederam a realização da Mostra, dediquei algum tempo (de uma a duas horas diárias), pesquisando, na web, exemplos que pudessem atender a esse propósito.

Iniciei minhas buscas pelo Brasil e constatei o que, de alguma forma, já esperava: a pequena disponibilidade de material na INTERNET, abordando a temática Saúde da Família, Saúde Comunitária, Atenção Primária em Saúde (veja a relação de sites e home pages no final).

Voltei, então, minhas buscas para sites em idioma espanhol, de preferência para sites da Espanha. Esta escolha deveu-se a duas razões principais: a primeira, por saber que a Espanha tem dedicado, nos últimos anos, um esforço significativo para reordenar o seu sistema de saúde, notadamente em relação à Atenção Primária; a segunda, em função do idioma, pois nossa possibilidade de compreender mais rapidamente o espanhol facilitaria o acesso dos componentes das Equipes de Saúde da Família ao material que fosse encontrado.

Fiquei positivamente surpreso com a quantidade e a qualidade dos materiais disponíveis em sites espanhóis – muitos deles voltados para a

Atenção Primária e com aplicabilidade imediata – e em um site argentino.

A seguir, passo a comentar sucintamente aqueles sites, que até aqui avaliei como os que mais me impressionaram, apresento as características mais marcantes, além de relacionar alguns sites e home pages brasileiros, que tratam, de alguma forma, do tema.

Sites Espanhóis

<http://fisterra.com>

Este é um “portal” que abre uma infinidade de links em muitas direções. Ele começa, se apresentando como “Herramientas útiles en Atención Primaria de Salud”, e realmente é dedicado aos profissionais de Atenção Primária, que podem encontrar ali muitas utilidades para consulta e para a própria formação. Este “portal” se desdobra em quatro direções principais:

Guías de Práctica Clínica

Aqui, além de se ter acesso a textos sobre procedimentos e práticas que ajudam a responder questões relevantes, podemos ter contato com orientações para a elaboração de Guias Clínicos e encontrar Guias já preparados.

Material de apoyo para la consulta

Nesta seção pode ser encontrado farto conteúdo para informar e aconselhar os pacientes, durante uma consulta de rotina. Contém documentos breves e práticos para dar ou mostrar aos pacientes aconselhamentos, dietas, exercícios, técnicas, além de indicações de manuais, guias e livros recomendados aos usuários. Encontram-se também diversas sugestões de aplicativos (software), para ajuda à consulta e ao diagnóstico.

Recursos en la Red

Este desdobramento é uma prova concreta de que quase toda informação de que necessitamos está na «rede», basta que saibamos garimpá-la. Há links para Livros e Atlas, para Base de Dados, para Formação pela Internet, para Medicina Baseada em Evidências–MBE, para Revistas dedicadas à Atenção Primária (acesso a Diretório com 315 revistas internacionais – fora da Espanha – e a Diretório com 166 revistas espanholas).

El lado Humano de la Medicina... ¿tiene otro lado? (Medicina Basada en Afectividad)

Medicina, Ciência... e Arte. Aqui são apresentadas idéias e sugestões que podem ajudar a organizar e completar a formação médica. Entre outras preciosidades, encontra-se:

Decálogo del Médico Humanista

La primera obligación del médico humanista es «la de ser competente técnica y científicamente». ¿Quedan otras nueve?

<http://www.medynet.com/elmedico/>

(EL MEDICO INTERACTIVO – DIARIO ELETRONICO DE LA SANIDAD)

Este site se destaca pela abordagem em Formação Continuada. (É bom lembrar que, para acesso, será solicitado cadastro, quando o «navegante» fornecerá um login e uma senha).

O primeiro destaque do site fica por conta da Seção “Paciente Virtual” (isso mesmo, paciente virtual) (<http://www.medynet.com/elmedico/formacion/pacientevirtu.htm>), onde o “navegante” é convidado a fazer uso de um simulador de paciente, desenvolvido com base em um caso real e abrangendo as mais diversas especialidades.

Certamente se constitui em uma ferramenta muito prática de atualização e formação continuada, permitindo desenvolver com um paciente eletrônico todo o processo diagnóstico e terapêutico, normalmente seguido com um pa-

ciente “ao vivo e a cores”. Há uma lista com 15 pacientes virtuais e todo mês é apresentado um novo caso.

O segundo destaque é a seção denominada “Aula Virtual”,

(<http://www.medynet.com/elmedico/formacion/temario.htm>), que significa um Vídeo-Curso de Formação Continuada em Medicina Interna, preparado pela Sociedade Espanhola de Medicina Interna. Aqui são apresentados 29 temas, dos quais 13 já estão disponíveis para serem assistidos. As conferências multimídias (áudio e vídeo) são renovadas quinzenalmente e, para assisti-las, é necessário ter instalado o programa para áudio e vídeo RealPlayer (http://proforma.real.com/real/player/player.html?src=terra_br&lang=br&dc=113112111 ou http://www.seei.es/congreso-afenf/realplayer/r32_g20_2es.exe para download de versão freeware). Além desse programa e de estar conectado à Internet, o computador precisa ter placa de som e caixas acústicas.

Outro destaque é representado pela seção “Aula Acredita” (Programa Anual 2000-2001 de Formación Continuada Acreditada para Médicos de Atención Primaria) (<http://www.medynet.com/elmedico/aula/index.htm>). Esta é uma atividade que recebe a chancela da Comisión de Formación Continuada do Sistema Nacional de Salud – Ministerio de Sanidad y Consumo de España.

Esta atividade representa um sistema de avaliação continuada de médicos via Internet, cujo programa anual é constituído de 19 créditos. O profissional médico, desejoso de participar, precisa preencher um “Boletín de Inscripción” (<http://www.medynet.com/elmedico/aula/boletin.htm>), pagar uma taxa (200 pesetas) e aguardar a aceitação. Independente disso, tem acesso livre aos textos de “Aula Acredita”, cujos temas variam de Atualización en urticarias a Hiperlipemias, passando por Hipertensión arterial, Tuberculosis e Hepatitis crónica. Os textos, diga-se de passagem, são de excelente qualidade.

Há ainda notícias de especialidades, mecanismo de busca e uma movimentada lista de discussão (“foros de debate”).

http://db.atheneum.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/atheneum/ath_index

Atheneu – Club Virtual de Atención Primaria.

É um clube multidisciplinar, aberto à participação de todos os profissionais que desenvolvem atividades no ambiente da atenção primária ou estão interessados em temas relacionados com ela.

Se concebe como um espaço virtual de reunião de profissionais de atenção primária, com finalidades de formação, informação e intercâmbio de experiências.

Desenvolve atividades de caráter científico, profissional e lúdico, temas sobre os quais apresenta um considerável número de seções (Noticias, Recepción, Hemeroteca, Biblioteca, Aula de Formación, Galería de imágenes, Sala de Tertulia, Sala de Lectura, Agenda, Tablón de anuncios, Café Restaurante, Sala de Juegos Sala de Informática, Servicios).

Será solicitado cadastro, quando o “navegante” fornecerá um login e uma senha de acesso.

<http://www.seei.es/>

(Sociedad Española de Enfermería Informática e Internet – SEEI)

Este site é uma associação científica de enfermagem dedicada à Internet. Aqui, tem-se acesso às informações do I Congreso Nacional de Informática y Enfermería (novembro de 99), podendo-se visualizar – também em RealPlayer, a exemplo do «Aula Virtual» – uma conferência do congresso, com a diferença de que, aqui, o arquivo de áudio e vídeo pode ser «baixado» para o computador para ser visualizado com calma, sem as inconveniências de uma conexão lenta. Possui uma ótima seção denominada «ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA» (Por una enfermería basada en la evidencia, la efectividad y la afectividad) (<http://www.seei.es/web-socios/ebe/index.html>).

Indica vários links («enlaces») de interesse, como para a «Base de Datos para la Investigación en Enfermería – BDIE» (<http://www.isciii.es/investen/bdie.html>) do Instituto de Salud Carlos III (<http://www.isciii.es/>).

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

<http://www.cof.es/consejo/menu1.htm>

Apresenta variadas informações sobre medicamentos e questões farmacêuticas.

<http://www.rincondelvago.com/>

(EL RINCÓN DEL VAGO)

Este é um site eclético, despretensioso e bem-humorado, com um toque um tanto matreiro de «república estudantil» (Te hacemos la vida un poquito más fácil).

A seção *Fotocopiadora* conduz a um mecanismo de busca em um banco de textos, abordando as mais variadas especialidades e áreas do conhecimento, com destaque para vários textos de Enfermagem (vale a pena conferir, por exemplo, o texto “Cuidados de Enfermería” de Laura Aguilar). Há também um horóscopo, que é impagável.

Site Argentino

<http://www.sap.org.ar/>

Sociedad Argentina de Pediatría

O site da Sociedade Argentina de Pediatría apresenta também possibilidades de formação continuada. A seção Educación (<http://www.sap.org.ar/menu.htm#edu>) possui desdobramentos em Casos Clínicos, Consensos (Guias Clínicas) e Autoevaluación, entre outros.

Sites e Home pages brasileiros

(os dois primeiros fornecem alguns bons textos)

MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Site da Disciplina de Medicina de Urgência – DEPARTAMENTO DE MEDICINA – UNIFESP

<http://www.epm.br/cochrane/bestevidence.htm>

Site do Núcleo de Medicina Baseada em Evidências (Universidade Federal do Ceará)

<http://www.esp.ce.gov.br/evidenciaufc/>

SITE DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO
CEARÁ

<http://www.esp.ce.gov.br/>

HOME PAGE do Pólo de Capacitação de Profissionais de Saúde da Família do Estado da Bahia – UFBA – Instituto de Saúde Coletiva.

<http://www.polo.ufba.br/polo%20.html>

SITE DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO

<http://www.saude.mt.gov.br/>

HOME PAGE DE H. L. WAGNER (Monitor de Treinamento em Saúde da Família de Curitiba usando metodologia de inspiração canadense – fornece alguns textos básicos de treinamento).

http://members.nbci.com/_XMCM/zerozerosix/index.html

HOME PAGE INDEPENDENTE DEDICADA AO PSF

<http://www.psaudedafamilia.hpg.com.br/>

HOME PAGE DO PSF DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS QUATRO MARCOS (MT)

<http://orbita.starmedia.com/~marcelolima72/INDEX.html>

A realização deste levantamento é mais uma constatação do que se tem observado em outras áreas do conhecimento: a Internet pode representar para o Programa de Saúde da Família uma ferramenta poderosa para obtenção de informações, formação continuada e permanente troca de experiências com pessoas e grupos próximos e distantes. Tudo isso a curto prazo, a baixo custo e em alta velocidade.

Espero que esteja próximo o dia em que todas as Secretarias Municipais de Saúde do Estado de Mato Grosso conectem-se à Internet e os componentes das Equipes de Saúde da Família possam navegar pelo Brasil e pelo mundo afora, acrescentando novas formas de pensar e de agir ao seu trabalho.

Dúvidas quanto ao tema, fale com o autor pelos fones (065) 613-5307, por e-mail biramota@zaz.com.br ou com a Escola de Saúde Pública de Mato Grosso (065) 613-2200 ou esp.ses@saude.mt.gov.br.

Treinamento no uso da internet para os participantes da IV Conferência Estadual de Saúde



PARTE VII

TEXTOS DE APOIO



Júlio S. Müller Neto

Secretário de Estado de Saúde/MT

Filas, demora no atendimento, dificuldade em conseguir vagas, maus tratos e mau atendimento parecem ser a única realidade ou a face predominante dos serviços públicos de saúde, próprios ou contratados e conveniados. Nada mais enganoso. Sem negar a existência dos problemas acima elencados, que, com frequência, geram justas reclamações dos usuários, podemos afirmar, contrariando as aparências, que estes não são os fatos predominantes no cotidiano dos serviços e dos profissionais da saúde pública em Mato Grosso.

Há dois anos, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizou a pesquisa nacional por amostragem de domicílio (PNAD) - suplemento saúde - que teve os seus resultados apresentados este ano. Vamos aos números:

Em nosso Estado, apenas 13,46 % da população têm plano de saúde (e entre eles estão os convênios e o IPEMAT), sendo que a média nacional é de 25%. Esses dados demonstram que, de um modo geral, quem está realmente garantindo a saúde da população mato-grossense é o Sistema Único de Saúde (SUS).

Um dos pontos mais importantes da pesquisa é o questionamento da qualidade no atendimento. 84,1 % da população mato-grossense avaliou como muito bom ou bom o atendimento feito pelo SUS. Isso implica em dizer que esta é a avaliação que os usuários fazem do Sistema Único de Saúde, pois já vimos que quase 87% da população de Mato Grosso têm, como única forma de atendimento, o serviço público de saúde. É importante ressaltar que a pesquisa avaliou as pessoas que foram atendidas nos quinze dias anteriores a ela.

Reafirmando essa tendência, a revista "Exame" publicou, em 23/08/2000, uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Vox Populi, muito conceituado nacionalmente. O Instituto avaliou, em todo o país, os serviços fornecidos pelo governo na área de educação, previdência e saúde.

Uma das particularidades dessa pesquisa foi o fato de levar em consideração a diferença na avaliação de usuários e não-usuários. A Vox Populi privilegiou as informações dos usuários, pois são os que efetivamente se utilizam desses serviços.

A saúde passou no teste e teve média de 64% de aprovação. Os quesitos avaliados foram: garantia de acesso, qualidade e agilidade no atendimento, adequação das instalações e qualidade no serviço. Esse último teve 71% de aprovação, sugerindo a existência de uma outra face da saúde pública, oculta e positiva.

Uma possível explicação para a diferença de percepções (boas versus ruins) dos serviços e dos profissionais de saúde é o aumento da expectativa e do nível de exigência cada vez maior do usuário. Por tratar-se de atividade essencial à vida das pessoas, não se aceita falhas. E é justo que seja assim.

Dessa maneira, se de dez pessoas nove são bem atendidas, tudo bem, não se toca mais no assunto. Entretanto, a partir da disseminação da informação, a divulgação dos fatos relacionados à saúde pública dá-se a partir do acontecido com aquela pessoa que não recebeu um bom atendimento. E aí acontecem as generalizações e são formados os estereótipos do tipo "o serviço não presta, os profissionais são incompetentes" e outras afirmações, que não correspondem à realidade.

Retomando a PNAD e voltando a Mato Grosso, lembramos que a pesquisa mostra ainda alguns fatos que impressionam pela dimensão.

Por exemplo: mais da metade da nossa população procurou atendimento médico nos últimos 2 meses anteriores a pesquisa, enquanto oito em cada 100 pessoas foram internadas no mesmo período. Ou seja, aproximadamente 184 mil pessoas foram hospitalizadas através do Sistema Único de Saúde (SUS).

Mesmo com índices elevados de satisfação, nós, que aqui vivemos, temos em média cinco dias por ano de interrupção em nossas atividades, por motivo de saúde. Ainda assim, estamos melhor que a média nacional, que é de 10 dias por ano, 30% da população relatam ser portadoras de, pelo menos, uma doença crônica, o que significa, traduzindo em números absolutos, que 690 mil pessoas são portadoras de problemas que exigem cuidados e atenção do sistema de saúde, por longo período ou permanentemente.

Aproximadamente dois terços da população do Estado (cerca de um milhão e meio de pessoas) afirmaram usar regularmente os serviços de saúde. Destes, 55% procuram os postos e centros de saúde (em contraste com 42% da média nacional), 15%, ambulatoriais, 3,2%, pronto-socorro ou unidade de emergência. Em contrapartida, apenas 22% buscam consultórios particulares ou serviços privados.

Fica evidente, assim, que a porta de entrada do sistema de saúde é a dominada pela rede básica, pública e municipalizada. Decorre daí

também outra conclusão: se quisermos melhorar a avaliação dos usuários sobre os serviços públicos de saúde, temos que melhorar, sobretudo, a atenção primária, básica, como faz a estratégia do Programa de Saúde da Família, que alcança mais de 90% de satisfação dos usuários, na maioria das avaliações realizadas no Brasil. A PNAD também revelou a insatisfação dos usuários em duas áreas mais problemáticas, em termos de acesso: a assistência odontológica e a farmacêutica.

Finalmente, uma avaliação tão positiva dos profissionais e dos serviços públicos de saúde, por parte da nossa população de Mato Grosso, aumenta a nossa responsabilidade e nos traz o desafio de melhorar ainda mais o acesso, a qualidade e a humanização dos serviços de saúde.

Este é exatamente o tema da IV Conferência Estadual de Saúde, que será realizada de 17 a 20 de outubro, aqui em Cuiabá, quando teremos 400 delegados procedentes de todos os municípios do Estado, debatendo e assinalando os novos rumos que a saúde pública deverá seguir, para melhor satisfazer os anseios e as necessidades dos cidadãos.

Reforçando a ousadia de cumprir e fazer cumprir os princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde.

Propostas de Superação das Pendências básicas de Financiamento e de Direcionamento das Estratégias de Construção do Sistema Único de Saúde

Aprovadas por unanimidade na Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, em 05/10/99.

I. Aprovação e Implementação imediata da PEC 169/182-A

Objetivo: Assegurar um financiamento público suficiente, estável e adequado ao Sistema Único de Saúde, através da vinculação de recursos fiscais nas três esferas de Governo. Entre outras conseqüências: elevação significativa do Piso de Atenção Básica - PAB e dos Tetos Financeiros, estaduais e municipais, além das contrapartidas estaduais e municipais.

É também inadiável o estabelecimento do "como" e do "para quê" da utilização desses recursos em função das Diretrizes Constitucionais e da Lei Orgânica da Saúde, e por isso seguem os itens II (Estratégias Básicas), III (Mecanismos Implementadores de Construção do Modelo Assistencial "SUS", a serem intensificados) e IV (Prioridades para as Ações Finalísticas do SUS, Resolução 290/99 do Conselho Nacional de Saúde, homologado pelo Ministro da Saúde José Serra).

II - Estratégias Básicas

As quatro estratégias básicas que seguem, foram formuladas em decorrência direta dos princípios e Diretrizes Constitucionais e da Lei Orgânica de Saúde: Equidade, Universalidade, Integralidade, Descentralização, Hierarquização/Regionalização e Controle Social.

1. Precedência à ampliação e aprofundamento da Atenção Básica à Saúde (Qualidade de Vida, Promoção e Proteção da Saúde e Recuperação Precoce da Saúde) e seu

direcionamento para a estruturação da Atenção Integral à Saúde, em articulação estreita com as ações e serviços de média e alta complexidade.

2. Construção da Descentralização, Gestão Pactuada e do Controle Social.

2.1. Realização da Gestão Pactuada através de:

- a) Discussão e Decisão transparente nas Comissões Intergestores (Tripartite em nível Nacional e Bipartite nos Estados) dos critérios de alocação de recursos na Atenção Básica à Saúde, Atenção de Média Complexidade e Atenção de Alta Complexidade;
- b) Formulação nas Comissões Intergestores e a necessária publicização dos critérios de alocação de recursos em Investimento e Custeio, incluindo o desenvolvimento e incorporação de tecnologia de ponta na assistência e na produção de insumos básicos, a serem submetidos à aprovação dos respectivos Conselhos de Saúde e c) Intensificação da cultura e prática do Planejamento e Estabelecimento de Prioridades e Metas, desde cada unidade prestadora de serviços até os Gestores Municipais e Estaduais. Incorporação de informações sobre apropriação de custos e a relação custo-efetividade no processo de decisões e discussão e aprovação dos planos e respectivos orçamentos nos Conselhos de Saúde.

2.2. Efetivação da Gestão Pactuada nas Comissões Intergestores (Tripartite-CIT, Bipartites-CIBs e Bipartites Regionais-CIRs), e seu Controle Social pelos Conselhos de Saúde, nas três esferas de Governo.

