

CONASEMS

MAIO-JUNHO DE 2015

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE



DOSSIÊ | **ATENÇÃO BÁSICA**



Editorial

Era dezembro de 2003 quando a primeira revista do CONASEMS foi lançada. Na capa, a foto de uma criança jogando bola simbolizava o conceito de saúde como qualidade de vida, inclusão social, garantia de direitos. Assim nascia o projeto de comunicação mais arrojado do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, que almejava sintonizar a um só tempo conteúdo e estética.

O que se buscava, para além da mera reprodução dos fatos, era alimentar a consciência reflexiva sobre o SUS, dando voz a diferentes atores e confrontando opiniões algumas vezes similares, outras vezes dissonantes. E nesse compasso se passaram mais de dez anos e a revista pôde acompanhar e amplificar o debate em torno de temas importantes voltados à saúde pública. Por suas páginas se desenrolaram a transição entre as NOBs e o Pacto pela Vida, a regulamentação da Lei 8080, os desdobramentos nem tão pouco favoráveis do financiamento, a regionalização e suas redes de atenção e muitos outros temas.

A revista também assumiu a sua responsabilidade social ao encampar a luta pelo desarmamento, a defesa da cultura de paz e não violência, a valorização do com-

plexo produtivo nacional da saúde, o fortalecimento da atenção básica, a defesa das leis de promoção da equidade no SUS, e, sobretudo, a defesa da garantia do direito à saúde a todo cidadão brasileiro.

Nesse processo histórico, a publicação acompanhou a passagem de seis presidentes do CONASEMS, cada um trazendo a sua marca de gestão, mas todos comprometidos com as pactuações empreendidas nos diferentes fóruns de participação, como as comissões intergestores, os congressos anuais do conselho, os congressos dos Co-sems e as conferências nacionais.

Chegamos a nossa sexagésima edição. E o olhar, sempre voltado ao Sistema Único de Saúde, se reverte para si próprio. A revista CONASEMS se apresenta com uma nova roupagem, fruto de um pensamento reflexivo sobre a informação, que alia novos elementos visuais e informativos e agrega ao conteúdo a tecnologia. Sem alterar os princípios, vamos aprimorando a forma. Uma das novidades é que agora o leitor pode acessar a revista em formato eletrônico no portal do CONASEMS, com vídeos e áudios que aprofundam o conteúdo das matérias. Sejam sempre bem vindas as boas mudanças.

DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente - José Fernando Casquel Monti

Vice-Presidente - Raul Moreira Molina Barrios

Vice-Presidente - Sílvia Regina Cremoniz Sirena

Diretor Administrativo - Frederico Marcondes Neto

Diretor Financeiro - Mauro Guimarães Junqueira

Diretor de Comunicação Social - Arilson da Silva Cardoso

Diretor de Descentralização e Regionalização - Charles Cesar Tocantins de Souza

Diretor de Descentralização e Regionalização - Adjunto - Maria da Conceição Marinho de Farias Rêgo

Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares - Wilames Freire Bezerra

Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares - Adjunto - Iolete Soares de Arruda

Diretoria Extraordinária de Pequeno Porte - Murilo Porto de Andrade

Diretoria Extraordinária de Pequeno Porte - Adjunto - Pedro Hermann Madeiro

Diretoria Extraordinária das Populações Ribeirinhas - Januário Carneiro da Cunha Neto

1º Vice-Presidente Regional - Região Centro Oeste - Amilton Fernandes do Prado

1º Vice-Presidente Regional - Região Nordeste - Maria da Salette Fernandes Cunha

2º Vice-Presidente Regional - Região Nordeste - Ubiratan Pedrosa Moreira

1º Vice-Presidente Regional - Região Norte - Afonso Emerick

1º Vice-Presidente Regional - Região Sudeste - Andrea Passamani Barboa Corteletti

2º Vice-Presidente Regional - Região Sudeste - Leônidas Heringer Fernandes

1º Vice-Presidente Regional - Região Sul - Maria Regina de Souza Soar

2º Vice-Presidente Regional - Região Sul - Maria do Horto Salbego

Conselho Fiscal - 1º Membro - Soraya Galdino de Araujo Lucena

Conselho Fiscal - 1º Membro / Suplente - Conceição de Maria Soares Madeira

Conselho Fiscal - 2º Membro - José Carlos Cancigliere

Conselho Fiscal - 2º Membro / Suplente - Daniel Paulino Evangelista

Conselho Fiscal - 3º Membro - Vânio Rodrigues de Sousa

Conselho Fiscal - 4º Membro - João Carlos Strassacapa

Conselho Fiscal - 5º Membro - Rogério Márcio Alves Souto

Conselho Fiscal - 5º Membro / Suplente - Dinaci Vieira Marques Ranzi

SECRETARIAS EXTRAORDINÁRIAS

Sec. Extraordinária Amazônia Legal - Nilson Kokojski

Sec. Extraordinária Amazônia Legal - Carlos Tadeu Lopes

Sec. Extraordinária Assistência Farmacêutica/Centro Oeste - Sílvia C. Suassuna de Moraes