3. Adequação da lógica dos repasses intergovernamentais e dos pagamentos às unidades prestadoras, à lógica do Modelo Assistencial "SUS", visando a:

- a) Repasses Globais Regulares Fundo a Fundo, mediante o cumprimento das metas (quantitativas e qualitativas) constantes nos Planos e na Programação Pactuada Integrada (PPI), assim como o Controle Social dos Fundos de Saúde em cada esfera de Governo, pelos respectivos Conselhos de Saúde;
- b) Pagamentos Globais Regulares às unidades prestadoras de serviços, mediante o cumprimento das metas (quantitativas e qualitativas) e valores *per capita*, pactuados com o Gestor, considerando sempre os custos, a relação custo-efetividade e o equilíbrio financeiro de cada unidade, pública ou privada, contratada ou conveniada; e
- c) Manter os repasses Fundo a Fundo, integralmente, destinados ao financiamento das metas (de investimento e custeio), constantes nos Planos e na Programação Pactuada Integrada (PPI), evidentemente aprovados nas instâncias competentes da Gestão e do Conselho de Saúde.

4. Regulação das Operadoras Privadas de Planos e Seguros de Saúde, visando a, basicamente, coibir a transferência de custos delas para o SUS e contribuir para a consecução dos Direitos do Consumidor de Planos e Seguros Privados de Saúde.

III - Mecanismos Implementadores da Construção do Modelo Assistencial SUS a serem intensificados:

1. Efetivação do Planejamento Ascendente e da PPI, explicitando as Prioridades, Metas,

Qualidade e Resultados, incluindo a Hierarquização e Regionalização. As Comissões Intergestores Regionais (CIRs) e, na ausência, as CIBs, devem ser os núcleos articuladores e efetivadores da Hierarquização/Regionalização e da Regulação da Oferta-Demanda em nível regional. Implementação de Centrais de Vagas.

2. Pactuação do Gestor com as unidades prestadoras, próprias, filantrópicas ou privadas, objetivando o estabelecimento de metas de produção de serviços (quantitativas visando a garantir a cobertura universal e qualitativas, visando ao impacto das ações na melhoria das condições de saúde) tendo em vista as relações custo-efetividade. Introduzir, sempre que possível, o contrato de gestão como instrumento gerencial, através do qual os compromissos com as metas possam estar estabelecidos, de modo que todos os prestadores possam estar submetidos ao papel regulador do Estado.

3. Conversão progressiva dos repasses convencionais (investimento e custeio) e daqueles baseados na produção de serviços (SIH e SIA/SUS) em repasses Fundo a Fundo, de acordo com os planos, prioridades e metas dos sistemas locais e a programação pactuada e integrada PPI.

3.1. Os montantes dos novos repasses Fundo a Fundo devem ser calculados a partir das séries históricas anteriores, das estimativas de custos das metas a serem cumpridas e alterados gradativamente em função do princípio da Universalidade com Equidade, tudo negociado e pactuado no nível da CIT e CIBs.

3.2. Os gestores estaduais e municipais devem capacitar-se para remunerar os prestadores, mediante o cumprimento de metas e resultados por unidade prestadora, previamente acordadas e reintegradas aos Planos e PPI. As diretrizes da capacitação devem também ser pactuadas na CIT e CIBs.

4. Reincorporação do PAB variável ao fixo e do Subteto ao Teto, integrando-os às prioridades e metas dos Planos e à PPI. Incorporação dos repasses "PACS/PSF" ao PAB fixo, integrando-os também às prioridades e metas dos Planos e à PPI.
5. Confeção de planilhas de execução orçamentária que expressem nova estrutura programática e seu acompanhamento, visando à explicitação e transparência dos gastos com:
 - Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, separadamente: Investimento e Custeio;
 - Repasses Fundo a Fundo, Conveniais e por Produção; e
 - Saldos entre o alocado e o gasto, inclusive dos Tetos e Subtetos: as reais justificativas da incapacidade de gastos e da reaplicação dos saldos.
6. Discussão e Pactuação na CIT e CIBs da implementação de repasses dos Estados aos Municípios, sob a mesma lógica aqui proposta.
7. Discussão e Pactuação na CIT e CIBs de critérios para estratégias de priorização de intensificação de ofertas de serviços para demandas reprimidas (em nível nacional, estadual e municipal), sempre considerando-se a relação custo-efetividade e a diretriz da Equidade.
8. Política de Recursos Humanos: adequação à lógica do Modelo Assistencial "SUS", observando as seguintes estratégias básicas:
 - 8.1. Efetivação de práticas regulares de formulação de políticas de recursos humanos e de negociação entre gestores e trabalhadores de saúde, objetivando a adequação das condições de trabalho, salário e qualificação profissional, a qualidade e resolutividade dos serviços de saúde para a população;
 - 8.2. Implantação de Mesas de Negociação Permanentes em cada esfera de Go-

verno, entre os Gestores e Trabalhadores de Saúde, com o objetivo de viabilizar acordos entre as partes no âmbito do SUS, que considerem qualificação profissional, adesão e fixação dos profissionais de todos os graus de generalidade e especializações políticas de cargos, carreiras e salários, condições e jornadas de trabalho;

- 8.3. Implementação das Diretrizes do Conselho Nacional de Saúde, para formulação e aplicação de Norma Operacional Básica de Recursos Humanos pelas três esferas de Governo; e
- 8.4. Retomada da atribuição legal do Conselho Nacional de Saúde de deliberar sobre as necessidades sociais da autorização de novos cursos de ensino superior na área da saúde.

IV - Prioridades para as Ações Finais do SUS (Partes A e C da Resolução 290/99 do Conselho Nacional de Saúde, homologada pelo Ministro da Saúde, José Serra).

A - Prioridades

Continuar o processo de fortalecimento e aperfeiçoamento do SUS, aumentando sua eficácia social e a satisfação da população brasileira, concentrando esforços em:

1. Melhoria de gestão:
 - a) continuar o processo de descentralização nos municípios, assegurando condições para uma progressiva regionalização, em rede hierarquizada e integrada dos serviços de atendimento, incluindo-se a organização dos fluxos de demandas;
 - b) modernização de processos administrativos de programação, controle e avaliação;
 - c) desenvolvimento dos sistemas de informação;

- d) atualização da NOB-96;
 - e) implementação de política de Recursos Humanos.
2. Melhoria de qualidade do atendimento:
- a) aperfeiçoamento das normas de atendimento e do processo e das práticas de regulamentação e vigilância da prestação de serviços e da qualidade de insumos e fatores;
 - b) organização dos serviços de urgência e emergência; e
 - c) recomposição de valores para o pagamento de serviços e valorização dos mecanismos de pagamento em função de coberturas e resultados (prospectivos).
3. Controle de problemas especiais e atenção a grupos mais vulneráveis, com enfoque de gêneros:
- a) enfermidades preveníveis por imunização;
 - b) endemias principais: malária, tuberculose, dengue, cólera, chagas e hanseníase especialmente;
 - c) DST/AIDS;
 - d) saúde reprodutiva, maternidade e infância;
 - e) condições crônicas preveníveis: hipertensão, diabetes, formas de câncer etc.; atenção específica aos portadores de deficiência e de patologias;
 - f) violência no trânsito, no lar, no ambiente de trabalho e na escola; e
- g) drogas, prevenção e tratamento, com ênfase na adolescência.
4. Promoção e participação em saúde:
- a) informação para capacitação em autocuidado (hábitos e comportamentos) e para a organização e participação cidadã e comunitária;
 - b) fortalecimento do Sistema Nacional de Controle Social, com base no funcionamento dos Conselhos (Nacional, Estaduais e Municipais) de Saúde;
 - c) valorização dos mecanismos de cooperação e parceria dentro do Estado (entre níveis, instituições e setores) e do Estado com a Sociedade Civil.
5. Continuidade do processo de expansão e fortalecimento da Atenção Básica (PAB e PSF/PACS) e outros programas anexos, que devem ser articulados como estratégia reestruturadora do modelo de atenção vigente.

C - Controle Social Específico

O Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, em suas respectivas esferas e solidariamente entre si, deverão acompanhar a elaboração dos orçamentos dos correspondentes níveis de Governo e sua execução, para fiscalizar e controlar o cumprimento dessas orientações. Para esse efeito, os Conselhos se articularão com os órgãos legislativos correspondentes (Câmaras de Vereadores, Assembléias Legislativas e o Congresso Nacional) e seus órgãos de apoio e com o Ministério Público, se for necessário.

O Controle Social e o Processo de Descentralização dos Serviços de Saúde

Elizabeth Barros

Coordenadora de Saúde e
Previdência do IPEA

1. Democracia e Cidadania

A sociedade brasileira tem uma história marcada pelo autoritarismo e pela exclusão. Desde a sua origem, a divisão entre “cidadãos” e “não-cidadãos” marcou as relações sociais no país. Ao longo dos anos e das lutas populares pela cidadania, muitas conquistas foram alcançadas, particularmente no plano dos direitos civis e políticos. Liberdade de locomoção, liberdade de crença religiosa, liberdade de associação, igualdade perante a lei. O direito ao voto foi gradualmente estendido aos não-proprietários, às mulheres, aos analfabetos e, mais recentemente, aos menores entre dezesseis e dezoito anos.

Mas a cidadania inclui, além dos direitos civis e políticos, os direitos sociais. Os direitos sociais se referem a condições de vida e trabalho e ao acesso a bens e serviços, reconhecidos pela sociedade como mínimos indispensáveis a uma vida digna.

A Constituição de 1988, em seu artigo 6º, reconhece, como direitos sociais dos brasileiros, “a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade, a assistência aos desamparados”.

Se é indiscutível o avanço no plano do reconhecimento formal de direitos sociais, é grande a distância entre as determinações constitucionais e as condições de efetivo exercício desses direitos para a maior parte da população brasileira. Mais de trinta milhões de brasileiros não têm acesso ao mais elementar dos direitos, o

de ter o alimento necessário para garantir a vida saudável. O trabalho em condições dignas de exercício e de remuneração é privilégio de uma parcela restrita da população economicamente ativa. Péssimas condições de habitação e de saneamento básico fazem parte do cotidiano de milhões de brasileiros, por essa razão, expostos permanentemente o risco de doenças. Isso indica que, em matéria de direitos sociais, a maior parte da população está distante do exercício da cidadania.

2. A construção da cidadania

A transformação desse quadro exige mudanças profundas da sociedade e da ação do Estado. No plano das relações sociais, a eliminação da distância, hoje existente entre cidadãos e não-cidadãos, tem que começar pelo efetivo reconhecimento dos direitos universais. Cada pessoa tem que se reconhecer e reconhecer o outro como portador de direitos.

Esse é um processo que apenas se inicia na sociedade brasileira, que, por décadas, se acostumou a aceitar os direitos sociais como privilégio de alguns.

Reconhecer cada brasileiro como cidadão significa reconhecer que todos têm direito a se alimentar de modo adequado; a morar em uma casa confortável, com água tratada e esgoto; a freqüentar uma escola de boa qualidade; a ter um trabalho digno e bem remunerado; a contar com um serviço de saúde eficiente; a gozar seu tempo de lazer de modo agradável e reparador.

Portanto, estamos falando de uma coisa que não depende só da Lei. Está no plano da Ética. Depende principalmente de transformações da visão de mundo e do comportamento das pessoas e da maneira como se relacionam as pessoas e os grupos sociais.

Temos que ser sujeitos políticos e sociais. O sujeito é o ser que atua, que age, que participa das decisões que o afetam, que luta para determinar quais são os seus direitos e exigir o que for necessário para que possa usufruí-los. Ser cidadão não é esperar que outros, seja o Estado, sejam as organizações da sociedade, nos concedam ou nos coloquem como alvo ou como objeto de suas ações.

A cidadania não pode ser dada por alguém ou oferecida como um favor. Ela exige que cada um saiba dizer “Eu tenho o direito”, pois só haverá o efetivo reconhecimento pelo outro desse direito, se houver ao mesmo tempo o auto-reconhecimento.

3. Construir a cidadania é tarefa coletiva

A ação política exige sujeitos coletivos.

É através de organizações nas quais se aglutinam pessoas que têm interesses e objetivos comuns e que, a partir deles, atuam de forma articulada, que nos transformamos em atores na cena política.

4. Representatividade e legitimidade

Essas organizações têm que ter representatividade. Têm que congregar o conjunto de pessoas desse grupo - o conjunto de moradores de um bairro, o conjunto de usuários de um serviço, o conjunto dos trabalhadores de uma categoria ou de uma empresa – ou, pelo menos, uma parte expressiva dele, que tenha características ou interesses específicos.

Não basta, porém, criar uma associação. Essa associação tem que ser reconhecida pelos que ela pretende representar.

Esse reconhecimento tem que ser autêntico, verdadeiro. É isso que confere legitimidade à representação. Seus membros têm que avalizá-las como entidades capazes de realmente representar seus interesses e suas demandas.

É esse reconhecimento que confere poder à representação. Todos saberão que, quando o representante assume uma posição ou apresenta uma demanda, não está falando em seu nome

pessoal, apenas. Está sendo o porta-voz de uma coletividade, que o reconhece, e que dará sustentação às suas decisões.

É esse poder que torna possível a participação e a influência sobre as decisões, de maneira a assegurar as ações necessárias para mudar as condições reais de acesso aos bens no plano econômico, social e cultural, sejam essas ações de responsabilidade do governo, de empresas ou de outras instituições da sociedade.

5. Cidadania e democratização

A construção da cidadania precisa incluir a luta pela democratização dos processos decisórios e o exercício do controle sobre a ação estatal. Ao longo de décadas, os governos submetem aos objetivos de sua ação interesses particulares de alguns grupos dominantes, sem qualquer compromisso com o interesse da coletividade (o real interesse público, do povo). Por isso, é que se diz que houve no Brasil a “privatização do Estado”.

Democratizar o Estado implica em reconhecer que existem na sociedade interesses diferentes e contraditórios. Este reconhecimento tem que se materializar na constituição de canais para a expressão dessas múltiplas demandas e em espaços para a negociação de alternativas de ação que as levem em consideração.

6. O SUS como espaço para o exercício democrático e a construção da cidadania

O direito à saúde praticamente se confunde com o direito à vida.

Ter saúde exige alimentação adequada, condições de trabalho saudáveis, moradia digna, saneamento básico eficiente, meio ambiente protegido e bem conservado, possibilidade de lazer, formação. É, portanto, resultado de um conjunto de determinantes. Garantir a saúde da população é tarefa de todas as áreas de governo e de toda a sociedade. Não basta um sistema de saúde funcionando bem para assegurar isso. O sistema de saúde pode ser um espaço de atuação capaz de exigir e provocar as ações de outras áreas.

O SUS é uma proposta nessa direção.

7. O que é o SUS

O SUS - Sistema Único de Saúde foi instituído pela Constituição de 1988. Faz parte de um sistema mais amplo: o Sistema de Seguridade Social.

De acordo com o artigo 194 da Constituição, a Seguridade Social “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

Esse conjunto de ações deve ser oferecido a toda a população, pois o parágrafo único desse artigo determina a “universalidade da cobertura e do atendimento”.

O artigo 198 determina que “as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade”.

No SUS, as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, segundo a complexidade da atenção. Isto significa que a rede de serviços de saúde deve ser organizada em espaços geográficos definidos - o distrito, o município, o Estado -, nos quais devem existir todos os serviços de saúde necessários ao atendimento da população da área (postos e centros de saúde, laboratórios, hospitais gerais, hospitais especializados), de modo a assegurar o acesso a todos os níveis de atenção.

Dessa perspectiva, o critério básico para avaliar a necessidade de construir uma unidade de atenção à saúde deve ser, não só a existência de um problema de saúde, mas também a possibilidade ou não de acesso ao atendimento necessário em unidades já existentes. Por exemplo, se existe em um município um hospital especializado com capacidade de atender a população de vários municípios próximos, é possível encontrar formas de garantir que essa capacidade seja

aproveitada ao máximo, através do encaminhamento de pacientes dos diversos municípios vizinhos. Se esses encaminhamentos forem realizados de forma organizada, a população terá resposta para suas necessidades de atenção, ao mesmo tempo em que se propicia maior racionalidade para os investimentos em saúde. A esse mecanismo de organização da oferta de serviços é que se chama “sistema de referência”.

Essas ações e serviços são de responsabilidade do município, do Estado e da União. Cada uma dessas instâncias de governo tem funções específicas e complementares no sistema. É isso que significa a descentralização: todos os níveis de governo têm responsabilidades. A grande diferença entre o SUS e o sistema anteriormente constituído é que, a partir de sua implantação, a maior parte das responsabilidades de prover ações e prestar serviços passa a ser do município.

O município, por ser a instância de governo mais próxima dos cidadãos, tem mais condições de conhecer as necessidades da população e, por essa razão, poderá oferecer serviços mais adequados para atendê-las. Além disso, é mais fácil para a população acompanhar, controlar e fiscalizar as ações, bem como participar de processos decisórios relativos à formulação das políticas e programação das ações, quando as decisões estão sob a responsabilidade do gestor local.

A participação da comunidade e o controle social são outros requisitos do SUS. Em todos os níveis de governo, a população tem o direito - e o dever - de participar das decisões, propor as linhas de ação e os programas que considere mais importantes, controlar a qualidade e o modo como são desenvolvidos e fiscalizar a aplicação dos recursos públicos.

8. Os princípios fundamentais do SUS

Universalidade

Na época em que a assistência médica e hospitalar estavam sob responsabilidade das Caixas ou Institutos de Previdência, só quem tinha carteira assinada e seus dependentes diretos tinham direito a esses serviços. O restante da

população ou pagava com seus próprios recursos ou dependia de conseguir atendimento em alguma entidade filantrópica, como as Santas Casas de Misericórdia.

O SUS foi criado, partindo-se de uma premissa: todas as pessoas têm igual direito à atenção à saúde. Cabe ao Estado garantir as condições para o exercício desse direito, e isso se fará mediante a implantação do Sistema Único de Saúde. O que significa dizer que a rede de serviços do SUS - sejam as unidades estatais, seja o setor privado contratado em caráter complementar - tem o dever de atender ou encaminhar para atendimento em unidades especializadas todas as pessoas que necessitarem, sem estabelecer condições ou exigir pagamento.

Eqüidade

Eqüidade é diferente de igualdade. Todas as pessoas têm direito ao atendimento às suas necessidades. Mas as pessoas são diferentes, vivem em condições desiguais e suas necessidades são diversas. Se o SUS oferecesse exatamente o mesmo atendimento para todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares, estaria provavelmente oferecendo coisas desnecessárias para alguns, deixando de atender às necessidades de outros, mantendo as desigualdades.

O princípio da eqüidade significa que a rede de serviços de saúde deve estar atenta para as desigualdades existentes, com o objetivo de ajustar as suas ações às necessidades de cada parcela da população a ser coberta. Em outras palavras, deve tratar desigualmente os desiguais, oferecendo mais a quem precisa mais, procurando reduzir a desigualdade.

Integralidade

Uma das mais graves distorções do sistema de saúde que se constituiu no País nas décadas passadas foi a fragmentação institucional da responsabilidade pelas ações de saúde, baseada numa concepção equivocada que entendia poder haver uma divisão entre "saúde coletiva" e "saúde individual", entre "ações curativas" e "ações preventivas". O INAMPS cuidava da

hospitalização e da assistência médica. O Ministério da Saúde, da "saúde pública" e, mesmo dentro dele, havia subdivisão de responsabilidade, sem que houvesse qualquer esforço de integração. A SUCAM cuidava do controle de endemias e a Fundação SESP tinha sua presença mais forte na área do saneamento e da atenção primária.

Cada um desses órgãos operava através de programas que cuidavam apenas de um ou alguns aspectos da saúde das pessoas e estas precisavam recorrer a várias instituições para resolver o conjunto de seus problemas de saúde e, não raro, conseguiam apenas uma parte do atendimento que buscavam.

O SUS propõe uma mudança profunda nesse modo de organizar as ações e serviços de saúde. O princípio da integralidade se assenta na compreensão de que as pessoas têm o direito de serem atendidas no conjunto de suas necessidades, e que os serviços de saúde devem estar organizados de modo a oferecer todas as ações requeridas por essa atenção integral. Dessa forma, o SUS deve desenvolver ações sobre o ambiente e sobre os indivíduos, destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como à reabilitação.

Isso não quer dizer que todas as unidades devem oferecer todos os tipos de ações, mas, sim, que cada uma delas deve estar comprometida com esse objetivo e integrada a uma rede de serviços que assegure o acesso, através de um sistema de referência eficiente, que permita a cada unidade encaminhar sua clientela a outros estabelecimentos para os atendimentos que precisar.

Outra decorrência desse princípio de ação do SUS é a articulação das ações governamentais. O trabalho em diversas frentes de ação é uma exigência para a solução dos problemas sanitários. Não é possível eliminar doenças transmissíveis como a cólera e a esquistossomose sem ações de saneamento básico e ambiental. Não se erradica a Doença de Chagas sem promover condições adequadas de habitação e não se assegura saúde sem garantir condições permanentes de alimentação adequada.

Hoje, o sistema de saúde, na maioria dos lugares, ainda não sofreu todas as transformações necessárias para se adequar a esses mandamentos da Constituição e da Lei Orgânica da Saúde. Para assegurar a toda população o direito à saúde, é fundamental a efetiva implantação do SUS, o que significa mudar a lógica segundo a qual vem operando o sistema, melhorando a qualidade do atendimento e os resultados das ações de saúde.

O SUS não é o que está aí. É o que temos que construir.

9. Participação e Controle Social

A concepção de gestão pública do SUS é essencialmente democrática. Nenhum gestor é senhor absoluto da decisão. Ele deve ouvir a população e submeter suas ações ao controle da sociedade. A Lei 8.142 é clara quanto a essa determinação: em seu artigo 11, são instituídos, como instâncias colegiadas, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde, obrigatoriamente integrantes do SUS. Nenhum gestor, em qualquer nível de governo, pode se recusar a constituir esses foros, pois estará desrespeitando a Lei.

A composição das conferências e dos Conselhos deve ser ampla, de modo a assegurar às suas deliberações a máxima representatividade e legitimidade. A representação dos usuários deve ser paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos (governo, prestadores privados e profissionais de saúde). Isto significa que o número de vagas para as entidades ou organizações representantes dos usuários deve ser exatamente a metade do total de participantes das Conferências e dos Conselhos.

As Conferências de Saúde são foros com representação dos vários segmentos sociais, que se reúnem a cada quatro anos "para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde" (Lei 8.142/90, artigo 111, parágrafo 10). Devem ser realizadas em todas as esferas de governo, convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente,

pelo Conselho de Saúde. Através das Conferências, a população tem a oportunidade de discutir quais são os seus problemas de saúde mais importantes e indicar para os governantes como quer que sejam resolvidos. As resoluções das Conferências de Saúde devem servir de orientação para as decisões dos gestores e dos Conselhos de Saúde.

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, com funções de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (Lei 8.142/90, artigo 1º, parágrafo 2º).

As decisões dos Conselhos têm que ser homologadas, isto é, confirmadas ou aprovadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo. Por ser um órgão que delibera sobre o que precisa ser feito e fiscaliza as ações do governo, os Conselhos precisam estar permanentemente informados sobre quais são os problemas de saúde da população, quais os recursos disponíveis para a área da saúde, onde e como estão sendo aplicados. Os gestores não podem recusar-se a dar as informações que os conselheiros precisam para avaliar e tomar decisões.

O Conselho de Saúde deve ter representantes do governo, dos prestadores de serviços, de profissionais de saúde e dos usuários. A representação dos usuários deve ser diversificada, de maneira a permitir que os vários interesses e os diversos tipos de organizações - associações de moradores, sindicatos, associações de portadores de patologias ou de portadores de deficiências, organizações de consumidores, entidades civis que se dedicam a estudos ou à análise das condições de saúde, entidades científicas etc. - possam apresentar suas demandas e fazer suas avaliações sobre a política de saúde desenvolvida pelo governo, em todos os níveis.

É importante observar que a lei sempre se refere a "representantes" usuários. Representação significa delegação de poderes conferidos pela população a certas pessoas a fim de que exerçam em seu nome alguma função. Os represen-

tantes dos usuários não podem ser escolhidos pelos governantes. Só serão representantes legítimos se forem escolhidos e indicados pelos membros do grupo ou da entidade da qual fazem parte.

Ser representante implica em assumir o compromisso junto àqueles que o indicaram, de respeitar as posições de seus representados e defendê-las no Conselho. Implica também em ter que informar e prestar contas de suas ações aos seus representados.

Os Conselhos e as Conferências não são as únicas formas de participar do SUS, embora sejam as únicas obrigatórias para todo o país, por serem previstas em Lei Federal. À medida que se avança na democratização da gestão, outros mecanismos podem -e devem - ser criados nos Estados e nos municípios, para ampliar as possibilidades de participação e tomar as decisões mais próximas da população. É o caso dos Conselhos Distritais e dos Conselhos Gestores nas unidades de atenção à saúde, já existentes em muitos municípios.

10. Parceiros na construção da cidadania e na luta pelo SUS

O exercício da cidadania e do controle social, como já vimos, exige que lutemos por nossos direitos. Muitas vezes, as dificuldades que encontrarmos exigirão que tenhamos que recorrer a meios legais para exigir o cumprimento das Leis. Por isso, é importante conhecer os recursos de que dispomos e os parceiros com os quais podemos contar para alcançar os resultados que buscamos.

Vamos destacar duas das mais importantes instituições, às quais podemos recorrer para assegurar o cumprimento das leis e o respeito aos nossos direitos: o Ministério Público e o PROCON.

O Ministério Público é uma instituição permanente, existente na União e nos Estados, incumbida da “defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis” (art. 127 da Constituição Federal).

O Ministério Público atua através dos Promotores de Justiça e dos Procuradores de Justiça, estaduais e federais. Quando identificarmos o não-cumprimento da Lei, devemos procurar o Promotor de Justiça, que irá verificar se está havendo mesmo desrespeito e deverá comunicar ao Juiz, caso isso tenha sido constatado.

O Juiz pode, com base em proposta do Promotor ou de solicitação direta de qualquer entidade de representação ou associação que exista legalmente há pelo menos um ano, promover uma Ação Civil Pública. São muitas as razões que podem conduzir a uma ação dessa natureza. O mau funcionamento dos serviços por falta de profissionais, a má conservação ou inexistência de materiais e equipamentos, a má administração ou o mau uso ou desvio dos recursos públicos destinados à saúde podem ser motivos para responsabilizar os gestores públicos e solicitar a Ação Civil Pública.

O não-cumprimento comprovado da Lei que determina a criação dos Conselhos de Saúde ou a obstrução ou impedimento ao seu funcionamento também são razões que podem justificar a Ação Civil Pública.

Outra instituição importante, à qual podemos recorrer na defesa dos direitos, é o PROCON, órgão de proteção e defesa do consumidor. A Constituição Federal, em seu artigo 50, inciso 32, estabelece que “o Estado promoverá, na forma da lei, a defesa do Consumidor”. A lei 8.078, de 11 de setembro de 1990, aprovou o Código de Proteção e Defesa do Consumidor, que define as situações e condições nas quais o PROCON deve ser acionado.

Em geral, as pessoas pensam que o PROCON só se dedica ao consumidor de bens e objetos. Mas o código também prevê a proteção ao consumidor de serviços: o mau atendimento nos postos de saúde ou hospitais, as condições precárias de funcionamento dos serviços de saúde devem ser notificadas ao PROCON, que irá, uma vez recebida a denúncia, verificar e exigir as providências necessárias para resolver o problema.

Se o problema é o mau atendimento, o descaso ou a irresponsabilidade de profissionais

de saúde, a população pode ainda recorrer aos Conselhos Profissionais da categoria. Por exemplo, se um médico recusou-se a atender ou provocou danos por atendimento errado ou inadequado, o usuário deve denunciar, comprovando o fato, ao Conselho Regional de Medicina, que é responsável pela fiscalização e controle do exercício profissional dos médicos. Há também Conselhos profissionais de diversas outras categorias: Enfermeiros, Assistentes Sociais, Odontólogos.

Todas essas instituições só podem intervir mediante denúncia. Isto significa que a população precisa se acostumar a realizar o registro do ocorrido sempre que for desrespeitada nos seus direitos.

Outro recurso que deve ser utilizado é a denúncia através dos meios de comunicação - rádio, jornais, televisão. No nosso País não é fácil conseguir espaço para defender os direitos da população em muitos meios de comunicação, principalmente se a denúncia envolve autoridades públicas ligadas aos grupos que são proprietários dos mesmos. Mas há muitos que abrem espaço para isso. É importante descobrir quais são esses e buscar informar corretamente para que a denúncia pública se transforme em instrumento de pressão na defesa dos direitos de cidadania.

Construir a cidadania dá trabalho. Mas também dá bons resultados.

O Controle Social no Sistema Único de Saúde

Nina Rosa Ferreira Soares

Assistente Social, Mestre em Educação,
Pesquisadora do Núcleo de Desenvolvimento
em Saúde/ISC/UFMT.

A legislação do Sistema Único de Saúde, construída a partir de 1988, determina que a participação popular se dê, basicamente, em duas instâncias: as Conferências de Saúde, que têm como objetivo avaliar a política de saúde local e propor estratégias para sua consolidação; e os Conselhos de Saúde, cuja função principal é deliberar as políticas de saúde e controlar e fiscalizar as ações, inclusive nos seus aspectos financeiros e econômicos.

Assim, os Conselhos vêm se configurando como instâncias de ação política que articulam, no interior do campo da saúde, as ações do Estado e da cidadania, com a finalidade de ampliar o controle social na gestão do SUS.

Analisando o quadro atual, podemos, então, afirmar que a idéia da existência dos Conselhos, no plano jurídico e no discurso político-institucional, é inquestionável. Como exemplo, podemos citar que o Ministério da Saúde coloca, como critério para o repasse dos recursos financeiros federais para o SUS, a criação e o funcionamento dos Conselhos.

Mas, embora prevista na Lei, a participação social é um processo, em permanente construção, que apresenta avanços e recuos e, portanto, depende de ampla mobilização da comunidade na defesa de seus direitos.

Neste sentido, é importante fazermos uma reflexão sobre como vem se dando a execução dessa conquista e que atores e segmentos estão contribuindo para a facilitação ou fracasso desse projeto, através de alguns pontos considerados relevantes.

O controle social:

1. coloca a participação popular como caminho para a democratização da sociedade e para a construção da cidadania;
2. cria espaços que permitem a manifestação dos diferentes atores sociais, numa correlação de forças em confronto;
3. coloca aos movimentos populares a necessidade de pensar, não só suas demandas comuns, mas também como estas se articulam com outros interesses sociais; e
4. ao mesmo tempo, busca abrir caminhos em meio a uma sociedade desestimulada para a construção da cidadania e a um Estado desacostumado a ter seus atos controlados. Um Estado que embora seja de direito democrático, perpetua ações autoritárias em seu interior.

Assim, para que o Conselho de Saúde se transforme em um caminho para a democratização da sociedade e para a construção da cidadania, depende, fundamentalmente, de mudanças na atuação dos atores envolvidos nesse processo.

E que atores são esses?

- por um lado, a população, que visualiza saúde como sinônimo de um atendimento satisfatório,
- por outro, o governo, que vai implantando o seu projeto de SUS, justificando-se nas dificuldades de expansão de cobertura, falta de recursos financeiros, ineficiência de setor público etc.
- e ainda, o trabalhador de saúde que, na maioria das vezes, não consegue se desvincular da idéia do trabalho individualizado. Como suas práticas são vivenciadas de forma individualizada, sua atuação se dá de forma corporativa. Em raras exceções, os movi-

mentos reivindicativos dos trabalhadores de saúde voltam-se para a construção de algo mais amplo, como a qualidade do serviço, a satisfação do usuário etc.

Para que mudanças sejam efetuadas, exige-se da população, de uma forma geral, e dos trabalhadores de saúde, um processo crítico e reflexivo permanente; e, do governo, regras que possam ser renegociadas e reelaboradas de acordo com os interesses populares.

Neste sentido, é apenas o caráter político e a dimensão pedagógica dos Conselhos que vão garantir sua existência e seu funcionamento.

Para tanto, é necessário pensar o exercício da cidadania em termos coletivos, ou seja, ultrapassar o limite do individual, direcionando as ações para o coletivo. Não se trata apenas de reivindicar, pressionar ou demandar. Trata-se, agora, de fazer, de propor, de ter participação qualificada, já que o lugar de participação está inscrito nas leis.

Porém, se por um lado os movimentos sociais no Brasil foram se organizando em torno das lutas específicas de determinados grupos sociais, o que lhes imprimiu características corporativas em prol de suas reivindicações, por outro lado, nas lutas por mudanças no setor saúde, os principais atores vieram do movimento de profissionais de saúde, dos movimentos contestatórios à ditadura e do movimento médico. Eles defendiam a ação institucional, com o objetivo de definir novos rumos às políticas de saúde enquanto que o movimento popular privilegiava a organização de movimentos locais "autônomos e independentes".

Portanto, os movimentos sociais, quando foram chamados a participar dentro do aparelho de Estado, com o objetivo de deliberar sobre a política de saúde, na maioria das vezes, não estavam "preparados" para essa participação.

Então, para que o Conselho funcione adequadamente, algumas condições são necessárias, além das previstas na legislação. É fundamental, por exemplo, que o Conselho, segundo RAICHELIS (1998), seja Representativo, tenha

Legitimidade, Autonomia, Permeabilidade, Visibilidade e Articulação.

Para isso, é necessário que o conselheiro, entre outras coisas, atue como interlocutor de suas bases, levando ao Conselho suas demandas - e retornando com as decisões ou outras informações de interesses dessas bases; não se distancie da entidade ou do movimento que o indicou; represente e defenda os interesses da sociedade. Ou seja, o conselheiro não deve limitar-se à defesa dos interesses de seu segmento, mas deve ampliar o seu espaço de atuação, defendendo os interesses da população como um todo.

Também o Conselho necessita ter condições administrativas, financeiras e técnicas adequadas a seu funcionamento (ter espaço físico e pessoal de apoio administrativo e técnico, para encaminhar as decisões, realizar estudos e elaborar documentos que possam servir de base para as decisões dos conselheiros), além de ter garantido, no Orçamento da Secretaria de Saúde, recursos financeiros que possam viabilizar os trabalhos dos Conselhos.

- Criar canais de comunicação, por meios dos quais preste contas do que faz à sociedade (a sociedade, em geral, sabe que existe Conselho? suas atribuições? suas ações?);
- Estabelecer parcerias com outros Conselhos (municipais, estaduais, do meio ambiente, da assistência social...), com movimentos sociais, ONG's, partidos políticos, Universidades, Governo, Câmara de Vereadores e Ministério Público, visando a fortalecer o Conselho e reunir forças na defesa dos interesses da sociedade;
- Construir pontos de interação, que não são naturalmente visíveis. Mas, como sugere CAMPOS (1988) "é necessário um trabalho árduo e longo sendo indispensável a atuação de "animadores" e "apoiadores" deste processo, que tanto pode ser um governo recém eleito, como a direção de uma instituição ou parcelas de trabalhadores da base, ou segmentos politizados de usuários, de qualquer destes ou de outros pon-

tos, ou melhor ainda de todos eles, poderão surgir incentivos e propostas não diretivas para constituição de experiência de auto-governo”.

Outra questão que devemos ter presente é que a atuação do Conselho não deve ser confundida com o trabalho das Secretarias. Embora o Conselho esteja formalmente vinculado às Secretarias de Saúde, seu papel deliberativo e fiscalizador se distingue do papel executivo do gestor.

O gestor é responsável pela execução da política de saúde local, enquanto ao Conselho cabe propor os rumos desta política, fazer o acompanhamento das ações e fiscalizar a utilização dos recursos.

Assim, como já foi dito anteriormente, o papel do Conselho é muito importante, porque ele tem o poder de definir que ações devem ser desenvolvidas, acompanhar e avaliar a sua execução.

Para fazer isso é necessário que os conselheiros tenham algumas informações, por exemplo, saber quantos habitantes têm em seu município, de que adoecem, de que morrem, quanto de recurso financeiro é destinado para a saúde, se a quantidade de profissionais existentes é suficiente ou não para atender a população, quantas unidades de saúde existem, quantos

leitos o município tem destinados ao SUS. A partir destes conhecimentos, o Conselho poderá acompanhar e fiscalizar as ações de saúde do município, avaliando se estão de acordo com as reais necessidades da população.

Portanto, é necessário conhecer o Plano Municipal de Saúde, saber se os problemas apresentados estão relacionados com o de quem as pessoas adoecem e morrem, onde os problemas estão acontecendo, quais as pessoas que estão sendo atingidas etc. Conhecer o orçamento definido para este Plano e, então, acompanhar a execução desse Plano.

Ser Conselheiro, portanto, é um trabalho permanente de vigilância contínua aos problemas de saúde. Trabalho que se realiza rotineiramente, buscando saídas que não precisam, necessariamente, ser provenientes da ação dos técnicos ou mesmo das diretrizes político-partidárias.

Além disso, devemos continuar com a democracia direta (reivindicar diretamente nos serviços de saúde), sem abrir mão da presença dentro do Conselho, uma vez que este em si, só é suficiente para conseguir o que realmente a população precisa.

Por fim, concluímos que atuar na área da saúde é um trabalho que deve levar em consideração que ser humano é diferente de ser máquina e isso exige uma nova ética e postura diante da vida.

Referências Bibliográficas

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. “A Reforma Sanitária Necessária”. In: Berlinguer, Giovanni et al. Reforma Sanitária Itália Brasil- São Paulo:HUCITEC/CEBES, 1988

RAICHELIS, Raquel. “Assistência social e esfera pública: os Conselhos no exercício do controle social”. In: Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, Ano XIX, n.56, março de 1998.

Construindo o Controle Social na Saúde

Projeto de capacitação de Conselheiros de Saúde e Sociedade Civil Organizada de Mato Grosso

Gloria Maria Grández Muñoz¹
Marilda Matsubara²
Nina Rosa Ferreira Soares³
Simone Carvalho Charbel⁴

Os Conselhos de Saúde surgem no cenário político sanitário brasileiro, integrando a configuração institucional do SUS, cabendo-lhes garantir o cumprimento da participação popular e assegurar o controle social sobre as ações e os serviços de saúde.

Todos sabemos que a criação jurídica de instâncias de participação da sociedade não implicam, sem as mediações necessárias, em efetivação da ocupação desses espaços democráticos.

Tal ocupação está condicionada a um processo de aprendizagem, que passa também pela compreensão dos princípios dos quais se parte para exercer o controle social; do nível de organização da sociedade; dos Conselhos como instâncias coletivas contraditórias perpassadas por diferentes interesses; de que a representação nos espaços dos Conselhos está articulada à organização das diferentes instâncias nas bases, tanto institucionais quanto populares.

Nesse sentido, atuar nesses espaços requer a sustentação da base dos segmentos lá representados. É essa sustentação que deverá justificar a participação do conselheiro no Conselho. No entanto, tem-se avaliado como problemática a qualidade dessa participação, na medida em que a experiência tem mostrado que a socieda-

de conquistou espaços democráticos de participação, mas não se preparou ou se qualificou técnica e politicamente para deles participar.

Assim, pode-se dizer que, nas Conferências, nas plenárias e em outros fóruns coletivos de discussão e deliberação sobre a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, no tocante ao aspecto do Controle Social, essa debilidade quanto à capacitação dos Conselheiros(as) vem se reafirmando historicamente. Nesse sentido, a constituição dos Conselhos Municipais e Estadual de Saúde trouxeram desafios a serem enfrentados, tanto por profissionais ligados a instituições de saúde quanto por Movimentos Populares, que historicamente vêm lutando pela melhoria da qualidade de vida e saúde da população, por organizações não-governamentais e também por instituições formadoras de recursos humanos, como é o caso da Universidade Federal de Mato Grosso.

O resgate da dignidade, da qualidade de vida e saúde, é responsabilidade do Estado de um lado e da Sociedade Organizada de outro, na medida em que se inquieta, e se indigna e exige ações efetivas em direção à construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

A proposta do Projeto de Capacitação de Conselheiros vem congrega a preocupação e as demandas apresentadas pelos próprios Conselheiros nos diversos fóruns coletivos de discussão, análise e avaliação do trabalho dos Conselhos de Saúde e também na III Conferência Estadual de Saúde. Entre diversos aspectos, se evidenciava, com maior destaque, a necessidade de capacitação técnica e política para o exercício das funções de conselheiro, sobretudo do segmento de usuários e trabalhadores.