Sec. Extraordinária Assistência Farmacêutica/Sul - José Eloir Wink

Sec. Extraordinária Atenção à Saúde/Centro Oeste - Fernando Machado de Araujo

Sec. Extraordinária Atenção à Saúde/Nordeste - Iolete Soares Arruda

Sec. Extraordinária Atenção à Saúde/Norte - Luiz Carlos Alves Teixeira

Sec. Extraordinária Atenção à Saúde/Sul - Enilson de Freitas

Sec. Extraordinária Atenção à Saúde/Sudeste - Márcia Aparecida Nogueira Pivato

Sec. Extraordinária Atenção Básica/Centro Oeste - Rosângela de Rezende Amorim

Sec. Extraordinária Atenção Básica/Nordeste - Maria Neuman Azevedo

Sec. Extraordinária Atenção Básica/Norte - João Edis de Oliveira

Sec. Extraordinária Atenção Básica/Sudeste - Kelen Cristina Ramo Carandina

Sec. Extraordinária Capitais e Regiões Metropolitanas/Nordeste - Josete Malheiro Tavares

Sec. Extraordinária Capitais e Regiões Metropolitanas/Sudeste - Daniel Ricardo Soranz Pinto

Sec. Extraordinária Capitais e Regiões Metropolitanas/Sul - Adriano Massuda

Sec. Extraordinária Ciência e Tecnologia - Katia Cilene de Monte Pereira

Sec. Extraordinária de Fronteiras - Natalia Ivone Steinbrenner

Sec. Extraordinária Descentralização e Regionalização/Centro Oeste - Marildes Ferreira do Rego

Sec. Extraordinária Descentralização e Regionalização/Sul - Vera Elizabeth Lima da Silva

Sec. Extraordinária Direito Sanitário/Centro Oeste - Evanilde Fernandes Costa Gomides

Sec. Extraordinária Direito Sanitário/Nordeste - Manoel Batista Moura Ribeiro

Sec. Extraordinária Direito Sanitário/Norte - Maria de Lourdes Amaral Dourado

Sec. Extraordinária Direito Sanitário/Sul - Cristiane Hafferemann Wille

Sec. Extraordinária Financiamento/Centro Oeste - Adeliza Maria Santos Abrani

Sec. Extraordinária Financiamento/Nordeste - Saulo Menezes Calazans Eloy dos Santos Filho

Sec. Extraordinária Financiamento/Norte - Josuelido Nascimento Sousa

Sec. Extraordinária Financiamento/Sul - Marcelo Bosio

Sec. Extraordinária Gestão Trabalho e Educação/Centro Oeste - Ana Claudia Coelho de Almeida Asturiano

Sec. Extraordinária Gestão Trabalho e Educação/Nordeste - Gessyane do Vale Paulino

Sec. Extraordinária Gestão Trabalho e Educação/Norte - Marluce Brilhante de Souza

Sec. Extraordinária Gestão Trabalho e Educação/Sudeste - Marta Gama de Magalhães

Sec. Extraordinária Mercosul - Helton Pedro Pfeifer

Sec. Extraordinária Modelos de Gestão - Norma Firminiano Rodrigues Barradas

Sec. Extraordinária Município Médio Porte/Centro Oeste - Eliane Cristina F. Brilhante

Sec. Extraordinária Município Médio Porte/Nordeste - Lucia Cristina Giesta Soares

Sec. Extraordinária Município Médio Porte/Norte - Lucila Brunetta

Sec. Extraordinária Município Médio Porte/Sudeste - Bruno Diniz Pinto

Sec. Extraordinária Município Médio Porte/Sul - Cristiane Martins Pantaleão

Sec. Extraordinária Município Pequeno Porte/Centro Oeste - Sílvia Regina Cremoniz Sirena

Sec. Extraordinária Município Pequeno Porte/Nordeste - Stela dos Santos Souza

Sec. Extraordinária Município Pequeno Porte/Sul - Clodoaldo Fernandes

Sec. Extraordinária Participação e Controle Social/Centro Oeste - Fábio Henrique Lago

Sec. Extraordinária Participação e Controle Social/Nordeste - Luis Pessoa Aragão Júnior

Sec. Extraordinária Participação e Controle Social/Sudeste - Zenilton Vicente Vasconcelos

Sec. Extraordinária Participação e Controle Social/Sul - Cleidenara Maria Mohr Weirich

Sec. Extraordinária Planejamento e Programação/Centro Oeste - Maria Angelica Benetasso

Sec. Extraordinária Planejamento e Programação/Nordeste - Leopoldina Feitosa Cipriano

Sec. Extraordinária Planejamento e Programação/Norte - Maria de Jesus Sousa Caldas

Sec. Extraordinária Planejamento e Programação/Sudeste - Luis Fernando Nogueira Tofani

Sec. Extraordinária Planejamento e Programação/Sul - Nissandra Karsten

Sec. Extraordinária Promoção Vigilância em Saúde/Centro Oeste - Hisham Mohamad Hamida

Sec. Extraordinária Promoção Vigilância em Saúde/Nordeste - Débora Costa dos Santos

Sec. Extraordinária Promoção Vigilância em Saúde/Sudeste - Celso Ruela Albino

Sec. Extraordinária Promoção Vigilância em Saúde/Sul - Marines Esekert

Sec. Extraordinária Relações Interfederativas/Centro Oeste - Luis Roberto Pascotto Mariani

Sec. Extraordinária Relações Interfederativas/Nordeste - Maria do Socorro Candeira Costa

Sec. Extraordinária Relações Interfederativas/Norte - Fabrício Alves Segura

Sec. Extraordinária Saúde Bucal - Ronaldo de Jesus Santos

Sec. Extraordinária Saúde indígena/Nordeste - Alexandre Miranda Leite

Sec. Extraordinária Saúde indígena/Norte - Gilson Almirante de Souza

Sec. Extraordinária Saúde indígena/Sudeste - Nalva Bernardete Barros de Amorim

Sec. Extraordinária Saúde indígena/Sul - Emerson Magni da Silva

Representante no Conselho Nacional de Saúde - Aline Gewehr Trindade

Representante no Conselho Nacional de Saúde - José Eri Borges de Medeiros

PRODUÇÃO

Edição Geral: Giovana de Paula

Edição de Imagens: Luiz Filipe Barcelos

Reportagens: Ana Cláudia Peres, Janaina Braga, Sílvia Bessa e Tarciano Ricarto

Fotos: Luiz Filipe Barcelos e Radilson Carlos Gomes

Capa: Radilson Carlos Gomes

Revisão: Giovana de Paula, Luiz Filipe Barcelos e Nilo Brêtas Júnior

Layout e diagramação: Grande Circular

RELAÇÃO NACIONAL DE COSEMS

COSEMS - AC - Tels: (68) 3212-4123 / (68) 9974-2452

Carlos Tadeu Lopes da Silva

COSEMS - AL - Tel: (82) 3326-5859

Ubiratan Pedrosa Moreira

COSEMS - AM - Tels: (92) 3643-6338 / 6300

Januário Carneiro da Cunha Neto

COSEMS - AP - Tel: (96) 3271-1390

Maria de Jesus Sousa Caldas

COSEMS - BA - Tels: (71) 3115-5915 / 3115-5946

Raul Moreira Molina Barrios

COSEMS - CE - Tels: (85) 3101-5444 / 3219-9099

Josete Malheiros Tavares

COSEMS - ES - Tel: (27) 3026 2287

Andréia Passamani Barbosa Corteletti

COSEMS - GO - Tel: (62) 3201-3412

Gercilene Ferreirat

COSEMS - MA - Tel: (98) 3256-1543 / 3236-6985

Domingos Vinícius de Araújo Santos

COSEMS - MG - Tels: (31) 3287-3220 / 5815

José Maurício Lima Rezende

COSEMS - MS - Tels: (67) 3312.1110 / 1108

Frederico Marcondes Neto

COSEMS - MT - Tel: (65) 3644-2406

Sílvia Regina Cremoniz Sirena

COSEMS - PA - Tels: (091) 3223-0271 / 3224-2333

Charles César Tocantins de Souza

COSEMS - PB - Tel: (83) 3218-7366

Soraya Galdino de Araújo Lucena

COSEMS - PE - Tels: (81) 3221-5162 / 3181-6256

Gessyanne do Vale Paulino

COSEMS - PI - Tel: (86) 3211-0511

Leopoldina Cipriano Feitosa

COSEMS - PR - Tel: (44) 3330.4417

Cristiane Martins Pantaleão

COSEMS - RJ - Tel: (21) 2240-3763

Maria da Conceição de Souza Rocha

COSEMS - RN - Tel: (84) 3222-8996

Débora Costa dos Santos

COSEMS - RO - Tel: (69) 3216-5371

Afonso Emerick Dutra

COSEMS - RR - Tel: (95) 3623-0817

Ivanilde Ferreira de Oliveira

COSEMS - RS - Tel: (51) 3231-3833

Marcelo Bosio

COSEMS - SC - Tels: (48) 3221-2385 / 3221-2242

Sidnei Belle

COSEMS - SE - Tels: (79) 3214-6277 / 3346-1960

Saulo Menezes Calazans Eloy dos Santos Filho

COSEMS - SP - Tels: (11) 3066-8259 / 8146

Stênio José Correia Miranda

COSEMS - TO - Tel: (63) 3218-1782

Vânio Rodrigues de Sousa



SUMÁRIO

05 TESES

06 ENTREVISTA

10 CONSTRUINDO O SUS

19 PACTO FEDERATIVO

27 CONTROLE SOCIAL

34 DOSSIÊ

46 PERFIL

48 ARTIGO

52 GALERIA

CIT estabelece agenda prioritária

O ministro da Saúde, Arthur Chioro, apresentou na segunda reunião ordinária da Comissão Intergestora Tripartite (CIT), que ocorreu no fim de março, os 11 temas prioritários que devem fazer parte da agenda de discussão e de pactuação no âmbito da comissão durante todo o ano de 2015. A agenda é fruto da articulação entre CONASEMS, Conass e Ministério da Saúde.

Para o presidente do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Fernando Monti, a definição de uma agenda, do ponto de vista da organização do trabalho, é fundamental para indi-

car o que, de fato, é prioridade para os municípios.

Outro aspecto positivo da formatação da agenda, segundo Monti, é o fato de ela resgatar dentro da CIT a sua característica de fórum de debate. “Ao longo do tempo, a comissão se transformou numa instância de homologação de política, e ela tem gasto muito do seu tempo com essa finalidade”, explicou.

A definição dos 11 temas, para o presidente do CONASEMS, vem de forma subjacente atender a esse anseio de que a CIT retome seu caráter de foro de discussão. “É uma oportunidade de trazer o debate das políticas para dentro da comissão”, completou.

FAZEM PARTE DA AGENDA PRIORITÁRIA:



1. Mais especialidades;
2. Atenção Básica e Programa Mais Médicos;
3. 15ª Conferência Nacional de Saúde;
4. Judicialização/Ressarcimento;
5. Financiamento e Emendas Parlamentares Impositivas;
6. Avaliação e Monitoramento das redes de atenção;
7. Atenção Hospitalar:
 - a) HPP e
 - b) programa de internação domiciliar;
8. Saúde Indígena;
9. Qualificação do Pacto Federativo e COAP;
10. Órteses, próteses e materiais especiais;
11. Agenda da Promoção e Proteção da saúde:
 - a) prevenção de acidentes de trânsito e
 - b) incentivo ao parto normal.