1. Grupo de Saúde Popular; 2. Assessora do Projeto de Capacitação do Projeto de Conselheiros; 3. Instituto de Saúde Coletiva-UFMT; 4. Secretaria de Estado de Saúde/MT.

No sentido de contribuir com este processo de formação, a Secretaria de Estado de Saúde (SES), em parceria com o Grupo de Saúde Popular (GSP), Conselho Estadual de Saúde (CES), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), Fundação de Saúde de Cuiabá (FUSC), Movimento Popular de Saúde (MOPS), Instituto Pastoral de Educação em Saúde Popular (IPESP) e o Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFMT), a partir de um processo de construção coletiva, colocou em andamento o projeto através de oficinas de capacitação, inicialmente, de monitores e, posteriormente, dos Conselheiros.

Na 1ª etapa, realizada no período compreendido entre novembro de 1997 e abril de 1998,

foram realizadas 36 oficinas em todas as Regionais de Saúde, atingindo 114 municípios dos 126 que compõem o Estado de Mato Grosso. Nesta etapa, participaram 735 pessoas, entre Conselheiros e representantes da sociedade civil. Foram abordados aspectos referentes aos Conselhos de Saúde, Sistema Único de Saúde, discutidos e refletidos conceitos, como democracia, cidadania, direitos sociais, participação social, entre outros. Como suporte educativo-pedagógico, foram elaborados um Boletim Informativo, uma cartilha e um vídeo. As oficinas tiveram ampla participação de Conselheiros e representantes da Sociedade Civil Organizada, como podemos observar no quadro abaixo:

Balço das Oficinas de Conselheiros(as) - 1ª Etapa

REGIONAIS DE SAÚDE	MUNICÍPIOS	CONSELHEIROS (AS)	SOCIEDADE CIVIL
Tangará da Serra	09	77	02
Diamantino	11	59	14
Juína	04	38	03
Sinop	21	89	10
Porto Alegre do Norte	07	62	36
Cuiabá	12	75	13
Rondonópolis	17	135	*
Barra do Garças	14	61	03
Cáceres	19	58	*
Total	114 Municípios	654 Conselheiros(as)	81 Sociedade Civil
TOTAL GERAL	735 Participantes		

* Dados não informados. Dados consolidados da Regional de Cáceres são extra oficiais. O Relatório não foi encaminhado.
Fonte: Relatório Final da 1ª Etapa do Projeto de Capacitação.

A 2ª etapa do projeto, com a parceria da SES, GSP, CES, COSEMS, Fundação Nacional de Saúde (FNS) e o MOPS, teve início no segundo semestre de 1998, com a realização da 2ª Oficina de Capacitação de Monitores, tendo, em média, a participação de 25 pessoas. A partir dela, foi elaborada uma proposta de cronograma para as Oficinas de Conselheiros. Nesta segunda etapa, foram realizadas 37 oficinas em todas as Regionais de Saúde excetuando Rondonópolis atingindo 87 municípios, das quais participaram 907

pessoas entre Conselheiros e representantes da Sociedade Civil.

A temática abordada neste segundo momento referiu-se à Atenção Básica, ao financiamento das ações da Saúde, ao orçamento, ao Fundo Municipal de Saúde, ao Planejamento em Saúde.

A metodologia adotada, tanto na 1ª quanto na 2ª etapa, está sustentada na construção coletiva do conhecimento e na valorização das

experiências e vivências dos atores envolvidos no processo, constituindo-se no que denominamos de metodologia participativa e problematizadora.

A 2ª etapa teve, como um de seus objetivos, a construção de uma agenda mínima que norteie as ações dos conselheiros, qualificando sua intervenção nos espaços democráticos nos quais estão inseridos e, principalmente, no exercício de sua função como representantes dos diversos setores da sociedade nos Conselhos de Saúde.

As Oficinas aconteceram satisfatoriamente e a participação dos conselheiros pode ser avali-

ada como positiva, conforme se pode observar no quadro a seguir:

A partir dos dados apresentados, consideramos que a continuidade do processo de capacitação de Conselheiros no Estado de Mato Grosso é fundamental e inadiável, tendo em vista o fortalecimento das diferentes instâncias coletivas do Sistema Único de Saúde, uma vez que a participação popular está institucionalmente estabelecida. Contudo, não é suficiente essa institucionalidade, mas, sim, a garantia de uma participação crítica, efetiva e comprometida com os princípios e diretrizes do SUS.

Balço das Oficinas de Conselheiros(as) - 2ª Etapa

REGIONAIS DE SAÚDE	MUNICÍPIOS	CONSELHEIROS (AS)	SOCIEDADE CIVIL
Tangará da Serra	11	120	234
Diamantino	13	71	-
Juína	05	40	10
Sinop	19	80	04
Porto Alegre do Norte	07	60	54
Cuiabá	09	61	07
Rondonópolis	-	-	-
Barra do Garças	08	51	12
Sociedade Civil: diversas Regionais			37
Total	87 Municípios	542 Conselheiros(as)	365 Sociedade Civil
TOTAL GERAL	907 Participantes		

Fonte: Relatório Final da 2ª Etapa do Projeto de Capacitação.

Referências Bibliográficas

GRUPO DE SAÚDE POPULAR. Relatório de Avaliação. Cuiabá 1998 (Mimeo).

GRUPO DE SAÚDE POPULAR. Relatório de Avaliação. Cuiabá (no prelo).

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE -MT. Cartilha de Conselheiros de Saúde. Cuiabá, 1998.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE -MT. Pró Saúde: Cartilha de Conselheiros de Saúde. Cuiabá, 2000.

A Organização da Gestão da Assistência em Mato Grosso e o Processo de Descentralização do SUS para Garantir o Acesso com Controle Social

Fátima Ticianel Schrader

Coordenadora de Administração Hospitalar e Ambulatorial – CAHA/SES/MT

A partir de 1995, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem contribuindo com a saúde em Mato Grosso, tendo como principais diretrizes da política assistencial:

- a) A melhoria quantitativa e qualitativa dos serviços assistenciais;
- b) A integralidade da atenção à saúde;
- c) A descentralização e regionalização do SUS;
- d) Incremento à saúde coletiva e vigilância à saúde;
- e) Desenvolvimento da política de assistência farmacêutica para cobertura dos três níveis de atenção.

E como principais estratégias de mudança quantitativa e qualitativa do modelo assistencial, a organização de um sistema de rede de serviços integrados nos três níveis de atenção à saúde:

- a) Estruturação da saúde da família;
- b) Descentralização das ações de vigilância sanitária e epidemiológica;
- c) Organização dos serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares de média complexidade, secundários nas 15 regiões de saúde, com ênfase nos principais agravos e demandas da população;
- d) Estruturação e ampliação de oferta de serviços de alta complexidade ambulatorial e hospitalar, em municípios estratégicos

com maior densidade populacional e maior capacidade técnica operacional;

- e) Estruturação de serviços de referência para as demandas de vigilância à saúde;
- f) Estímulo e apoio às práticas assistenciais humanizadas nos serviços de saúde (atitude de respeito ao paciente, sua cultura, sua integridade e crença).

Como principais mecanismos de gestão, para garantia do acesso e qualificação da assistência:

- a) Elaboração do Plano Estadual de Saúde;
- b) Implementação das Comissões Intergestoras Bipartes (CIB) em todas as 15 regionais e fortalecimento da CIB Estadual;
- c) Fortalecimento do Controle Social através do fortalecimento dos Conselhos Municipais e Estadual de Saúde, com ênfase no processo de capacitação de conselheiros, realização de conferências e parcerias com organizações populares e não-governamentais da área de saúde;
- d) Busca de parcerias para as políticas/ações que exigem a intersetorialidade;
- e) O fortalecimento do papel da Secretaria de Estado de Saúde, como instância indutora e coordenadora da Política Estadual de Saúde.

Como principais mecanismos de gerências:

- a) Apoio e cooperação técnica aos municípios;
- b) Fortalecimento do papel dos Pólos Regionais de Saúde;
- c) Criação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde;

- d) Habilitação dos municípios e do Estado nas condições de gestão da Norma Operacional Básica (NOB) 01/96;
- e) Desenvolvimento da lógica de Programação Pactuada Integrada (PPI) como instrumento do planejamento do sistema de saúde, na busca da integração dos principais eixos: atenção e vigilância à saúde, recursos humanos, investimentos e assistência farmacêutica;
- f) Estruturação de Sistemas de Controle, Avaliação e Autonomia para a função de gestão municipal, regional e estadual;
- g) Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos;
- h) Ampliação dos recursos financeiros destinados à saúde e qualificação para a execução do Orçamento Público Estadual e Municipal;
- i) Priorização de recursos para investimento na ampliação e melhoria da rede de serviços básicos e especializados;
- j) Estruturação e implementação do Sistema Estadual de Regulação do SUS, a partir da demanda, com organização das informações e dos fluxos para os usuários, que incluem a modernização da Central de Vagas de Cuiabá, para marcação de consultas, exames e internações eletivas e regulação dos leitos obstétricos e leitos de UTI e urgência/emergência pré-hospitalar, implantação de 14 regionais interligadas entre si e com suas respectivas bases municipais.
- k) Parceria com a Comissão de Assistência Hospitalar e Ambulatorial do Conselho Estadual de Saúde e Auditoria.
- l) Integração das áreas técnicas da SES (grupos de trabalho), na condução do processo de programação, controle, avaliação e inspeção sanitária nas áreas estratégicas: hospitais, laboratórios, unidades de hemoterapia, materno-infantil, saúde mental e crônico-degenerativos;
- m) Qualificação da Gestão e Gerência Hospitalar e outros serviços;
- n) Implantação de protocolos técnicos (sistematização da conduta profissional) na rede de serviços.

Principais projetos/metapas para promover a garantia da assistência à saúde por nível de atenção:

I - Atenção Básica - no município

- cobrir 100% da população de cada município pertencente às 15 microrregiões de saúde, com a estratégia de saúde da família;
- garantir assistência para 100% das gestantes e a implantação do programa de humanização ao pré-natal, parto e puerpério em 100% dos municípios;
- implantar ações de saúde bucal em 100% dos municípios, para a população de 5 a 14 anos;
- garantir assistência individual e familiar à criança, ao adulto e aos idosos nas unidades básicas de saúde;
- garantir atendimento de urgência nas unidades básicas de saúde – unidade fixa.

II - Atenção Secundária - nas regionais

- Garantir consultas, procedimentos e acessos a atendimentos multiprofissionais e serviços de apoio diagnóstico terapêutico ambulatorial nas áreas de cardiologia, pediatria, dermatologia, urologia, otorrinolaringologia e ortopedia, em todas as regiões, além das internações em clínica médica e cirúrgica.
- Garantir atendimento integral à gestante e ao recém-nascido de alto risco, que inclui atendimento ambulatorial e hospitalar especializado, casa de gestante e transporte inter-hospitalar;

- Garantir atendimento psicossocial para dependentes de álcool e drogas;
 - Garantir sangue de qualidade para todos os serviços de saúde;
 - Garantir exames laboratoriais para a rede básica e serviços especializados, conforme recomendam a PPI e a Resolução CIB nº 034, de 27.09.99;
 - Garantir serviços de apoio diagnóstico terapêutico para ações de prevenção e tratamento de câncer, relacionados à saúde reprodutiva, pelo CECAP;
 - Garantir atendimento de fisioterapia e reabilitação I e/ou II em todas as regiões;
 - Garantir exames de raio-x, ultra-sonografia para serviços da rede básica e especializada;
 - Garantir teste do pezinho para todos os RN's da rede SUS;
 - Garantir atendimento pré-hospitalar móvel, de urgência e emergência, em 06 regiões do Estado;
 - Garantir implantação dos leitos de UTI, geral e intermediários, de neonatologia, em todas as regiões;
 - Garantir cirurgias especializadas em oftalmologia, urologia e ortopedia em 100% das regiões;
 - Garantir leitos de retaguarda ambulatorial, em todas as regiões, para os pacientes em tratamento fora do domicílio;
 - Garantir transporte aos usuários em tratamento fora do domicílio interregional.
 - Capacitar os hospitais de referência para atendimentos de urgência e internações psiquiátricas.
- III - Atenção Terciária - alta complexidade ambulatorial nos municípios estratégicos**
- Garantir consultas especializadas na área cardiovascular, de hematologia, neurologia, ortopedia, endocrinologia, oncologia, nefrologia, laringologia, urologia, dermatologia etc., com serviços de apoio diagnóstico e assistência multiprofissional para os casos que requeiram ações de alta complexidade e alto custo;
 - Garantir oferta de próteses e órteses aos portadores de deficiência auditiva, visual, ortopédica, cirurgias reparadoras etc.;
 - Garantir medicamentos excepcionais de alto custo, para atender os pacientes portadores de patologias especiais cadastrados na SES/Divisão de Assistência e garantia de outros benefícios previstos nas normas de funcionamento do SUS;
 - Garantir atendimento aos pacientes que necessitem de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em oncologia e terapia renal substitutiva (hemodiálise);
 - Garantir SADT de imagem, hemodinâmicos e outros exames especializados de alta complexidade;
 - Garantir referência laboratorial de nível II e III pelo LACEN;
 - Garantir cirurgia de alta complexidade nas áreas de cardiologia, oncologia, neurologia, ortopedia, lábios palatais, buco-maxilo e outras cirurgias reparadoras;
 - Garantir a realização de transplante renal, córnea e coração;
 - Formular estudos/projetos para realização de transplante de fígado e de medula óssea etc.;
 - Garantir o funcionamento do Pronto Socorro de Cuiabá em urgências e emergências nível III, para referência de todo o Estado;
 - Garantir o término do Hospital Central, dando referência clínica e cirúrgica em especialidades e cirurgias de alta complexidade;
 - Garantir internações de Hospital Dia, em psiquiatria;

- Garantir o atendimento de referência para gestantes e RN de risco em maternidade tipo II e III na Capital, com disponibilidade de casa de gestante;
- Garantir os recursos para TFD Inter-Estadual, quando esgotado o recurso técnico do Estado;
- Garantir a implantação de dois bancos de leite humano em Cuiabá.

Problemas Identificados:

- Carência de leite para clínica médica e UTI;
- Deficiência de acesso da população às informações;
- Deficiência de recursos humanos em algumas áreas;
- Necessidade de capacitação de RH, voltados para a proposta de integração do sistema;
- Necessidade de capacitação permanente dos gestores;
- Fragmentação das ações em todos os níveis da atenção;
- Ausência de um projeto específico de organização dos serviços no espaço de cada região;
- Ausência de instrumentos de controle e acompanhamento de controle e acompanhamento da população em relação aos serviços;
- Necessidade de melhor regulação do setor público com o setor complementar;
- Deficiência do controle social na região municipal;
- Deficiência do modelo de gestão e de gerência dos serviços públicos.

Desafios:

- Elaborar projeto de organização dos serviços em cada município/região, com priori-

dade para a realidade local (microrregionalização dos serviços de saúde);

- Integrar os níveis de atenção;
- Capacitar, permanentemente, os gestores, conselheiros, gerentes e técnicos;
- Desenvolver programas de humanização dos serviços;
- Repensar o papel dos consórcios, como espaço de gerência e apoio à organização do sistema regional;
- Implantar protocolos de conduta técnica e de humanização;
- Desenvolver/Implantar sistema de informação ao usuário, com orientação sobre a rede de serviços, para funcionar junto às centrais de regulação;
- Implantar sistema de controle de variedade dos serviços;
- Qualificar a gestão do serviço de saúde;
- Profissionalizar a gerência dos serviços públicos;
- Estabelecer novas modalidades de contratos e convênios com o setor controlador e conveniado;
- Implantar Ouvidorias regionais.

Conclusão:

Este texto foi elaborado para subsidiar o debate da IV Conferência Estadual de Saúde, no tema Saúde da Família e Humanização da Assistência, e seu objetivo central é apresentar o que está planejado na Política Estadual de Saúde na área da Assistência.

Embora algumas metas tenham sofrido alterações ao longo do período 95 – 99, o objetivo maior perpassa todo o processo que é o de “Aprofundamento e Consolidação do SUS no Âmbito Estadual”.

O setor saúde em Mato Grosso vem se destacando pela sua capacidade propositiva de mudanças e pelos avanços que se deram em

termos de reformas administrativas, políticas e organizacionais através de instrumentos de gestão e de novas práticas de gestão. Porém, este conjunto de medidas não foi suficiente para introjetar, no coração do Sistema, as transformações necessárias para a melhoria qualitativa da saúde da população.

Ainda que a “saúde com qualidade” dependa de outras políticas sociais e econômicas, as ações e serviços que estão na esfera do setor saúde, que são de responsabilidade dos três níveis de governo, podem e devem passar por mudanças, em busca de um padrão de excelência, pois esta é sua responsabilidade social.

PARTE VIII



**EFETIVANDO O SUS:
ATIVIDADES DESENVOLVIDAS
PELA SES, A PARTIR DA
III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE**



Fiquei admirado e surpreso ao terminar a leitura deste relatório e constatar todas as mudanças e avanços que conseguimos no período.

É o SUS que está sendo efetivado pelo trabalho de cada agente de saúde, de cada equipe de saúde da família, de cada conselheiro de saúde, pelos nossos órgãos colegiados, técnicos e profissionais da saúde pública, enfim, por todos aqueles que trabalham no setor.

Este documento é uma prestação de contas resumida das ações da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, com o objetivo de cumprir as Resoluções emanadas da III Conferência Estadual de Saúde.

As ações da Secretaria de Estado de Saúde podem ser classificadas como ações diretas, executadas pela própria Secretaria, ou indiretas, realizadas por outras instâncias e órgãos componentes do Sistema Único de Saúde, sobretudo pelos municípios. Estas ações podem ter

sido planejadas e/ou programadas, e/ou conduzidas, e/ou coordenadas, e/ou articuladas intersetorialmente, e/ou controladas, e/ou avaliadas, e/ou financiadas pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

Finalmente, outra constatação: apesar de todo o esforço e de todas as conquistas, ainda há muito por ser feito, sobretudo em relação ao acesso, à qualidade, à humanização e ao controle social.

Tenho certeza de que as Resoluções da IV CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE contribuirão para a efetivação do SUS, tanto quanto as da III CONFERÊNCIA.

Júlio Strubing Müller Neto
Secretário de Estado de Saúde

I - MODELO ASSISTENCIAL

1. Reformulação do Modelo de Atenção à Saúde

1.1. Implantar, no Estado e nos 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.

– Programa de Agentes Comunitários de Saúde

Ano	Nº Municípios	Nº ACS	Cob. Populacional (Habitantes)
1996	32	452	259.900
2.000*	109	2.287	1.315.025
%	240,6	406,0	346,7

– Programa de Saúde da Família

Ano	Nº Municípios	Nº ESF	Cob. Populacional (Habitantes)
1996	0	0	0
2.000*	73	145	500.000

* dados até setembro/2000.

1.2. Implementar a educação em saúde relacionada às ações preventivas, inclusive as relacionadas com a dependência de drogas e álcool, e ambientais, em parceria com as diferentes instituições e entidades (escolas, conselhos de saúde, ONGs...).

– Foi implantado o Programa de Controle do Tabagismo e de Outros Fatores de Risco de Câncer, em 62,7% dos municípios (79).

– Foram realizadas Campanhas de Vacinação, de Doação de Órgãos, de Combate ao Fumo etc.

– Foram implantados 02 Centros de Apoio Psicossocial aos Dependentes de Álcool e Drogas, 01 em Cuiabá e 01 em Rondonópolis. Existe a proposta da criação de mais 25 CAPS.

1.3. Efetivação do Saneamento Básico nos municípios, com:

1.3.1. fluoretação da água e controle do teor de flúor pela Vigilância Sanitária de cada município;

1.3.2. construção de privadas higiênicas para as zonas rurais e cloração de poços, em parceria com a Sanemat; e

1.3.3. coleta e reciclagem do lixo.

– A SES vem, através da cooperação técnica com os municípios (treinamentos, distribuição de pastilhas de flúor e hipoclorito de sódio, análise de água), incentivando os municípios a maior controle no tratamento da água e a adicionarem o flúor.