FERNANDO MONTI

Entrevista: Giovana de Paula

O acaso levou Fernando Monti à presidência do CONASEMS, mas suas convicções políticas e a firmeza com que defende o Sistema Único de Saúde não são nem um pouco casuais. Secretário municipal de saúde de Bauru, Fernando acumula muitos anos de trabalho dedicados à saúde pública como servidor da secretaria estadual de saúde de São Paulo, professor da Universidade Federal de São Carlos, gestor e militante do SUS. Nesta entrevista, o presidente do CONASEMS lança mão de dados objetivos, de análises sobre temas como pacto federativo, financiamento, participação social e formação profissional, questões da maior relevância para entender a conjuntura que envolve a saúde pública no Brasil na atualidade. É categórico na defesa do SUS: “Para a absoluta maioria e para o CONASEMS é necessário que tenhamos um sistema de saúde público universal, integral, gratuito para toda a sociedade brasileira, e que possa atender bem o cidadão em qualquer lugar onde ele esteja dentro do território nacional”.

Revista CONASEMS - Qual a sua trajetória profissional?

FERNANDO MONTI - Me formei em medicina na década de 80, me especializei em Medicina Preventiva e Social, fiz pós-graduação em Doenças Tropicais e sou especialista em Infecologia. Toda a minha formação foi na Faculdade de Medicina de Botucatu. Logo depois ingressei na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, onde permaneço até hoje como funcionário na carreira de médico sanitário. Assumi muitas funções na secretaria, passei um tempo considerável na clínica e me tornei professor do Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Carlos. Desde 2009 sou secretário municipal de saúde de Bauru, cargo que já havia ocupado por um curto espaço de tempo em 1996. Tenho participado, desde o começo, do movimento de secretários municipais de saúde. Dentre os vários cargos que ocupei no COSEMS SP, fui presidente quando o ministro Arthur Chioro deixou a função para assumir o Ministério. Fato semelhante se deu no CONASEMS, quando na condição de vice-presidente assumi a presidência em substituição ao Nardi, que foi para a Secretaria de Vigilância em Saúde.

RC - O senhor afirmou que gostaria de deixar como contribuição pela sua passagem na presidência do CONASEMS a qualificação das discussões sobre o Pacto Federativo. O que o senhor defende em relação ao Pacto Federativo?

FM - A partir da Constituição de 1988, propusemos uma estrutura bastante ousada de organização do estado brasileiro. Decidimos adotar o formato de república federativa, reconhecendo os estados e os municípios como entes federados autônomos. Mas percebemos ao longo do tempo um desequilíbrio entre as

responsabilidades atribuídas aos municípios, de maneira progressiva, e o repasse de recursos financeiros ou o crescimento das receitas municipais proporcionais ao incremento dessas atribuições. É natural que os municípios assumam mais responsabilidades porque as autoridades municipais estão próximas dos cidadãos e são cobradas por isso, mas grande parte da carga tributária brasileira está ligada à arrecadação do governo federal. Quando eu falo do Pacto Federativo, estou me referindo a um pacto que possa revisitar todas essas questões e rediscutir do ponto de vista das responsabilidades. Talvez o melhor exemplo seja a judicialização da saúde, que penaliza o município a cumprir por meio de sentenças judiciais o que a rigor não é sua responsabilidade. Rever o Pacto Federativo significa repensar como distribuímos as tarefas entre os vários entes federados e quem paga a conta. Nós do CONASEMS estamos estimulando esse debate de maneira permanente

na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), órgão que reúne os entes federados responsáveis pela política de saúde. Temos também freqüentado outros fóruns de discussão a esse respeito, como a Comissão Especial do Pacto Federativo da Câmara dos Deputados, onde eu estive participando de uma audiência pública para defender essas ideias.

RC - Qual a proposta do CONASEMS para o financiamento da saúde, considerando a derrota do movimento Saúde+10?

FM - É unânime o reconhecimento de que a área da saúde está subfinanciada e temos necessidade de mais recursos. Ao analisar de onde podem vir mais recursos, constatamos que os entes federados municipais estão muito acima das suas obrigações. De acordo com o SIOPS (Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde), os municípios deveriam aplicar 15% dos seus recursos na área da saúde, mas estão aplicando em média no país 23%. Há uma quantidade gran-

“É unânime o reconhecimento de que a área da saúde está subfinanciada e temos necessidade de mais recursos. Ao analisar de onde podem vir mais recursos, constatamos que os entes federados municipais estão muito acima das suas obrigações.”

de de municípios que aplica acima de 30%, um verdadeiro exagero que traz enormes dificuldades aos municípios. Os entes estaduais estão acima de seu limite constitucional de 12%, mas em proporção bem menor. Só para dar um valor nominal, em 2014 os municípios aplicaram 22 bilhões de reais a mais e os estados 6 bilhões a mais. O governo federal, que tem uma fórmula para atender a Emenda 29, não chegou a aplicar nenhum bilhão a mais além dos recursos constitucionais. A realidade é que está todo mundo cumprindo a Constituição, mas faltam recursos. Temos que ver, em uma equação, quem pode contribuir mais. Acho difícil os municípios contribuírem além dos recursos adicionais já aplicados. Há também a ideia de se criar uma nova taxa para a área da saúde. Pode ser uma possibilidade, mas a reivindicação dos municípios é que se for aprovada, grande parte desses recursos se destinem já na origem aos municípios, assim como os tributos mais modernos.

RC - O governo federal criou instrumentos de pactuação entre os entes federados, como o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (Coap). Por que não houve uma adesão significativa ao Coap e o que seria mais adequado ao pacto federativo?

FM - O Coap é um instrumento importante, com uma concepção técnica adequada. Acredito que esse cenário de imprecisões das responsabilidades impediu que os entes assinassem o Coap com medo de responsabilização, inclusive do ponto de vista judicial. Eu penso que uma maneira de conduzir esse processo seja trabalharmos, como entes federados, para que não haja prosseguimento para aquilo que não estiver acordado entre todos. O Ministério da Saúde, por exemplo, se relaciona mais ou menos independente com municípios e estados, mas é preciso se tornar um órgão capaz



de promover algum equilíbrio nessas relações, interrompendo a cadeia de eventos com o ente que não assumir suas responsabilidades. Além disso, as questões da saúde são muito debatidas dentro do setor saúde, mas estamos tentando envolver os prefeitos nessa discussão. Questões como pacto federativo e financiamento da saúde são tão relevantes que se tornaram problemas dos governantes em geral. A reforma política não é só uma reforma partidária, eleitoral, é também uma reforma dos procedimentos de como gerir o estado brasileiro.

RC - Sobre a relação público privado no SUS, como o senhor avalia projetos como o do presidente da Câmara, Eduardo Cunha, que obriga o empre-

gador a financiar planos de saúde aos seus empregados?

FM - Nas sociedades modernas é importante que os estados, sejam eles socialistas, capitalistas ou de qualquer natureza, garantam as áreas socialmente mais relevantes, como educação e saúde. Essa é uma maneira moderna de enxergar as funções do estado. Precisamos sempre caminhar no sentido de reforçar o setor público, o que não significa ter um sistema de saúde necessariamente cem por cento estatal, mas com controle público no seu funcionamento cotidiano. Essa é uma questão de fundo. Eu vejo um sentido descabido na proposta de dotar todos os trabalhadores de planos de saúde, com uma responsabilização

da iniciativa privada. É como tentar imitar o sistema americano, que tem graves problemas e grandes massas de cidadãos desassistidos. Possivelmente vamos ter um cenário de planos ruins, de assistência ruim aos nossos trabalhadores. As operadoras vão ganhar dinheiro e oferecer assistência de qualidade inferior ao SUS, que embora seja criticado, teve grandes avanços do ponto de vista de acesso, de incremento de qualidade. Se o SUS tem dificuldades hoje, imagina se perder importância. Só vejo aspectos negativos em uma proposta dessa natureza.

RC - Este é o ano da XV^o Conferência Nacional de Saúde. Qual o papel do CONASEMS no estímulo à participação dos municípios?

FM - O CONASEMS tem tido uma participação ativa no sentido de estimular as secretarias municipais de saúde a promoverem as conferências municipais, Temos contribuído não só na condição de participantes, como um dos segmentos sociais da conferência, mas nos colocando como elementos patrocinadores do processo de realização das conferências. Temos diversos gargalos, o SUS chegou a um momento bastante delicado da sua existência, com várias questões a serem debatidas. Nada melhor do que termos um processo rico de conferências municipais, dada a diversidade de situações no país, para fazermos uma síntese e chegarmos na XV^o Conferência Nacional de Saúde dizendo: este é o sistema de saúde que desejamos. O SUS precisa dessa avaliação. Para a absoluta maioria e para o CONASEMS é necessário que tenhamos um sistema de saúde público universal, integral, gratuito para toda a sociedade brasileira, e que possa atender bem o cidadão em qualquer lugar onde ele esteja dentro do território nacional.

RC - O que tem sido aprimorado na relação entre CONASEMS e COSEMS?

“Questões como pacto federativo e financiamento da saúde são tão relevantes que se tornaram problemas dos governantes em geral. A reforma política não é só uma reforma partidária, eleitoral, é também uma reforma dos procedimentos de como gerir o estado brasileiro”.

FM - Os COSEMS são os braços do CONASEMS. Eu diria que sem os COSEMS seria muito difícil o CONASEMS funcionar. Temos graus de desenvolvimento diferentes em nossos COSEMS, mas todos têm crescido muito nas suas atribuições técnicas, e na capacidade de funcionamento. Uma das evidências disso é a realização cada vez mais frequente dos congressos estaduais em uma multiplicidade de estados e mesmo na articulação entre vários COSEMS. Este ano tivemos dois eventos importantíssimos: o Congresso Sul, Sudeste e Centro-oeste e o Congresso Norte e Nordeste de secretarias municipais de saúde. Esse movimento vivo de fortalecimento de cada COSEMS é também um movimento de qualificação, que vai tornando-os mais preparados para o debate sobre a saúde. Se compararmos os últimos cinco anos, veremos hoje uma estrutura muito mais consistente dos COSEMS e, conseqüentemente, das Comissões Inter-gestores Regionais e Bipartite, além do próprio CONASEMS. A coesão entre nós cresceu bastante e na condição de presidente do CONASEMS defendo com muita tranquilidade nossas posições na Tripartite, porque me sinto amparado pelo que extraímos como consenso. É importantíssimo o crescimento dos COSEMS em todo o país.

RC - Qual a sua avaliação sobre a política de formação de recursos humanos

e de valorização do trabalho no SUS?