– A construção de privadas higiênicas e a coleta e reciclagem do lixo ficaram a cargo da FUNASA, que detinha recursos técnicos e financeiros para a sua efetivação.

1.4. Criar programa de educação sanitária do consumidor.

– A SES, através da Vigilância Sanitária, vem investindo na educação sanitária do consumidor, através da educação em saúde (elaboração de cartilhas, folders e palestras).

1.5. Incrementar mecanismos de transparência do funcionamento dos serviços (divulgar as ações realizadas, quadro informativo do número de funcionários, carga horária e função).

– Várias publicações foram criadas pela SES, que procura, desta forma, deixar transparentes todas as suas ações, como a seguir:

– Saúde em Números, já publicados durante o período de 1995 a 1998: o do ano de 1999 encontra-se em fase de elaboração;

– Documentos Técnicos de divulgação para os municípios;

– Resoluções da CIB;

– Resoluções do CES;

Todas as proposições aprovadas na III Conferência Estadual de Saúde estão contidas neste documento, em **negrito**, **numeradas** e em **formato menor**.

As respostas da SES com suas respectivas explicações estão em formato normal, sem destaque e numeração.

- Avaliação da Política de Saúde 1995-1998.
- A partir deste ano (2000), também foi elaborado o Plano Estadual de Saúde 2000 - 2003 e instituída a Programação Mensal de Atividades da SES.
- Além dos materiais acima mencionados, a SES tem uma página na internet (www.saude.mt.gov.br), com a divulgação de todas as suas ações, licitações etc.

1.6. Adequar os serviços às necessidades definidas localmente (a exemplo de: composição das equipes, horários de funcionamento, recursos materiais, presença de acompanhantes).

- A SES vem procurando estabelecer o atendimento das necessidades levantadas.

1.7. Participação dos serviços privados de saúde de forma complementar ao SUS, conforme a legislação vigente.

- A SES vem cumprindo a legislação vigente, privilegiando os serviços públicos e estabelecendo, complementarmente, contratos com serviços privados, quando os de caráter público não cobrem as necessidades do sistema.

1.8. Promover a integralidade das ações.

- Através de um conjunto articulado e contínuo das ações, como as capacitações profissionais integradas e os serviços de caráter preventivo e curativo, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, nos diversos níveis de complexidade do sistema.

1.9. Implantar formas de medicina alternativa, dando opção ao usuário, divulgando e incentivando o seu uso (ex: homeopatia, fitoterapia...).

- Implantado o ambulatório de Homeopatia no Hemocentro de Cuiabá.

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.

Em 1996, investia-se em treinamentos de recursos humanos para assistência ao pré-natal de baixo risco, prevenção de câncer de colo de útero e mama, atingindo 80% dos municípios.

A partir de então, foram realizados:

- Treinamentos interinstitucionais, juntamente com a Polícia Militar, Polícia Civil e Secretaria de Segurança Pública, visando ao atendimento às mulheres, vítimas de violência sexual.
- Treinamentos para o atendimento à gestante de alto risco.
- Treinamentos visando à redução do número de cesáreas.
- Treinamento e incentivos à humanização do parto e nascimento.
- Criação da Casa de Parto (em fase de implantação).
- Pesquisas sobre a mortalidade materna, em conjunto com a SOMAGO.
- Campanha de prevenção do câncer de colo de útero.
- Continuidade dos treinamentos ao pré-natal de baixo risco e à coleta de material cérvico-uterino.
- Implantação do Programa de Prevenção do Câncer de Mama.

2.2. Implantar política de assistência integral à terceira idade, garantindo proteção e amparo aos idosos, conforme legislação vigente.

- Foi criado o GT de Doenças Crônico-degenerativas para estruturação do Programa Estadual de Doenças Crônico-degenerativas no Estado de Mato Grosso.
- Campanha de Cirurgias de Catarata, quando foram realizadas 3.672 cirurgias em 1999 e 2000.
- A campanha de cirurgias de próstata atingiu mais de 100% da meta prevista (200 cirurgias).

- Vacinação contra influenza (gripe) e pneumonia.
- Atendimento a 28.584 idosos, anualmente, com trabalhos em grupo nas diversas áreas de atuação, atendimento individual (Fisioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia, Nutrição, Terapia Ocupacional, Odontologia, Serviço Social, Consulta Médica), além do fornecimento de próteses e órteses.

2.3. Implantar atenção à saúde do trabalhador, com a criação de serviços de assistência médica e CIPAS, com notificação de acidentes de trabalho.

- Estabelecer convênio com o Ministério do Trabalho, para fiscalização dos ambientes de trabalho.
- Criada a Comissão Estadual Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (CEIST), com a participação da VISA, Delegacia Regional do Trabalho e Emprego, Fundação Estadual do Meio Ambiente e de representantes sindicais de diversas categorias.
- O Centro Regional de Referência já está prestando serviço de referência a doentes ocupacionais.
- A VISA vem realizando inspeções em ambientes de trabalho, visando à melhoria da qualidade de vida do trabalhador, especialmente em indústrias madeireiras, empresas de construção civil e usinas de álcool, áreas essas definidas pela Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador.

2.4. Definir e implantar política de atenção aos portadores de HIV, inclusive vigilância epidemiológica, com apoio de parceiros governamentais e não-governamentais, garantindo a compra de medicamentos pelo Governo do Estado.

- Implantados Centros de Testagem e Aconselhamento em Cuiabá (5 policlínicas) e Sinop e, ainda este ano, deverão estar implantados nos municípios de Barra do Garças, Alta Floresta e Cáceres.
- Implantado o Serviço de Assistência Especializada em Cuiabá, Rondonópolis, Sinop

e Várzea Grande.

- Implantada referência estadual para execução de exames CD4, CD8 e carga viral (LACEN – Cuiabá e Rondonópolis).
- Implementação da vigilância epidemiológica em transmissão vertical do HIV e Sífilis Congênita.
- Implementação de ações de vigilância em acidentes ocupacionais.
- Implantação do Centro de Atendimento Odontológico para portadores de HIV.
- Disponibilização de testes rápidos de HIV e VDRL, para gestantes.
- Educação em Saúde para populações prioritárias (caminhoneiros, profissionais do sexo, homossexuais e indígenas).
- Os medicamentos anti-retrovirais são fornecidos pelo Ministério da Saúde.
- Integração com Equipes de Saúde da Família.
- Implantada a Comissão Estadual Interinstitucional DST/AIDS.
- Realizadas campanhas educativas nas escolas, visando à prevenção da AIDS e drogas.

2.5. Implantação do SISVAN, PSF e PACS nos municípios, criando as condições necessárias para a sua implantação.

- Sistema de Vigilância Nutricional – SISVAN – número de municípios com o programa implantado - 115.
- Programa de Combate às Carências Nutricionais – PCCN – 122 municípios recebem incentivos financeiros da União para recuperar crianças de 6 a 23 meses de idade, desnutridas e outra clientela priorizada pelo município.
- PSF (73 municípios) e PACS (109 municípios) implantados com a cooperação técnica na elaboração dos projetos de implantação,

realização de seleções para ACS e equipes de saúde da família, bem como a instituição de incentivos financeiros Estado/ FEMAB.

2.6. Definir Política de Saúde Mental:

2.6.1. Garantir atendimento e internação em hospitais gerais;

2.6.2. Implantar lares abrigados para pacientes crônicos dos hospitais psiquiátricos, conforme proposta atual do Ministério da Saúde.

- Temos 02 hospitais-dia (01 em Cuiabá e 01 em Barra do Garças).
- 02 CAPS (01 em Cuiabá e 01 em Rondonópolis).
- Proposta de criação de mais 25 CAPS, porém estão esbarrando na ausência de psiquiatras no interior.
- Implantação da Central de Vagas de Internação em Psiquiatria.

2.7. Prestar assistência médica e garantir atenção à Saúde Bucal em todas as creches públicas e comunitárias, em caráter permanente:

- Nº de municípios com o programa implantado: 98.
- Nº de crianças cadastradas de 0 a 14 anos: 341.718.
- Cobertura populacional de 0 a 14 anos: 62,4%.
- Além disso, foram distribuídos pela SES 11.437 Dent Plaque e 40.885 comprimidos de Flúor.

2.8. Estabelecer política de atenção à saúde do presidiário.

- A política de atenção à saúde do presidiário está a cargo da Secretaria de Justiça do Estado. No entanto, a SES vem se articulando para garantir a distribuição de medicamentos.

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.

- Implantadas 56 unidades de reabilitação, cobrindo 78,6% da população do Estado.

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.

- Publicação da Lei 3.881 (16/07/99), que dispõe sobre a permanência de um dos pais ou responsável junto à criança ou ao adolescente internado em estabelecimento de saúde de Cuiabá.
- Publicação da Lei 3.882 (16/07/99), que dispõe sobre a criação do Banco de Leite Humano em Cuiabá.
- Publicação da Resolução Estadual nº 12/98, que institui o Comitê Mato-grossense de Aleitamento Materno.
- Iniciativa do Hospital Amigo da Criança, com a premiação do primeiro município a ser contemplado (VILA RICA).
- Aumento da cobertura vacinal para mais de 90%.
- Diminuição da mortalidade infantil.
- Programa de Combate às Carências Nutricionais, implantado em 122 municípios.
- Incluída a suspeita ou confirmação de maus tratos contra a criança, na relação de agravos e doenças de notificação obrigatória (Resolução 15/98).

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).

- 100% dos municípios estão habilitados (municipalizados).
- Implantação do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE),

com 04 unidades de resgate para atendimento da população de Cuiabá e Várzea Grande, devendo ser estendido para os municípios-sede de regionais.

- Implantação do Sistema Estadual de Referência para Urgência/Emergência e Gestantes de Alto Risco.
- Implantação da Central de Transplantes (26 transplantes realizados até maio de 2000).
- Realização de cirurgias cardíacas (238) e cirurgias de catarata (3.672).
- Cirurgias ortopédicas (3.496).
- Total de cirurgias realizadas em 1999: 32.710 e 191.190 internações hospitalares.
- 518 pacientes em hemodiálise (1999).
- 745 pacientes oncológicos ao mês (maio/2000).
- 432 exames hemodinâmicos.
- Fornecimento de medicamentos excepcionais a 1.400 pacientes cadastrados.
- 1.085 unidades ambulatoriais, das quais 437 são Postos de Saúde e 222 são Centros de Saúde.
- 174 hospitais e 5.217 leitos disponíveis para o SUS.
- 10 consórcios em 79 municípios.
- 14 Centrais de Regulação e Vagas Regionais e 01 Central Estadual.

3.2. Incrementar Política de Investimentos, priorizando a conclusão de obras paralisadas, quando necessário.

- Retomada do projeto de conclusão do Hospital Central, com previsão das obras para 2001.
- Conclusão das obras dos Hospitais Regionais de Cáceres e Rondonópolis.
- Conclusão do Pronto-Socorro e Ambulatório Municipal de Sinop.

- Conclusão das obras da Escola de Saúde Pública.
- Reforma, adaptação e conclusão de 8 hospitais municipais.
- Aquisição de equipamentos para 15 hospitais municipais.
- Ampliação do Hospital Regional de Sorriso.
- Construção de 02 unidades mistas (Lambari D'Oeste e Primavera do Leste).
- Construção de Ambulatório de Referência da Criança de Cáceres.
- Construção do Centro de Reabilitação de Várzea Grande.
- 21 bancos de sangue e 56 unidades de reabilitação.
- Equipamentos para os Hospitais Regionais de Cáceres e Rondonópolis.
- Equipamentos para 10 unidades, que servirão de referência para urgência/emergência.
- Equipamentos para 10 unidades, que servirão de referência para Gestantes de Alto Risco.
- Equipamentos para o Hospital do Câncer.
- Equipamentos para 22 unidades (REFORSUS).

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.

- Cooperação técnica com os municípios, através de apoio técnico e incentivos para a implantação de Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família e capacitação de profissionais nas principais áreas estratégicas que visam a atingir os problemas de ordem epidemiológica (hanseníase, tuberculose, dengue, doenças imunopreveníveis etc.), além de cursos de formação em Auxiliar de Enfermagem, Técnico em Higiene Dental, Atendente de

Consultório Dentário, Técnico em Registros de Saúde, cursos de pós-graduação em Saúde Pública, Epidemiologia, Vigilância Sanitária, Planejamento e Gestão Estratégica em Saúde e especialização em Saúde da Família e residência em Saúde da Família.

- Cursos de capacitação de gestores municipais.
- Cedência de profissionais às SMS.
- Cedência de equipamentos e instalação física.

3.4. Estabelecer mecanismos de auditoria, controle e avaliação dos serviços e ações de saúde (a exemplo: instituições psiquiátricas, distribuição de AIHs, dos serviços conveniados e contratados).

- Criação da Coordenadoria do Sistema Estadual de Auditoria do SUS.
- Criação das Coordenadorias Regionais de Auditoria e instalação de 09 Comissões Bipartites Regionais, com Câmaras de Auditoria e Compensação de Internações.
- Realização de auditorias hospitalares e dos sistemas municipais de saúde, bem como do atendimento de denúncias.

3.5. Implementar políticas de produção, compra e distribuição de medicamentos e insumos, adequadas à realidade local.

- Aprovação da implantação da Política de Assistência Farmacêutica descentralizada, a partir de 1999.
- Dos 43 itens da cesta básica de medicamentos, 14 são adquiridos pela SES e 29 pelos municípios. Além destes, a SES também repassa medicamentos de saúde mental e anti-hipertensivos. O gasto total com medicamentos, no ano de 2000, é equivalente a R\$ 1.672.000,00 (um milhão, seiscentos e setenta e dois mil reais). Para o ano de 2001, esse valor será triplicado.

3.6. Valorizar os Planos Municipais de Saúde, aprovados pelo Conselho de Saúde, como instrumentos orientadores da organização do Sistema de Saúde.

- Os Planos Municipais de Saúde aprovados pelos Conselhos de Saúde estão sendo analisados pela Coordenadoria de Auditoria do SUS e pela Divisão de Acompanhamento, Controle e Avaliação, da Coordenadoria de Planejamento.

- Os Planos Municipais de Saúde são requisitos obrigatórios para habilitação em gestão plena.

3.7. Incrementar o uso da Epidemiologia como instrumento de gestão do Sistema de Saúde, através de:

3.7.1. criação de centros de epidemiologia, em nível estadual e regional;

3.7.2. implementação de banco de dados, acessíveis aos profissionais e à população;

3.7.3. sanções ao não-cumprimento das notificações compulsórias.

- criado o Comitê Interinstitucional de Epidemiologia.
- os profissionais de saúde estão continuamente sendo capacitados em novos programas ou novas versões disponibilizados.

- Divulgação da informação já relatada no item 1.1.5.

3.8. Criar mecanismos e condições para implantação imediata do laboratório farmacêutico oficial em Mato Grosso.

- Não foi possível, até o momento, a implantação do laboratório farmacêutico.

4. Descentralização

4.1. Municipalizar as ações de Vigilância Sanitária.

- As ações de baixa complexidade da vigilância sanitária foram descentralizadas para as Secretarias Municipais de Saúde, estando capacitadas para a realização de: monitoramento da qualidade da água; mapeamento e fiscalização de todos os lugares passíveis de atuação da vigilância sanitária, bem como ações de média complexidade (em municípios-sede de regionais); investigação de surtos de infecção alimen-

tar; cadastramento, licenciamento e fiscalização de estabelecimentos que comercializam e/ou distribuem medicamentos, cosméticos, domissanitários e correlatos.

4.2. Descentralizar o controle de endemias e demais ações atualmente gerenciadas e executadas pela FNS.

- A descentralização do controle de endemias já está concretizada, com a sistematização dos serviços, o repasse de funcionários, postos de coleta e exames, bem como materiais e patrimônio.

4.3. Criar câmaras de compensação de AIH em todas as sedes de Regionais de Saúde.

- Foram criadas Câmaras de Auditoria e Compensação de AIH em todas as regionais de saúde.

4.4. Incentivar a criação de novos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

- Foram criados mais 8 Consórcios Intermunicipais de Saúde (Alto Tapajós, Região Oeste, Sul Mato-grossense, Médio Norte, Médio Araguaia, Garças-Araguaia, Baixo Araguaia e Vale do Peixoto).
- O total de população coberta pelos 10 consórcios é de 943.697 habitantes.

4.5. Implantar programas de Tratamento Fora de Domicílio nos municípios.

- Existe um projeto de implantação dos TFDs regionais em fase de estudo, que funcionará subordinado à Central de Regulação e Vagas.

5. Incrementos das Parcerias Institucionais

5.1. Desenvolver e expandir os projetos de integração Ensino-Serviço, a exemplo do estágio integrado e interiorizado da UFMT.

- Residência em Saúde da Família (parceria com a UFMT).
- Internato Rural para alunos de medicina e enfermagem (Município de Sorriso).
- Cursos de Especialização em Saúde Pública, realizados nos municípios-sede das regionais de Tangará da Serra e Barra do Garças.

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).

- A SES vem procurando estabelecer parcerias, a fim de que atinja os objetivos de prevenção e promoção da saúde, junto a outros órgãos. Como exemplo, destaca-se a parceria junto à Secretaria Estadual de Educação e FEMA, com diversas campanhas preventivas, bem como palestras, dentre outras.

5.3. Incentivar a realização de pesquisas das práticas alternativas mais utilizadas no Estado, em parceria com as Universidades e ONGs.

Os estudos foram realizados em parceria com a Universidade Federal de Mato Grosso, UNIC e Fundação Nacional de Saúde.

- Realizados estudos de prevalência/incidência de doenças do sangue, de hepatite B e C, em pacientes de hemodiálise e dentistas.
- Estudo fisioterápico em pacientes hemofílicos.
- Estudo sobre exames diagnósticos para malária.

II – CONTROLE SOCIAL

1. Capacitação e Comunicação

1.1. Criar estratégias e oportunidades de capacitação e divulgação alternativa, adequadas a cada finalidade específica, voltadas para conselheiros e comunidade em geral, visando à 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.

- Foram treinados 735 conselheiros, em 38 oficinas realizadas em 1997/1998, em 113 municípios (1ª etapa).
- Foram treinados 907 Conselheiros Municipais de Saúde, em 37 Oficinas, realizadas em julho 1998/1999, em 86 municípios (2ª etapa).

- Realizados os I e II Fóruns Estaduais de Conselhos de Saúde (novembro/97 e abril/98), que discutiram, entre outros assuntos, a implantação da Norma Operacional Básica/96, o PAB e a habilitação dos municípios.
- 1.2. Os processos de capacitação deverão obedecer a critérios para escolha de participantes, que contemplem o compromisso destes enquanto representantes de suas categorias específicas.
- Ver 2.1.1.
- 1.3. Implementar vias de comunicação dos CMS e CES com a sociedade civil.
- Realizada, através da Secretaria Técnica, das Comissões do Conselho e da Ouvidoria, a publicação das Resoluções do CES (Série Legislação do SUS N° 3).
- 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.
- Através de cartilhas, fitas de vídeo, boletins informativos e manual do usuário.
- 1.5. Os CMS e o CES deverão divulgar data, pauta, local, horário e ata das reuniões à SMS, às Organizações da Sociedade Civil, para que sejam abertas à comunidade em geral.
- As reuniões ordinárias do CES são previamente marcadas para todas as primeiras quartas-feiras de cada mês e as extraordinárias são realizadas quando necessário, sendo a convocatória fixada em local público e de fácil acesso.
- 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 a que têm acesso.
- Os instrumentos utilizados são o Plano Estadual de Saúde, Orçamento, Programação Mensal de Atividades, Relatórios de Gestão, Fundos Municipais de Saúde, Série Documentos Técnicos (Indicadores epidemiológicos), dentre outros, divulgados por diferentes meios de comunicação, inclusive na internet.
- 1.7. Os Conselhos deverão ter um planejamento das ações de forma participativa, visando à definição de prioridades e sua avaliação como ator social.
- No processo de capacitação de conselheiros, foi discutido e orientado que cada Conselho construa sua agenda de trabalho.
- 1.8. Executar o projeto de capacitação elaborado em oficinas, com participação de instituições públicas e entidades populares.
- Ver item 2.1.1.
- 1.9. O CES deverá criar assessoria de comunicação e imprensa, visando a estabelecer comunicação com a sociedade, no sentido de sensibilizá-la para o exercício do controle social.
- Não existe assessoria de comunicação e imprensa exclusiva do CES, e sim, uma assessoria que presta serviço para toda a SES, com o apoio da SECOM.
- 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.
- Foram treinados 735 conselheiros, em 38 oficinas realizadas em 1997/1998, em 113 municípios (1ª etapa), onde foram abordados conceitos básicos sobre cidadania, democracia, participação, papel do conselheiro, legislação básica que fundamenta o SUS e linhas gerais da política de saúde.
 - Foram treinados 907 Conselheiros Municipais de Saúde, em 37 oficinas, realizadas em julho de 1998/1999, em 86 municípios (2ª etapa), cujo conteúdo contemplou o planejamento, orçamento, os sistemas de informações, bem como os instrumentos gerenciais do SUS.
- 1.11. A SES deverá confeccionar boletim informativo, contendo informações referentes aos hospitais conveniados e não-conveniados com o SUS.