FM - A formação de trabalhadores e o funcionamento e operação do sistema de saúde viveram nesses 25 anos de SUS um grande divórcio. Isto descumpria um preceito constitucional de que é responsabilidade do sistema de saúde direcionar a formação de profissionais de saúde no país. Um marco importante nessa questão foi o Mais Médicos, que começa a ter um sistema de regulação bastante interessante com relação à formação médica, centrado no aparelho de operação do sistema de saúde. Acredito que esse processo vai contaminar várias outras profissões da área de saúde de maneira bastante positiva, de modo que a formação de profissionais de saúde no Brasil tenha uma lógica de atender a necessidade do sistema público de saúde. Até muito recentemente a lógica não era essa, quem tinha grande peso eram as universidades. Ainda temos alguma distância do Ministério da Educação, mas acho que a tendência é uma aproximação progressiva porque é evidente que o sistema que opera e que fornece os serviços de saúde para a sociedade brasileira é que tem que dizer qual o tipo de profissional precisa. Hoje CONASEMS e Conass têm acento na maioria dos organismos que regulam esse processo e espero que permaneça desta maneira.



PARAÍBA

as revoluções do cotidiano

“Hoje eu mando um abraço pra ti, pequenina. Paraíba masculina, muié macho, sim sinhô”.

Reportagem: Janaina Braga

A letra de Humberto Teixeira, que Luiz Gonzaga tornou um clássico da música popular brasileira, vai longe de um duplo sentido. O compositor quis tecer homenagens a um Estado tão pequeno, feminino (“a” Paraíba, que com a Bahia formam os dois estados femininos do país), capaz de uma bravura que marcou a história do Brasil.



Há quem diga que a “Revolução de 30” ganha força na Paraíba, com a insurgência de João Pessoa ao conclamar Getúlio Vargas a enfrentar com armas o “voto de cabresto”, que levaria Júlio Prestes ao poder. Mesmo que as armas fossem pedras, paus, baladeiras e bодоques... “meu bодоque não quebrou”, diz a letra, respondendo à coragem de João Pessoa, assassinado em Recife.

São muitas as formas de resistência que se atualizam no cotidiano do Estado Nordeste com quase quatro milhões de habitantes e 223 municípios (dados estimados pelo IBGE em 2014). O êxito de experiências no campo da saúde pública que buscam, além da eficiência nos serviços, a humanização no atendimento é também um exercício de bravura. A carioca Mary Sanday, que há 12 anos trocou o ritmo indomável do Rio de Janeiro por João Pessoa, uma das ca-

pitais “mais verdes do Brasil”, é aluna do curso de “Cuidadores Familiares”, uma das estratégias de Educação Permanente em Saúde, idealizada pela gestão municipal na perspectiva de melhorar as condições de vida do cidadão em situação de vulnerabilidade, que vive no ambiente domiciliar e necessita de apoio e cuidados.

Mary tem foco. O seu interesse está nos idosos, um dos mais vulneráveis segmentos sociais em situação de abandono. A oportunidade de fazer o curso veio depois da perda recente da mãe, aos 90 anos, a quem ela vinha se dedicando nos últimos tempos. “Percebi no curso que muita coisa do que eu já fazia com a minha mãe, poderia ter feito de forma muito mais eficiente. Vou dar um exemplo simples: a troca de fraudas em um idoso pode ser bem mais fácil se usamos a técnica correta. O curso também traz muito conhecimento teórico e prático

que tem utilidade, além de informações sobre os serviços que a maioria da população desconhece. Descobri que a Prefeitura tem um serviço de ambulância social para atender aos idosos que precisam se deslocar para um exame, uma consulta, e não têm como fazê-lo. Tratei de espalhar a informação na minha vizinhança”.

Na formação, que chega a sua fase prática, Mary acompanha Dona Mirta, 79 anos, que vive com o marido de 81. Uma vez por semana, durante quatro horas, ela se dedica aos cuidados e às orientações à Dona Mirta (acompanhamento dos hábitos de vida diária, tais como o uso de medicação, higiene pessoal e atividades físicas reabilitadoras) e ainda reserva um tempinho para ouvir as boas histórias do seu companheiro, reminiscência de um passado de altos e baixos. Tem também a Dona Doralice, 64 anos, cadeirante, que teve um AVC, e manobra sua cadeira como



JOÃO PESSOA (CAPITAL DO ESTADO DA PARÁIBA) - 780.738 HABITANTES

Estratégia Saúde da Família – cobertura de 88,3% da população residente

Saúde da Família – 186 equipes (distribuídas em cinco Distritos Sanitários)

NASF – 34 equipes (nutricionista, educador físico, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo).

Serviço de Atenção Domiciliar - 10 equipes multiprofissionais (assistente social, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista, psicólogo e técnico de enfermagem).

Rede de Atenção Especializada:

Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO's), Centro de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa (CAISI), Laboratório Central Municipal (LACEN), Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) em DST-AIDS, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Pronto Atendimento em Saúde Mental (PASM), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST Regional).

Atendimento pré-hospitalar :

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

Rede Municipal Hospitalar:

Quatro Hospitais Públicos Municipais (ginecologia e obstetrícia, clínica pediátrica, clínica médica, cirurgias, traumatologia-ortopedia de caráter eletivo e de urgências). As demais especialidades estão distribuídas nos outros serviços da rede pública, filantrópica e privada contratada.

ninguém, cuida de todos os afazeres domésticos. Ela adora conversar e ler a Bíblia. Mary passa lá para ouvi-la, por conta própria, não a acompanha pelo programa. “Você chega na casa dessas pessoas, começa a fazer parte da intimidade delas, é natural que o primeiro momento seja de desconfiança, depois vem o vínculo. Hoje, não tem coisa melhor que receber um sorriso da minha “velhinha” quando venho chegando à casa dela. A diferença acontece na vida delas e na minha, já vejo as pessoas com outros olhos”.

Segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, a Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta uma cobertura crescente, correspondendo a 88,3% da população

residente. O “Cuidadores Familiares” é um dos programas que busca criar atalhos para que a população acesse mais facilmente os serviços do Estado, tal como acontece com o “Consultório na Rua”, um outro programa que atende à população em situação de rua ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde, por meio da rede de serviços. Atualmente, o “Consultório na Rua” conta com quatro equipes compostas por psicólogo, enfermeiro, assistente social e agentes sociais.

Nesse intuito de levar a Atenção Básica aos espaços públicos, a gestão vem também promovendo a implantação de polos da “Academia da Saúde”, disponibilizando à população espaço físico dotado de equi-

pamentos, estrutura e profissionais qualificados, com o objetivo de contribuir para a promoção da saúde através da prática de atividades físicas e a produção do cuidado e de modos de vida saudáveis.

“Para garantir saúde pública de qualidade a toda a população, uma das principais estratégias adotadas pela nossa gestão é a Educação Permanente em Saúde. Nesse sentido, compreendemos que constituir a Rede Municipal de Saúde como um “lugar que cuida”, um lugar de aprendizagem coletiva, de resignificação de práticas e constituição de sujeitos é o desafio que está colocado”, afirma a secretária de Saúde do Município de João Pessoa, Mônica Rocha Rodrigues Alves.

“Compreendemos que constituir a Rede Municipal de Saúde como um “lugar que cuida”, um lugar de aprendizagem coletiva, de resignificação de práticas e constituição de sujeitos é o desafio que está colocado”.

Mônica Rocha Rodrigues Alves, secretária municipal de Saúde de João Pessoa

Serra Branca

Um município de pouco mais de 13 mil habitantes, localizado no Cariri Ocidental, uma das regiões mais áridas e pobres do Estado da Paraíba. Serra Branca vai enfrentando os desafios de saúde pública, comuns a grande parte dos municípios brasileiros, investindo na qualificação e capacitação dos trabalhadores da saúde. “O divisor de águas no comportamento de todo o sistema de saúde local, levando à obtenção de resultados em curto, médio e longo prazo, tanto em indicadores institucionais de saúde, quanto político-administrativos, acontece com a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)”, avalia o secretário Municipal de Saúde, Marcelo Jackson Dinoá Almeida.

O NASF Cariri chega ao município com o objetivo principal de apoiar a gestão na construção de uma plataforma própria de processo de trabalho,

amparada por um diagnóstico epidemiológico detalhado e minucioso envolvendo outras áreas e outros setores como Educação e Ação Social, com o perfil fortemente marcado pelo aspecto técnico-pedagógico (matriciamento) e nivelamento de saberes interdisciplinares para apoiar as ESF. Serra Branca pretendia se cercar de uma rede de cuidados que superasse a lógica fragmentada da saúde, para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma co-responsabilizada com a ESF.

O núcleo enfrentou resistências na sua chegada. Como toda mudança que mexe com comportamento, com rotinas já cristalizadas, o NASF foi visto com desconfiança por usuários e trabalhadores da saúde. Fernanda Rodrigues, psicóloga e integrante da equipe que implantou o programa em Serra Branca, teve de superar, além das limitações recor-



SERRA BRANCA (LOCALIZADO NO CARIRI OCIDENTAL) – 13 MIL HABITANTES

Estratégia Saúde da Família – 5

(3 de perfil urbano e rural e 2 de perfil eminentemente rural)

NASF – uma equipe tipo I

(enfermeiro, farmacêutico, nutricionista, educador físico, fisioterapeuta, psicólogo).

Rede de Atenção Especializada:

Policlínica (clínica de fisioterapia/acupuntura, psicologia, nutrição, fonoaudiologia, psicopedagogia, pediatria, otorrinolaringologia, ginecologia, ortopedia, urologia, dermatologia, reumatologia, cardiologia e endocrinologia e laboratório de análises clínicas). Faz parte do CISCO (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Cariri Ocidental) que atende diversas especialidades médicas como psiquiatria, gastroenterologia, proctologia, oftalmologia e dá acesso a exames médicos complementares como: eletroencefalograma, ultrassonografia, endoscopia digestiva alta, pequenas cirurgias dermatológicas com biópsia.

Atendimento pré-hospitalar:

Uma base descentralizada do SAMU regional com sede em Monteiro (distante 72 km)

Rede Municipal Hospitalar:

Hospital Geral e Maternidade com 56 leitos, centro cirúrgico com duas salas, sala de recuperação anestésica, sala de parto com incubadora, berço aquecido com fototerapia, centro de diagnóstico por imagem (RX e ultrassonografias), realização de eletrocardiograma, laboratório 24 horas/dia.

“Eu destacaria que sem a decisão político-administrativa de investir no trabalhador da saúde para buscar os melhores resultados, não seria possível conquistar em tão pouco tempo os avanços em saúde no município de Serra Branca”.

Marcelo Jackson Dinoá Almeida, secretário municipal de Saúde

rentes de uma formação acadêmica generalista, que não apresenta aos profissionais a complexidade do sistema público de saúde, a descrença de usuários e trabalhadores. “Imagine que a equipe multidisciplinar do núcleo passou, logo no início, três meses só estudando, participando de uma formação para conhecer a história da saúde pública até a implantação em 2008 desse programa, traçando um diagnóstico epidemiológico do município até chegar a um momento de aproximação e de escuta com os que estão na Atenção Básica”, resgata Fernanda.