- Deverá estar contemplado no Manual do Usuário, que se encontra em fase de conclusão.

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.

- Esta proposição deverá ser regulamentada por lei orgânica municipal.

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.

- A Resolução 33 recomenda que o Presidente seja eleito entre os conselheiros, não se dispondo até o momento de nenhum instrumento legal que obrigue o cumprimento desta recomendação.

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.

- Esta proposição deverá ser regulamentada por lei orgânica municipal.

2.4. O Conselho Municipal de Saúde deverá criar a Ouvidoria Geral, com toda infra-estrutura, a fim de se ter uma instância que apure as denúncias encaminhadas pela população usuária do SUS.

- Existe um projeto, elaborado pela Ouvidoria Estadual do SUS, que prevê a implantação de Ouvidorias em todos os municípios, com execução prevista para 2001.

2.5. O CMS deverá ter dotação orçamentária dentro do orçamento geral da SMS.

- Esta proposição deverá ser regulamentada por lei orgânica municipal.

2.6. A composição do CMS será revista quanto à sua paridade a cada Conferência Municipal de Saúde, quando serão eleitas as entidades que participarão da sua próxima gestão.

- A Lei Nº 8.142 determina essa paridade.

2.7. Deverá ter assento no CMS um representante do Conselho Local de Saúde Indígena.

- Esta proposição deverá ser regulamentada por lei orgânica municipal.

3. Papel dos Conselhos Estadual e Municipais de Saúde

3.1. O CES criará mecanismos 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 na estrutura atual.

- Esta proposição não foi revista.

3.2. O CES deverá incentivar a reativação e criação dos Conselhos Municipais de Saúde.

- Em 1996, apenas 53 municípios tinham o CMS implantado; em 2000, 100% dos municípios têm o CMS.

3.3. Os CES e CMS deverão realizar debates nos municípios sobre controle social, papel do conselheiro e direito do cidadão.

- Esses fóruns de debates são as Conferências e as reuniões dos conselhos.

3.4. O CES deverá criar um núcleo de apoio regionalizado, para assessorar os Conselhos Municipais de Saúde.

- Os técnicos das regionais foram treinados juntamente com os conselheiros e estão aptos a prestar assessorias.

3.5. Os CMS deverão estimular a constituição dos Conselhos Locais de Saúde nos municípios.

- Não temos essas informações dos CMS.

3.6. Os CMS e o CES deverão cumprir as Resoluções do I Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde.

- O CES vem cumprindo as Resoluções, porém não temos informações sobre os CMS.

3.7. O CES deverá recomendar aos municípios a realização de reuniões periódicas entre Prefeito, Vereadores, Secretário de Saúde e Conselho Municipal de Saúde.

- Este espaço acontece nas Conferências e plenárias.

3.8. Os CMS e o CES deverão mobilizar os trabalhadores e usuários, através de associações de moradores de bairro e sindicatos específicos, juntamente com a sociedade civil organizada, em defesa do SUS, frente ao avanço de propostas contrárias aos seus princípios e diretrizes.

- Existe um trabalho permanente das entidades participantes.

3.9. O CES deverá organizar plenária, a fim de discutir controle social e política de saúde para o Estado, com os Secretários de Saúde que irão assumir, após as eleições municipais.

- Toda a política de saúde e o controle social são discutidos com os Secretários de Saúde, tanto após a posse dos novos gestores como também continuamente, através de assessorias, visitas técnicas e reuniões de trabalho.

3.10. Os CMS e o CES deverão solicitar do Ministério da Saúde cópia dos relatórios de verbas enviadas aos municípios/Estados.

- A *home page* do DATASUS e do Ministério da Saúde oferecem regularmente estas informações, atualizadas mês-a-mês, através dos sites: www.saude.gov.br - recursos financeiros.
www.datasus.gov.br - recursos financeiros.

3.11. Os Conselhos de Saúde deverão ter controle absoluto dos critérios definidos para a distribuição de AIHs e demais recursos do SUS.

- Competência estabelecida pela Lei Complementar Nº 22 (09 de novembro de 1992), Capítulo IV, Seção II, Art.17, em seu Inciso V, que diz que o CES deverá deliberar sobre critérios que definam o padrão de qualida-

de, parâmetros assistenciais e melhor resolutividade de ações e serviços de saúde, verificando avanços tecnológicos e científicos. Estes critérios e parâmetros são definidos nas CIBs e homologados pelo CES.

3.12. Os convênios e contratos do setor privado com o SUS deverão ser previamente autorizados pelos Conselhos Municipais de Saúde.

- Competência estabelecida pela Lei Complementar Nº 22 (09 de novembro de 1992), Capítulo IV, Seção II, Art.17, Inciso IV, que diz que o CES deverá deliberar sobre a contratação ou convênio com serviço privado.
- A SES só credencia ou contrata serviços privados com prévia aprovação dos Conselhos Municipais.

3.13. Os Conselhos Municipais e Estadual de Saúde deverão aprovar prestação de contas aos conselheiros municipais e estaduais de saúde, controlar o Fundo Municipal de Saúde e a execução orçamentária.

- Competência estabelecida pela Lei Complementar Nº 22 (09 de novembro de 1992), Capítulo IV, seção II, Art.17, Inciso IX, que diz que o CES deverá receber, apreciar e deliberar os relatórios de movimentação de recursos repassados à Secretaria Estadual de Saúde, ou aos respectivos Fundos de Saúde, já analisados pelos setores técnicos de planejamento, orçamento e gestão da SES. Esta é uma das principais atribuições dos Conselhos de Saúde e sua prática deve ser garantida pelos conselheiros.

3.14. O CES deverá prestar assessoria efetiva aos Conselhos Municipais de Saúde e Conselhos Locais de Saúde Indígena.

- O CES tem prestado assessoria sempre que necessário aos CMS e aos Conselhos de Saúde Indígena.

3.15. O CES deverá estimular e apoiar a articulação de plenárias e fóruns de saúde, como espaço coletivo não-institucional de elaboração de política e avaliação das ações.

- O CES realizou dois fóruns estaduais neste período, bem como incentivou a criação destes espaços para articulação, principalmente enfatizando a necessidade da realização das Conferências Municipais.

3.16. Avaliar, semestralmente, o cumprimento das Resoluções desta Conferência e apresentar, a cada Conferência, o relatório dos encaminhamentos das proposições da Conferência anterior.

- A avaliação do cumprimento das Resoluções tem sido realizada anualmente. Este documento é um relatório das ações desenvolvidas pela SES, com base nas proposições da III Conferência Estadual de Saúde.

3.17. Criar um fórum para discutir os rumos do IPEMAT.

- Proposição não realizada.

4. Articulação entre Conselhos e destes com a Sociedade Civil Organizada

4.1. O CES deverá criar estratégias de articulação entre os CMS, a fim de estabelecer troca de experiências entre os mesmos.

- Através dos Fóruns de Conselhos de Saúde, dos projetos de capacitação dos conselheiros e do acesso à informação, vide site www.saude.mt.gov.br.

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.

- Realizados os I e II Fóruns Estaduais de Conselhos de Saúde (novembro/97 e abril/98), que discutiram, entre outros assuntos, a implantação da Norma Operacional Básica/96, o PAB e a habilitação dos municípios.

4.3. As SMS deverão ter assento nos Conselhos Indígenas.

- Esta determinação deve partir do CMS.

4.4. O CES deverá garantir um canal de interlocução entre os órgãos, CES e Comissão Intergestora Bipartite, definindo o papel de cada um, evitando superposição das ações.

- Em consonância com a Lei Complementar 22, de 09/11/92; ademais, as Resoluções das CIBs são homologadas pelo CES.

4.5. O CES deverá promover assembleia anual de representantes de conselhos municipais de saúde, com representação paritária, com o objetivo de avaliar a atuação dos conselhos, bem como planejar ações conjuntas.

- Proposição realizada nos fóruns.

4.6. Os CMS 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.

- Foi elaborado um projeto de capacitação específico para membros do Ministério Público, buscando a integração e a efetividade do controle social, que tem sua execução prevista para o ano de 2001.

4.7. Organizar fórum de debate com os candidatos a prefeito e vereadores, sobre propostas aprovadas nas Conferências Estadual e Municipal de Saúde.

- Esta proposição é de competência dos CMS.

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 conta 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.

- O CES aprova as prestações de conta da SES, sendo posteriormente encaminhadas ao Tribunal de Contas.

- Ver item 2.1.6.

5.2. A SMS deverá colocar à disposição dos CMS uma equipe multiprofissional como auditor, para assessoria na fiscalização dos serviços conveniados e contratados com o SUS, os quais não poderão ser prestadores de servi-

ços, devendo ser submetidos à aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

- Atribuição das SMS.

5.3. A SES deverá constituir as bipartites regionais.

- Implantadas 09 Comissões Bipartites Regionais, com Câmaras de Auditoria e Compensação de Internações.

III – O PAPEL DO ESTADO NO SUS, PROBLEMAS E DIFICULDADES

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.

- A SES, através da cooperação técnica e capacitações continuadas, vem incentivando a execução desta atividade na lógica do PACS e PSF, orientado para a prevenção e promoção da saúde, porém a sua realização fica sob responsabilidade do município.

1.2. Criar estratégias para humanizar e melhorar a qualidade no atendimento ao usuário.

- A SES, através da cooperação técnica e capacitações continuadas, vem estimulando as estratégias de humanização, como o incentivo ao parto humanizado e nascimento, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), dentre outras.

1.3. Garantir o cumprimento da carga horária dos profissionais de saúde, de acordo com o especificado no seu contrato de trabalho.

- Atribuição das gerências nos distintos níveis, com o apoio do controle social.

1.4. Garantir transporte aos servidores que exercem suas funções em local distante de sua residência e alimentação aos que fizerem período integral.

- Atribuição das SMS.

1.5. Adequar os RH existentes na rede, sem interferência político-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.

- A SES tem investido na capacitação continuada de recursos humanos, em todos os níveis de servidores, para todos os municípios do Estado, buscando realizar os treinamentos privilegiando o perfil epidemiológico.

1.6. Realizar concurso público que atenda as necessidades dos serviços, adeque o perfil do profissional ao novo modelo do SUS, garantindo pontuação diferenciada para quem já estiver prestando serviço na área.

- A SES realizou dois concursos públicos e vem procurando incentivar a realização de concursos pelas SMS.

1.7. Garantir a identificação pessoal dos trabalhadores do SUS, através do uso de crachá.

- Proposição ainda não realizada.

1.8. Realizar reuniões periódicas com os profissionais de cada setor, a fim de que possam participar das decisões e planejamento das atividades.

- São realizadas reuniões semanais da equipe de condução da SES, quando todas as coordenadorias e unidades descentralizadas participam do processo de planejamento das ações. A SES vem procurando incentivar as unidades descentralizadas e coordenadorias da SES e as SMS, para que realizem também suas reuniões periódicas.

1.9. Promover eleição entre os funcionários de carreira da instituição, para os cargos de chefia das unidades de saúde e remunerá-los.

- Tal iniciativa já é feita em alguns municípios, mas depende de lei (reforma administrativa).

1.10. Garantir, no quadro funcional, as categorias profissionais de assistente social e nutricionista, em todos os centros de saúde e policlínicas.

- Atribuição das SMS.

1.11. Garantir equipamento de proteção individual para todos os funcionários, de acordo com a função exercida, segundo as normas de vigilância sanitária.

- A SES, através da cooperação técnica, das capacitações continuadas e de inspeções sanitárias, vem incentivando a execução desta atividade.

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.

- Foi instituído um grupo de trabalho para a elaboração deste estudo.

2.2. Garantir comissão multiprofissional para implantar política de saúde mental e orientar, informar e fiscalizar os procedimentos dos profissionais de saúde.

- Constituída a comissão multiprofissional para implantação da política de saúde mental e, ampliando seu campo de ação, foi criado um Grupo Técnico intersetorial de trabalho, para dar andamento aos trabalhos na área de saúde mental.

2.3. Solicitar aos órgãos competentes a reavaliação dos convênios existentes com as escolas, onde funcionam cursos de nível médio na área de saúde, com a finalidade de verificar as condições de estrutura física, pedagógica e de recursos humanos.

- Os convênios foram reavaliados, objetivando a realização dos cursos, diante das necessidades apresentadas pelos municípios.

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.

- Realizados 68 cursos (1995 a 1999) de formação profissional, nas áreas de Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem Indígena,

Atendente de Consultório Dentário, e cursos para Técnicos em Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental, Técnicos em Registros de Saúde, Técnicos em Patologia Clínica.

2.5. Estabelecer, nos convênios e contratos com hospitais e laboratórios privados, a obrigatoriedade de estes cederem, uma vez que apresentem condições técnicas, seus estabelecimentos para campo de estágio dos cursos profissionalizantes da área de saúde.

- Os campos de estágio estão sendo oferecidos por hospitais e laboratórios conveniados nas áreas de auxiliar de enfermagem, técnicos em patologia clínica entre outros.

2.7. Obrigatoriedade, para as instituições privadas vinculadas ao SUS, de terem um plano de qualificação profissional para seus trabalhadores, assim como a garantia da profissionalização dos que não tiverem qualificação específica.

- Esta obrigatoriedade em relação à qualificação profissional vem sendo cumprida, especialmente no que concerne ao auxiliar de enfermagem.

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 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.

- Elaboração do PCCS estadual – em fase final de conclusão até 30/10/2000 – com implantação prevista para o início de 2001.
- Está em debate no Conselho Nacional de Saúde a NOB/ Recursos Humanos.

2.9. Dar posse, imediatamente, aos profissionais da área de saúde já concursados, de acordo com as necessidades.

- Todos os concursados em 1994 e os aprovados foram empossados. Foi realizado mais 01 concurso público (1999), com vagas para todo o Estado e, até o dia 21/10/2000, todos

os concursados deverão estar empossados. Foi publicado o edital do concurso público (DO de 25/09/2000) para profissionais que deverão atuar nos Hospitais Regionais de Rondonópolis e Cáceres (em andamento).

2.10. Criar uma Escola de Saúde Pública para capacitação de recursos humanos, incluindo pós-graduação e aperfeiçoamento, em convênio com as Universidades.

- Inaugurada em 08/04/2000 e em pleno funcionamento a Escola de Saúde Pública “Dr. Agrícola Paes de Barros”.

2.11. Descentralizar a Escola Técnica de Saúde para os municípios-sede das regionais.

- Apenas os cursos oferecidos pela Escola Técnica de Saúde foram descentralizados.

2.12. Priorizar a realização de cursos aos municípios considerados de risco.

- A realização de cursos tem obedecido aos critérios de risco epidemiológico, como, por exemplo, o Curso de Malária Grave, que priorizou técnicos de municípios de risco.

2.13. Transformar a Escola Técnica de Saúde em unidade orçamentária.

- Esta proposição será concretizada no orçamento de 2001 (Escola de Saúde Pública).

2.14. Efetivar política permanente de RH, planejada, gerenciada e executada pelas regionais de saúde, com a garantia da autonomia administrativa e financeira.

- A política de RH é gerenciada pela Escola de Saúde Pública, que vem efetivando um planejamento integrado e orientado às necessidades regionais.

2.15. Criar comissão interinstitucional (SES, SEE, Universidades, COSEMS, ETF e FNS) para propor uma política permanente de RH para o Estado.

- Esta proposição ainda não foi encaminhada, mas há integração interinstitucional em diversas iniciativas. Exemplo: Pólo de Capacitação da Saúde da Família.

2.16. Criar quadro funcional de inspetor sanitário para a Vigilância Sanitária e Epidemiológica.

- Proposição não encaminhada. A proposta do novo Plano de Carreira contempla apenas um cargo: Profissional do Sistema Único de Saúde.

2.17. Promover a formação e a contratação de médicos homeopatas na rede de saúde pública.

- Implantado o Ambulatório de Homeopatia no Hemocentro.

- Ver item 1.1.8.

2.18. Realizar oficinas e/ou seminários para divulgar as Portarias que se referem à PPD (Pessoa Portadora de Deficiência), com o objetivo de informar melhor os municípios e implementar programas de atenção integral à PPD.

- Foram realizados seminários e cursos de capacitação referentes à PPD, sendo que os programas de atenção integral à PPD foram adotados por 100% dos municípios.

2.19. A SES deverá contratar, imediatamente, recursos humanos, para o núcleo central de saúde do trabalhador da Secretaria (médico, advogado, enfermeiro e técnicos especializados em saúde do trabalhador).

- A área técnica tem profissionais especializados.

2.20. A SES deverá realizar, ainda em 1996, os treinamentos em técnicas de mapeamento de risco em saúde do trabalhador, programado para este ano, ampliando para Sinop.

- Foi realizado treinamento para técnicos de todas as regionais de saúde, estando previstos novos cursos ainda para 2000.

3. Recursos Humanos - Competência da União

3.1. Implantar programa de ascensão funcional aos servidores do Ministério da Saúde.

- Atribuição do nível federal.

3.2. Incluir no Programa de Qualificação do Fundo de Apoio ao Trabalhador a qualificação dos profissionais de saúde.

- Realizados diversos cursos, como Auxiliar de Enfermagem, Informática Básica e Avan-

çada, para profissionais de saúde, através do "Projeto Qualificar".

3.3. Reestruturar os programas de residência médica, visando à formação do médico generalista.

- A SES, em parceria com a UFMT, implantou, no ano de 2000, a primeira Residência Médica em Saúde da Família, procurando resgatar dessa maneira a visão de profissionais de saúde generalistas.

4. Recursos Humanos - Incremento das parcerias Institucionais

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.

- A Escola Técnica de Saúde tem proporcionado cursos que são solicitados pelos municípios, de acordo com a necessidade e o perfil epidemiológico existente.

4.2. Analisar os currículos dos cursos de nível médio na área de saúde, com o objetivo de evitar a dicotomia entre a teoria e a prática.

- Estão sendo disponibilizados cursos que privilegiem a capacitação voltada para a área de interesse e aplicabilidade, como, por exemplo, Cursos de Auxiliar de Enfermagem para Indígenas, Cursos para Técnicos em Registros de Saúde, dentre outros.

4.3. Dar continuação 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.

- O Estado não capacita os Agentes Comunitários de Saúde e sim, os Enfermeiros Instrutores/supervisores que, após serem devidamente treinados, multiplicarão o treinamento a seus ACS.

4.4. Criar programa de incentivo à interiorização dos profissionais de saúde.

- O incentivo à implantação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde

da Família e Consórcios vem contribuindo na interiorização dos profissionais, porém, sem garantir a sua permanência no interior.

4.5. Dar continuidade aos cursos para gestores municipais de saúde e criar cursos para gerentes de unidades de saúde.

- Foram realizados, em 1996, cursos para gestores municipais, contemplando todas as regionais de saúde e, para 2001, dar-se-á prosseguimento às capacitações dos novos gestores.

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;

- Os projetos de qualificação profissional (Auxiliar de Enfermagem, por exemplo) incluem o componente de escolarização.

4.7. Criar mesas de negociação permanente entre trabalhadores e empregadores do SUS.

- Os trabalhadores têm assento na Comissão Permanente do PCCS e na Comissão de Avaliação.

4.8. Propor à Secretaria de Educação a inclusão, na grade curricular do ensino fundamental e médio, de conteúdos que contemplem o impacto, a degradação e o manejo sustentável do ambiente, bem como da disciplina Educação em Saúde, difundindo conhecimento sobre o SUS.

- Proposição sugerida e articulada com a FEMA e Secretaria Estadual de Educação.

4.9. Garantir, nas três esferas de governo, o mínimo de 2% do seu orçamento para investimento na formação e capacitação de RH.

- Em discussão, no Conselho Nacional de Saúde, a NOB / Recursos Humanos.

5. Financiamento - Competência do Estado

5.1. Auxiliar financeiramente os municípios que têm consórcio, bem como o HSPM, conforme as normas do Conselho Federal de Medicina, com o equivalente a 50% dos seus gas-

tos, considerando que estes funcionam como referência.

- A SES repassa cerca de 50% de contrapartida para os Consórcios Intermunicipais e garante, na capital, com recursos próprios, o atendimento de referência no Centro Estadual de Referência, Centro Estadual de Citologia e Anatomia Patológica, Laboratório Central, Fundação Centro de Reabilitação Dom Aquino Correa, Hemocentro Coordenador, Centro Integrado de Assistência Psicossocial Aduato Botelho, Centro de Atenção Psicossocial para Dependentes Químicos, cuja clientela tem procedência, em mais de 80%, de Cuiabá e Várzea Grande.

5.2. Garantir 20% do seu orçamento para a saúde.

- A Emenda Constitucional Nº 29 aprovada determina que deverão ser aplicados 12 % do orçamento para a saúde, progressivamente, até 2004.

5.4. Fiscalizar a existência e o funcionamento dos Fundos Municipais de Saúde e obrigar a criação onde ainda não exista.

- Para que os municípios fossem habilitados pela NOB/96, todos eles foram obrigados a criar o Fundo Municipal de Saúde.
- A SES está implantando o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS, em 2001.

5.5. Agilizar o processo dos municípios para ingresso na gestão semiplena, através da Comissão Bipartite.

- 100% dos municípios estão habilitados na Gestão Plena de Atenção Básica.

5.6. Cumprir o item da Lei de Diretrizes Orçamentárias, concernente à saúde do índio.

- A saúde indígena é competência do Governo Federal, através da FUNASA.

5.7. Criar e efetivar as Câmaras de Compensação de AIHs, em todas as Regionais de Saúde.

- 100% das regionais de saúde têm implantadas as Câmaras de Auditoria e Compensação de AIH.

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 responsáveis pelas unidades e em conjunto com os conselhos gestores.

- Deverá estar contemplada na lei orgânica do município.

6.2. Repassar, no mínimo, 10% do orçamento próprio, para o Fundo Municipal de Saúde.

- Aprovada a Emenda Constitucional Nº 29, que determina participação na Receita Própria, progressiva até 2004 (15%).

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.

- Esta instância não tem competência legal para atender esta proposição, para tanto seria necessário mudar a legislação federal e estadual.

6.4. Criar comissão de licitação para compras de medicamentos e insumos, em nível local.

- Através de instrumento legal municipal, em consonância com a legislação vigente.

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.

- Os recursos estão sendo repassados com base em critérios demográficos (*per capita*) e perfil epidemiológico.

7.2. Ampliar o número de AIHs para os municípios e fazer a distribuição de acordo com população real e critérios nosológicos.

- O cálculo do número de AIHs está fundamentado no critério populacional e nosológico dos municípios.

8. Financiamento - Competência das Três Esferas de Governo

8.1. Repassar as verbas federais de acordo com os critérios determinados na Lei 8.080.

- Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde – SUS são depositados em contas específicas, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos conselhos de saúde.

8.2. Assegurar a aplicação imediata do Art. 3º, da Lei 8.142, que define a regulamentação do Art. 35, da Lei 8.080.

- Os repasses estão sendo realizados conforme legislação vigente.

8.3. Garantir, no orçamento, percentual destinado ao SUS, de acordo com sua realidade e necessidades.

- Aprovada a Emenda Constitucional N° 29, que prevê repasses progressivos até 2004 (12%).

8.4. Aprovar Lei Federal que garanta ao orçamento do SUS um mínimo de 10% de recursos próprios da União, dos Estados e Municípios, bem como 30% da Seguridade Social.

- Vide item anterior.

8.5. Garantir que as verbas arrecadadas pela Vigilância Sanitária Estadual e pelas Municipais sejam revertidas ao FMS/FES;

- No âmbito estadual, a arrecadação das verbas está em consonância com o Código Sanitário Estadual, aprovado pela Lei 7.110, de 10 de fevereiro de 1999.

8.6. Democratizar, junto às bases dos Conselhos de Saúde, a discussão da NOB/96, para posterior aprovação.

- A discussão da NOB/96 deu-se nos I e II Fóruns de Conselhos de Saúde, realizados em novembro/97 e abril/98.

8.7. Garantir a movimentação do FES e FMS, sob a fiscalização dos Conselhos de Saúde.

- É de competência do CES e CMSs a apreciação e deliberação dos relatórios de movimentação de recursos repassados à SES

ou aos respectivos Fundos de Saúde, conforme Lei Complementar N° 22.

8.8. Repassar os recursos financeiros da Fundação Nacional de Saúde aos municípios, para que 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.

- Está havendo readequação da FUNASA, com conseqüente reestruturação de suas competências e serviços.

8.9. Garantir a aprovação das contas da saúde pelos Tribunais de Contas somente após aprovação destas pelos Conselhos de Saúde.

- Esta proposição está garantida no âmbito estadual, instituído como ato normativo. A prestação de contas do Fundo é encaminhada rotineiramente ao CES para apreciação e deliberação.

8.10. Repassar os recursos financeiros da CEME aos municípios, para aquisição de medicamentos e insumos, preferencialmente sob a forma de consórcios.

- Aprovação da implantação da Política de Assistência Farmacêutica, descentralizada a partir de 1999.

- Dos 43 itens da cesta básica de medicamentos, 14 são adquiridos pela SES e 29, pelos municípios. Além destes, a SES também repassa medicamentos de saúde mental e anti-hipertensivos. O gasto da SES com os itens básicos, no ano de 2000, é equivalente a R\$ 1.672.000,00 (um milhão, seiscentos e setenta e dois mil reais). Para o ano de 2001, esse valor será de R\$ 3.600.000,00 (três milhões e seiscentos mil reais).

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.

- A Comissão Estadual de Licitação vem cumprindo as determinações da Lei Federal n° 6.666.

9. Intersetorialidade - Competência do Estado

9.1. Garantir melhor atendimento aos municípios por parte dos servidores da SES.

- Alguns cursos foram desenvolvidos, objetivando melhora do atendimento aos usuários da SES, tais como Análise Relacional, Relações Humanas etc.

9.2. Efetivar a municipalização da SANEMAT.

- A Política Estadual de Saneamento tem investido na municipalização dos serviços de saneamento, já havendo vários municípios que aderiram.
- Criada Agência Reguladora de Saneamento e Energia, que deverá fiscalizar a prestação dos serviços dispensados à população.

9.3. Articular com o DETRAN e a Secretaria de Educação um programa de organização do trânsito, fiscalização e sinalização nas estradas, com o objetivo de se evitar os acidentes de trânsito.

- Aprovado o Código Nacional de Trânsito.
- Proposições encaminhadas na Câmara Social do Estado, para implantação de um Programa Integrado, interinstitucional, para redução de acidentes.

9.4. Apresentar os EIAs (Estudo de Impacto Ambiental) e RIMAS (Relatório de Impacto Ambiental) aos CMS, antes de sua aprovação.

- A legislação vigente prevê que os documentos acima mencionados deverão ser apresentados aos Conselhos de Meio Ambiente.

9.5. Recomendar que a emissão dos alvarás pela FEMA passe por consulta das SMS e CMS, antes de sua expedição.

- Ver item anterior.

9.6. Recomendar à Secretaria de Agricultura a agilização das ações de combate à brucelose e tuberculose, nas vacas leiteiras e de abate.

- A Febre Aftosa foi erradicada do Estado.

9.7. Recomendar a garantia de infra-estrutura básica, postos de saúde e escolas, nas áreas

de assentamento das famílias, água de boa qualidade e destino adequado do lixo.

- A SES vem priorizando o investimento em infra-estrutura básica nas áreas com ausência ou deficiência de serviços.
- Proposição recomendada junto à Câmara Social do Estado.

10. Intersetorialidade - Competência do Município

10.1. Recomendar às Secretarias de Obras a melhoria do acesso às comunidades rurais.

- Estas recomendações devem ser realizadas quando da realização do Plano Plurianual dos municípios.

10.2. Criar um trabalho de conscientização sobre produtos químicos utilizados na zonal rural.

- A Saúde do Trabalhador vem procurando atingir essa conscientização através da capacitação de técnicos, que deverão repassá-los aos trabalhadores rurais.

10.3. Incentivar a criação de hortas comunitárias, inclusive de plantas e ervas medicinais.

- O Sistema de Vigilância Nutricional aborda a questão de geração de alimentos nos seus treinamentos, competindo aos municípios incentivar a população.

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.

- A Resolução 015/98, aprovada pelo CES, institui, como obrigatória, a notificação de casos de maus tratos sofridos por crianças e/ou adolescentes.

10.5. Incentivar programas de moradia popular.

- Atribuição do município.
- Proposição recomendada na Câmara Social do Estado.

10.6. Recomendar a implantação de Delegacias da Mulher onde não houver e criar pro-

grama de educação sexual nas comunidades, em relação à violência contra a mulher.

- A SES vem procurando alertar para o problema de violência sexual contra a mulher, através de oficinas de sensibilização e capacitação, em parceria com a Secretaria de Segurança Pública.

10.7. Garantir o cumprimento da lei que obriga os proprietários a fazer limpeza dos terrenos baldios.

- Pertinência do código de postura municipal.

11. Intersetorialidade - Competência das três esferas de Governo

11.1. Definir política de saneamento básico.

- A política de saneamento deverá contar com a participação das secretarias de saúde, que deverão sinalizar quais as áreas mais prementes.

- Em andamento, articulação na Câmara Social do Estado sobre o tema.

11.2. Assegurar, junto aos canais de comunicação, horário gratuito para divulgação das ações de saúde.

- Os canais de comunicação obedecem à lei que regulamenta “serviço de utilidade pública”, bastando, para tanto, que sejam procuradas com esta finalidade.

11.3. Estabelecer sistema de auditoria estadual para a área de saúde.

- Instituído o Sistema Estadual de Auditoria do Sistema Único de Saúde e aprovado o regulamento de sua atuação junto ao Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único, pelo Decreto Nº 1.473, de 12/05/97.

11.4. Incentivar alternativas para geração de empregos.

- A SES vem participando, junto com outras secretarias, da Câmara Social do Estado, que define estratégias para a política de geração de empregos, entre outras de caráter social.

11.5. Criar formas de pressão para reforma agrária, de forma planejada e integrada.

- Em 2001, a SES desenvolverá projeto, em parceria com a FETAGRI, para a implantação do PACS, em todos os assentamentos rurais.

11.6. Promover, em conjunto com a FEMA e IBAMA, campanhas de conscientização sobre as queimadas, conservação e limpeza das nascentes de água existentes nos municípios.

- A Vigilância Sanitária e a Divisão de Educação e Comunicação Social em Saúde vêm procurando contribuir com essa questão, através da cooperação técnica.

IV - POLÍTICAS ESPECÍFICAS

1. Sangue e Hemoderivados

1.1. Transformar o Hemocentro em Fundação, a exemplo dos demais Hemocentros do país.

- Não foi possível a realização dessa proposição até o momento.

1.2. Promover vacinação, em massa, para hepatite B, nos municípios de alta prevalência e para doadores de repetição.

- Foram realizadas campanhas de vacinação contra hepatite B em municípios com alta incidência, estando atualmente implantada na rotina dos serviços, em todos os postos de saúde.

1.3. Promover a união de municípios vizinhos, para captação de doadores e coleta de sangue.

- O Hemocentro está fazendo captação de doadores em vários municípios do Estado.

1.4. Promover campanha publicitária para conscientização da população do Estado quanto à necessidade de doação do sangue.

- Estão sendo realizadas, anualmente, várias campanhas de incentivo à doação de sangue (Feira Agropecuária, Festival de Inverno, Dia do Médico, Dia do Doador etc.).

1.5. Promover campanha educativa direcionada aos profissionais de saúde, quanto à importância da qualidade do sangue.

- O Hemocentro, em conjunto com a Vigilância Sanitária e Coordenadoria de Administração Hospitalar e Ambulatorial, vem realizando inspeções e vistorias, com o objetivo de melhorar a qualidade do sangue. Atualmente, a cobertura de sangue com qualidade no Estado situa-se em torno de 80%.

1.6. Proporcionar autonomia administrativa e financeira para o Hemocentro Coordenador.

- Transformado o Hemocentro Coordenador em Unidade Descentralizada, tornando-o mais ágil.

1.7. Mobilizar os Conselhos Municipais de Saúde na cobrança por meios de interromper em Mato Grosso a transfusão de sangue não-testado (braço-a-braço).

- Os CMS vêm sendo sensibilizados para o problema de transfusão braço-a-braço.
- A VISA vem atuando sistematicamente para coibir este procedimento.

1.8. Impedir que os bancos de sangue privados continuem fazendo uma captação de doadores, de forma agressiva e exagerada, como a que é feita (atuação dos CMS).

- A VISA, juntamente com o Hemocentro e a Coordenadoria Hospitalar e Ambulatorial, tem investido nas inspeções e sensibilizações.

1.9. Dar mais autonomia à Vigilância Sanitária para os bancos de sangue.

- Ver item anterior.

1.10. Agilizar a implementação da hemorrede, promovendo ações concretas para coibir a transfusão “braço-a-braço”.

- Descentralizadas 19 unidades de coleta e transfusão e 3 agências transfusionais, localizadas em 19 municípios.

2. Saúde do Trabalhador

2.1. A SES deverá implantar um programa descentralizado de saúde do trabalhador para o Estado.

- Implantada a Comissão Estadual Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (CEIST), com a participação da VISA, da Delegacia Regional do Trabalho e Emprego, da Fundação Estadual do Meio Ambiente e de representantes sindicais de diversas categorias.

- O Centro Regional de Referência já está prestando serviço de referência a doentes ocupacionais.

- A VISA vem realizando inspeções em ambientes de trabalho, visando à melhoria da qualidade de vida do trabalhador, especialmente em indústrias madeireiras, empresas de construção civil e usinas de álcool, áreas essas definidas pela Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador.

2.2. O Ministério da Saúde deverá implantar, urgentemente, um programa de saúde do trabalhador, dentro dos seus órgãos.

- Atribuição do nível federal.

2.3. A SES deverá rever, no prazo máximo de um mês, e encaminhar ainda este ano para a Assembléia Legislativa, o Código Sanitário do Estado.

- Aprovada a Lei nº 7.110, que regulamenta o Código Sanitário Estadual, em 10 de fevereiro de 1999.

2.4. A SES deverá dinamizar as comissões de infecção hospitalar existentes nas unidades sanitárias.

- A VISA vem capacitando e estimulando a implantação das Comissões de Controle a Infecção Hospitalar, bem como supervisionando as CCIH já implantadas.

2.5. O Ministério da Saúde deverá implantar, juntamente com outros órgãos e Ministérios, um sistema único de informações sobre saúde do trabalhador.

- Atribuição do nível federal.

2.6. Os gestores do SUS deverão difundir a obrigatoriedade do preenchimento e registro do laudo médico – LEM.

- A obrigatoriedade do preenchimento e registro do laudo médico já está prevista em lei.

2.7. A SES deverá legalizar a Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador do Estado e oficializar o seu Regimento Interno.

- Implantada a Comissão Estadual Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (CEIST), com a participação da VISA, da Delegacia Regional do Trabalho e Emprego, da Fundação Estadual do Meio Ambiente e de representantes sindicais de diversas categorias.

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 e bem-estar, bem como de sua família e comunidade”.

- Este conceito de modelo de reabilitação foi adotado em 100% dos municípios com unidades descentralizadas de reabilitação e vem sendo cumprido através de supervisões, capacitações voltadas para os profissionais e fiscalização dos Conselhos de Saúde.

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.

- A SES tem 56 unidades de reabilitação, distribuídas em 53 municípios, descentralizadas, com previsão de implantação de mais 6 unidades até o final de 2000. Estas unidades estão divididas segundo o nível de complexidade. Atualmente, existem 04 níveis de complexidade. No nível I (36 unidades), encontram-se atendimentos de baixa complexidade, como ações básicas de prevenção, procedimentos básicos de reabilitação em fisioterapia, psicoterapia, atendimento psicossocial e orientação familiar.
- No nível II (17 unidades), encontram-se ações de prevenção, detecção precoce,

diagnóstico, procedimentos básicos e de média complexidade em reabilitação, fisioterapia, psicoterapia; atendimento psicossocial, orientação familiar, estimulação precoce e fonoaudiologia. Os níveis III (2 unidades) e IV (1 unidade) são de maior complexidade, sendo considerados referências para outras unidades.

3.3. Normatizar a concessão de órteses e próteses e sua vinculação, a assistência adequada ao treinamento, ao acompanhamento técnico psicoterápico e à adaptação da órtese e prótese que receberá.

- Em 1997, foram criados protocolos e estabelecidos critérios para a concessão de próteses e órteses, que, no momento, estão sendo revistos e reformulados. No entanto, a SES vem atendendo a todas as solicitações para a concessão de órteses e próteses recebidas dos usuários, bem como oferecendo ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação social, buscando a inserção participativa na sociedade.

3.4. Contemplar a concessão de órteses e próteses, preferencialmente às entidades públicas, ficando vinculadas ao controle e às suas avaliações, evitando o apadrinhamento e usando critérios técnicos e não somente a licitação.

- Avanços quanto à concessão de compra de próteses auditivas foram conseguidos, com estabelecimento de critérios técnicos e atos normativos.

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, a NBR 9.050 e a ABNT.

- A partir de 1997, quando o processo de descentralização da Reabilitação pelo Estado de Mato Grosso teve seu impulso, esse assunto tornou-se pauta constante de orientação e reivindicação.

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.

- Foi realizado curso de capacitação para técnicos atuarem na Reabilitação Baseada na Comunidade. A proposta está sendo estudada e o projeto está em fase final de elaboração.

3.7. Sistematização da assistência em todas as fases de intervenção: a) Nível I - prevenção, detecção, orientação, estimulação e capacitação; b) Nível II - diagnóstico e ações básicas de reabilitação; c) Nível III - ações complexas de reabilitação.

- A sistematização da assistência em todas as fases em que está sendo realizada vem encontrando alguns entraves, principalmente pela escassa quantidade de Unidades de Reabilitação no Município de Cuiabá.

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 existentes no Centro de Reabilitação, devido aos quadros crônicos que poderiam ser facilmente evitados.

- A política implantada e descrita nos itens anteriores visa, sobretudo, à prevenção da cronicidade.

3.9. Desenvolver programa de atenção à saúde da PPD, voltado para todos os tipos de deficiência, 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.

- A FCRDAC vem trabalhando nesta perspectiva e está implementando várias áreas de atuação, com aquisição de novos equipamentos e novas técnicas de atendimento.

3.10. Ampliar os atendimentos de habilitação e reabilitação às PPDs e, conseqüentemente, aumento do quadro técnico para dar suporte a esse trabalho.

- Existem, atualmente 56 unidades descentralizadas de reabilitação, estando em andamento a aprovação de novo lotacionograma, objetivando atender as necessidades detectadas.

4. Terceira Idade

4.1. Implantar programas geriátricos em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde/SUS.

- Contemplada no Plano Estadual de Saúde 2000-2003 a estruturação do Programa Estadual de Doenças Crônico-degenerativas.
- Criação do GT de Doenças Crônico-Degenerativas para estruturação do Programa Estadual de Doenças Crônico-degenerativas no Estado de Mato Grosso.
- Campanha de Cirurgia de Catarata, quando foram realizadas 3.672 cirurgia, em 1999 e 2000.
- Vacinação contra influenza (gripe) e pneumonia.
- A campanha de cirurgia de próstata atingiu mais de 100% da meta prevista (200 cirurgias).
- Atendimento a 28.584 idosos, anualmente, com trabalhos em grupo nas diversas áreas de atuação: atendimento individual (Fisioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia, Nutrição, Terapia Ocupacional, Odontologia, Serviço Social, Consulta Médica), além do fornecimento de próteses e órteses.

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.

- A SES vem-se estruturando para a implementação desta política, procurando, ao mesmo tempo, proporcionar ações que beneficiem e melhorem a qualidade de vida do idoso, como pode ser observado no item anterior (4.4.1).

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.

- Proposição encaminhada na Câmara Social do Estado.

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.

- Em Mato Grosso, existem 39 etnias, distribuídas em 44 municípios, com população estimada de 29.133 índios. A atual política de saúde indígena está sob a responsabilidade da FUNASA.

5.2. Os municípios que possuem aldeias indígenas na sua área de abrangência deverão participar efetivamente dos Conselhos Locais de Saúde Indígena.

- Proposição que deverá ser articulada no nível municipal.

5.3. A SES, através das Regionais de Saúde, deverá participar efetivamente das reuniões dos Conselhos Locais de Saúde Indígena.

- As Regionais de Saúde da SES têm participado das reuniões em que estão em pauta a saúde indígena (referência, internações, imunização etc.), para as quais são convidadas.

5.4. A FUNAI, a FUNASA e a SES deverão realizar um trabalho conjunto junto às ADRs

(Administrações Regionais), sobre o papel do Conselho Indígena e sua importância, para garantir qualidade na saúde indígena.

- Apesar de a competência atual de gerenciamento ser da FUNASA, a SES vem desenvolvendo uma Política de Saúde Indígena para Mato Grosso. Além disso, a Secretaria tem contribuído com ações, como investido na imunização, saneamento básico (ampliação do sistema de abastecimento de água em algumas aldeias), contratação de profissionais para atuar nas aldeias, treinamento dos profissionais de saúde e o Projeto Xamã (curso de auxiliar de enfermagem para indígenas).

5.5. A Comissão Intersectorial de Saúde Indígena (CISI) deverá ser reativada imediatamente pelo Conselho Nacional de Saúde.

- O CNS tem deliberado sobre a saúde indígena e aprovou as medidas que estão sendo implementadas pelo Ministério da Saúde, através da FUNASA.

5.6. A CISI, após sua reativação, deverá estar ligada ao CNS, e ter um papel participativo/ativo junto aos Estados que possuem população indígena, e que não se resume apenas em Brasília, mas que faça rodízio entre as áreas próximas às comunidades indígenas.

- Proposição que deverá ser articulada junto à FUNASA.

5.7. A III Conferência Nacional de Saúde Indígena deverá ser marcada na X Conferência Nacional de Saúde.

- Proposição atendida.

V - OUTROS

1. Garantir que os Secretários Municipais de Saúde residam no município, tenham 2º grau completo e sejam da área de saúde pública.

- Essa garantia deve ser conquistada na lei orgânica do município.

2. Transformar a fábrica de medicamentos de Mirassol D'Oeste em Fundação.

– Não foi possível encaminhar esta proposição, que é de atribuição do município.

3. Regularizar a posse da terra pelo INCRA e INTERMAT.

– Esta proposição não é de pertinência da SES.

4. Organizar fórum de debate com os candidatos a prefeito e vereador sobre as propostas aprovadas nas Conferências Municipais e Estadual de Saúde.

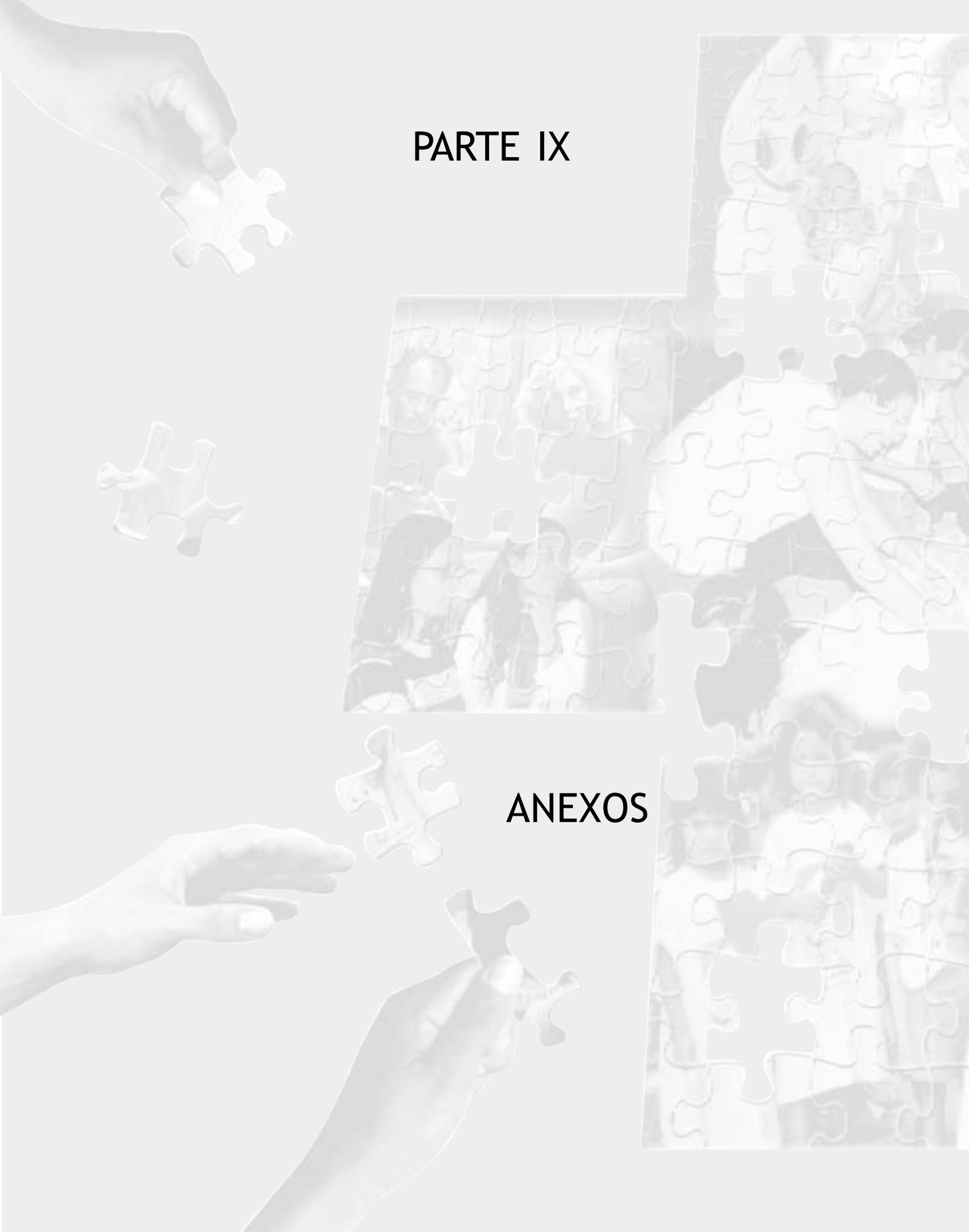
– A SES tem realizado fóruns com a participação de Prefeitos, Vereadores, Técnicos do Nível Central e dos Pólos Regionais.

5. Adequar a estrutura arquitetônica das unidades de saúde, garantindo acesso aos portadores de deficiências aos serviços de saúde, de acordo com a Constituição Federal, a NBR 9.050 e a ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas).

– Ver item 4.3.5.

PARTE IX

ANEXOS



PORTARIA Nº 037/2000

O Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso, no uso de suas atribuições legais e,

Considerando as deliberações do Conselho Estadual de Saúde;

RESOLVE:

Designar, para integrar a Comissão Organizadora da IV Conferência Estadual de Saúde, os profissionais a seguir especificados:

I – Comitê Executivo:

Coordenadora:

Geny Catarina F. Rodrigues Lopes

Coordenadoras Adjuntas:

Zulma Albuquerque de Siqueira

Eliete Saragiotto

Elisa Maria F. da Oliveira

Secretária Geral:

Edna Marlene da Cunha Carvalho

Secretárias Adjuntas:

Carmem Silvia Campos Machado

Alice Amália Maia Vinagre

Eluani Silvana Vilarinho

Relatora:

Nina Rosa F. Soares

Reladoras Adjunta:

Simone Carvalho Charbel

Ruth Alves Lima

Marian Barros Ferreira

Assessoria Financeira:

Maria de Lourdes Montes Claros Silva

José Neto da Luz

Assessoria Técnica:

Fátima Aparecida T. Schrader

Ione Mariza Bortolotto

Elizete Duarte

Euze Márcio Souza Carvalho

Josinete Regina Albuquerque

Rita Cristina Martins Borges

Amaury Gonzaga

Maria Welter

Apoio Administrativo:

Elton Rubens do Espírito Santo

Walmir Hugo Soares

Kerdrick Kane Judith Barbosa

Heide Hiller

II – Representantes dos segmentos que compõem o Conselho Estadual de Saúde:

Representante da UFMT – Nina Rosa Ferreira Soares

Representante do CRO – Nídia Fátima Ferreira

Representante da FEMAB – Cândido Barbosa Alvarenga

Representante da FEMA – Doroty Queiroz Topanotti

Representante do GRUCON – Edvande Pinto de França.

Registrada, Publicada, Cumpra-se.

Cuiabá/MT, 04 de abril 2000.

Regimento da IV Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso

Aprovado em reunião do Conselho Estadual de Saúde, no dia 04.10.2000

Capítulo I

Da Conferência

Art.1º. A IV CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MATO GROSSO, convocada pelo Governador do Estado de Mato Grosso, através do Decreto nº1.157, de 11 de fevereiro de 2000, será realizada no período de 17 a 20 de outubro de 2000, na cidade de Cuiabá/MT.

Capítulo II

Da Finalidade

Art.2º. A IV CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MATO GROSSO é foro estadual de debates sobre a saúde, aberto a todos os segmentos da sociedade local e terá por finalidade:

1. Promover a reflexão e os debates sobre o SUS em Mato Grosso, analisando o acesso, a qualidade e a humanização dos serviços ofertados à população, com controle social.
2. Definir as diretrizes do plano estadual de saúde para o biênio.

Capítulo III

Do Temário

Art.3º. A IV CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MATO GROSSO, em consonância com a 11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, terá como temário central: "EFETIVANDO O SUS: ACESSO, QUALIDADE E HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE COM CONTROLE SOCIAL" e os seguintes sub-temas:

- a) O SUS em Mato Grosso, da III para a IV Conferência;
- b) Saúde da Família: Modelo de Atenção Humanizado;
- c) Controle Social: Mito ou Realidade?
- d) O Controle Social: dos Recursos Financeiros e Recursos Humanos do SUS.

Art. 4º. com o objetivo de propiciar oportunidade de ampla divulgação de experiências, estudo e pesquisas relacionados ao temário, serão organizadas sessões de apresentação abertas a todos os participantes da Conferência.

Capítulo IV

Da Organização da Conferência Estadual de Saúde

Art. 5º. A IV CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MATO GROSSO será presidida pelo Secretário Estadual de Saúde e, na sua ausência, pela Sub-Secretária.

Art. 6º. Para a organização e desenvolvimento de suas atividades, a IV CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE contará com uma Comissão Organizadora, instituída na forma da Portaria nº 037/2000, do Secretário Estadual de Saúde.

Seção I

Da estrutura e Composição da Comissão Organizadora

Art. 7º. A Comissão Organizadora da IV CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE terá a seguinte composição:

- I – Comitê Executivo
 - a) Coordenadora

- b) Coordenadora Adjunta
- c) Secretária Geral
- d) Secretária Adjunta
- e) Relatora
- f) Reladoras Adjuntas
- g) Assessorias Técnica/Administrativa – Financeira.

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 de saúde
- d) Usuários.

Seção II

Das atribuições da Comissão Organizadora

Art. 8º. A Comissão Organizadora terá as seguintes atribuições:

- Coordenar, supervisionar, dirigir e promover a realização da Conferência, atendendo aos aspectos técnicos, políticos, administrativos e financeiros;
- Elaborar proposta do Regimento Interno da Conferência, sua programação e submetê-los à apreciação do Conselho Estadual de Saúde.
- Aprovar os apresentadores e debatedores do temário central da Etapa Estadual, bem como os documentos técnicos e textos de apoio.
- Aprovar a proposta do Plano de Aplicação de Recursos Financeiros relativos à Conferência, sua posterior Prestação de Contas e submetê-la à aprovação do Secretário Estadual de Saúde;
- Propor os critérios e modalidade de apresentação dos interessados, bem como o local da realização da Conferência.
- Designar relatores auxiliares.

- Elaborar a Norma Eleitoral.

Art. 9º. Aos segmentos que compõem o Conselho Estadual de Saúde cabe:

- Atuar junto ao Comitê Executivo, formulando, discutindo e propondo todas as iniciativas no âmbito da Comissão Organizadora, referente à Organização da Conferência Estadual de Saúde;
- Atuar como elo entre a Comissão Organizadora e as demais entidades no âmbito estadual, representantes ou não do Conselho Estadual de Saúde.

Art. 10. Ao Comitê Executivo cabe executar as funções sob responsabilidade da Comissão Organizadora, relativas à preparação e realização da CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE e, especificamente:

- Dar cumprimento às deliberações da Comissão Organizadora;
- Elaborar propostas da programação da IV CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE;
- Elaborar propostas, definindo critérios e modalidades de participação e representação à IV CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE;
- Promover divulgação adequada da IV CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE;
- Elaborar Plano de Aplicação de Recursos Financeiros necessários à realização da Conferência e preparar sua posterior prestação de contas;
- Propor a celebração de contratos e convênios;
- Elaborar documentos técnicos oficiais, vinculados ao temário da IV CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE;
- Elaborar o relatório final e os anais da IV CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE, assim como promover a sua publicação e divulgação.

Capítulo V

Dos Delegados e Representações da Conferência Estadual de Saúde

Art. 11. A IV CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE 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.

§ 1º. O mínimo total de delegados será de 420, sendo que os delegados representantes de usuários serão paritários em relação ao conjunto dos representantes do governo, de prestadores e de trabalhadores da saúde.

§ 2º. Serão garantidas dez vagas de delegados para a representação indígena, as quais serão distribuídas de forma a contemplar os cinco Distritos Sanitários Indígenas.

Art. 12. Os Membros da Conferência Estadual de Saúde distribuir-se-ão em três categorias:

- a) Delegados com direito à voz e a voto;
- b) Convidados com direito à voz;
- c) Observadores.

§ 1º. Os critérios para escolha dos convidados e participação dos observadores serão definidos pela Comissão Organizadora.

§ 2º. Os Conselheiros do Conselho Estadual de Saúde são delegados natos.

Art. 13. Os delegados para a XI CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE serão eleitos de forma direta na plenária da IV CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE, resguardando-se os princípios da paridade dispostos na Lei nº 8.142/90 e obedecendo ao número de delegados, estabelecido pelo Comitê Executivo da XI Conferência Nacional de Saúde, que são:

I - Usuários – 14 delegados;

II - Gestores públicos, Prestadores de serviços públicos, privados e universitários e trabalhadores de saúde das diversas categorias – 14 delegados.

Capítulo VI

Seção I

Dos Trabalhos do Temário Central

Art. 14. 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. 15. Os apresentadores disporão de 20 (vinte) minutos, prorrogáveis por mais 05 (cinco), para apresentar a síntese do documento previamente encomendado pela Comissão Organizadora, seguida de debate.

Art. 16. 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. 17. A mesa desses trabalhos será dirigida por um Coordenador indicado pela Comissão Organizadora e composta pelos apresentadores e debatedores convidados.

Art. 18. Cada grupo de trabalho (GT) será composto por 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. 19. Além do Coordenador, cada GT contará com um Relator designado pela Comissão Organizadora, encarregado 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. 20. Após os trabalhos de grupo de cada dia, haverá uma reunião dos relatores, quando serão consolidados os vários relatórios.

Capítulo VII

Regimento da Sessão Plenária Final

Art. 21. A Plenária Final da IV CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE terá, como objetivo, debater e aprovar o Relatório Final da Conferência Estadual de Saúde, as moções e manifestações apresentadas.

Art. 22. Participação da Plenária Final:

- a) delegados com direito à voz e a 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. 23. Os trabalhos serão coordenados por uma mesa, da qual participarão membros da Comissão Organizadora, sendo os trabalhos secretariados por membros da Comissão Relatora.

Art. 24. A agenda da Plenária Final da Conferência Estadual de Saúde constará dos seguintes itens:

- a) Apreciação do Relatório Final;
- b) Apreciação de Moções.

Art. 25. A apreciação do Relatório Final será encaminhado na forma que se segue:

- a) Proceder-se-á com antecedência à distribuição do Relatório Final;
- b) Assegurar-se-á aos delegados o direito de solicitar o exame em destaque de qualquer item da proposta final;
- c) As solicitações de destaque deverão ser encaminhadas por escrito até o final da leitura da proposta do Relatório Final da mesa, constituindo-se em proposta de relação alternativa 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 propósitos 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 apresentar para defender posição contrária à do proponente 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. 26. As moções encaminhadas exclusivamente por delegados deverão ser apresentadas à Secretaria da Conferência Estadual de Saúde, até às 14:00 horas do dia 19 de outubro, redigidas em uma lauda, no máximo.

§ 1º. Cada moção deverá ser assinada por, pelo menos, 10(dez) delegados.

§ 2º. A Secretaria organizará as Moções recebidas, classificando-as por áreas temáticas, de forma a facilitar o andamento dos trabalhos.

Art. 27. Encerrada a fase de apreciação do Relatório Final da Conferência, o Presidente dos trabalhos chamará, um a um, os proponentes 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, o ponto de vista contrário ao expositor da moção.

Art. 28. A aprovação das moções será por maioria simples dos delegados presentes.

Art. 29. Concluída a apreciação das moções, serão encerrados os trabalhos da Sessão Plenária Final da Conferência Estadual de Saúde.

Capítulo VIII

Dos Recursos

Art. 30. As despesas com a organização geral e com a realização da Etapa Estadual da Conferência Estadual de Saúde correrão por conta da dotação orçamentária da Secretaria Estadual de Saúde e/ou de outras fontes.

Art. 31. Poderão ser firmados convênios, com vistas à execução de ações necessárias à realização da Conferência Estadual de Saúde.

Capítulo IX

Disposições Gerais e Comuns

Art. 32. A Secretaria de Estado de Saúde promoverá o apoio técnico, administrativo e financeiro necessário ao financiamento da Comissão Organizadora da IV CONFERÊNCIA ESTADUAL SAÚDE.

Decreto para Convocação da IV Conferência Estadual de Saúde

Decreto Nº 1.501, de 20 de junho de 2000.

Dispõe sobre a convocação da
IV Conferência Estadual de Saúde.

O GOVERNO 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 IV CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE, a realizar-se de 18 a 20 de outubro de 2000, 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 "Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização da Atenção à Saúde com Controle Social", cujos subtemas serão abordados com base na realidade locorregional do Estado de Mato Grosso.

Art. 3º. A Conferência será presidida pelo Secretário de Estado de Saúde e, na ausência

ou no impedimento eventual, pela subsecretária de Estado de Saúde.

Art. 4º. O Secretário de Estado de Saúde expedirá, mediante portaria, o Regimento Interno da IV Conferência Estadual de Saúde, a ser elaborado por Comissão que, para esse fim, designará.

Art. 5º. As despesas com a realização da IV Conferência Municipal de Saúde 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, em especial o Decreto 1.157, de 11 de fevereiro de 2000.

Palácio Paiaguás, em Cuiabá, 20 de junho de 2000, 179º da Independência e 112º da República.

Dante Martins de Oliveira
Governador do Estado

Júlio Strubing Müller Neto
Secretário de Estado de Saúde

Parte da equipe de coordenação da
IV Conferência Estadual de Saúde