A equipe constatou facilmente que não havia comunicação eficiente entre, por exemplo, os médicos da Atenção Básica e os que estavam nos Centros de Especialidades, aliás, o desconhecimento em relação à logística geral do município era imenso, o que comprometia qualquer trabalho de gestão em saúde. Nesse sentido, o matriciamento oferecido à ESF se baseou em duas estratégias: primeiro, o apoio à ampliação da clínica e, segundo, o aumento da capacidade de intervenção/resolutividade (meta de 85%) das necessidades apresentadas, favorecendo a interlocução na rede de saúde e a construção dialogada.

A meta de resolutividade a ser alcançada passava pelo atendimento compartilhado entre profissionais e serviços diferentes, pela participação em discussões de projetos terapêuticos, pelo debate de temas prevalentes e a análise de estratégias para lidar com demandas reprimidas, rompendo com a não responsabilização dos profissionais da equipe de referência. Fernanda observa que o número de encaminhamentos para outras especialidades fora da Atenção Básica

diminuíram consideravelmente e o fortalecimento destes serviços prestados nas unidades básicas de saúde proporcionou à população acompanhada a criação de vínculos de co-responsabilidade.

Em síntese, o NASF é o elemento interlocutor entre os profissionais que atuam na ESF e os que estão na gestão, articulando os conhecimentos das práticas em saúde coletiva, o financiamento, o controle social e a transparência na prestação de contas à população, o planejamento de saúde e a incorporação tecnológica. Podemos pensar em um trabalho de desconstrução de metodologias tradicionais de cuidados, que se consolidou em cinco anos, apostando nas práticas integrativas que envolvem inclusive a oferta de novas modalidades/possibilidades de cuidado no âmbito coletivo e individual, cuidados estes realizados através da Terapia Comunitária Integrativa, o Cuidando do Cuidador, a Acupuntura e a Auriculoterapia.

“Hoje, em 2015, reconhecemos que muito foi realizado, que mudanças significativas ocorreram na gestão, na dinâmica das unidades, no vínculo com a comunidade, na formação destes trabalhadores, porém a inquietação de ir mais longe permanece... Eu destacaria que sem a decisão político-administrativa de investir no trabalhador da saúde para buscar os melhores resultados, não seria possível conquistar em tão pouco tempo os avanços em saúde no município de Serra Branca”, sintetiza o secretário Marcelo Jackson, ao destacar que a experiência vem sendo compartilhada, a exemplo da apresentação feita para 30 municípios do Estado da Paraíba.



CATOLÉ DO ROCHA – 30 MIL HABITANTES

14 unidades básicas de saúde e uma unidade da academia da saúde

Rede de Atenção Especializada

1 centro de saúde de média complexidade, 1 unidade do CAPS, três laboratórios e 1 CEO

Atendimento pré-hospitalar

1 base do SAMU com duas ambulâncias


Rede Municipal Hospitalar

1 hospital regional e 1 infantil



“Eu entendo que a humanização no atendimento deve vir em primeiro plano. Quem procura uma unidade de saúde já vem com uma carga grande de sofrimento, se não encontra acolhimento a situação só piora”.

*Paulina Maria de A. Maia,
secretária municipal de saúde de Catolé do Rocha*



“É preciso estar sensível ao sofrimento das pessoas, especialmente as de baixa renda e escolaridade”.

Francisco Félix, clínico geral e médico da ESF de Catolé do Rocha

Católé do Rocha

O último censo do IBGE estima que a população de Catolé do Rocha chegue a quase 30 mil habitantes. O município do Sertão Paraibano de nome curioso foi assim batizado da junção do sobrenome de seu fundador, o tenente-coronel Francisco da Rocha Oliveira, e Catolé, pela existência de muitas palmeiras na região denominada “Coco Catolé”. A psicóloga e sanitarista Paulina Maria de A. Maia conhece cada palmo da rede de saúde do município, ela que está à frente da Secretária de Saúde há algumas gestões. A sua meta é melhorar toda a Rede de Atenção à Saúde de Catolé, que hoje conta com 50% de suas unidades em instalações próprias e a outra metade ainda funcionando de maneira inadequada, mas em processo de reformulação, sendo reequipadas e reconstruídas.

Em 2015, o município mantém em sua rede 14 unidades básicas, um centro de saúde de média complexidade, uma unidade do CAPs, uma base do SAMU com duas ambulâncias, uma unidade da Academia da Saúde e outra em construção, um Hospital Regional e um Infantil. Atualmente, cinco novas unidades estão sendo construídas, dentro dos padrões da Vigilância Sani-

tária e da ANVISA, todas bem estruturadas, com a preocupação de trazer ao atendimento equidade e humanidade. “Eu entendo que a humanização no atendimento deve vir em primeiro plano. Quem procura uma unidade de saúde já vem com uma carga grande de sofrimento, se não encontra acolhimento a situação só piora”, observa a gestora, que acompanha passo a passo as cinco novas construções em andamento no município.

As equipes multiprofissionais da área da saúde reúnem 305 profissionais entre médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, fonoaudiólogos e fisioterapeutas. A população local pode ainda ser atendida por 12 especialidades médicas, três laboratórios e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). O serviço de mamografia da cidade é considerado um dos melhores do Estado e um dos cinco laboratórios de citologia se localiza ali. Catolé do Rocha faz parte da 8ª Gerência Regional de Saúde, junto com outros dez municípios.

Em 1989, a rede de saúde do município não contava com serviços próprios. “Tudo foi levantado com muito

esforço e o entendimento de que é possível, se for uma prioridade. Não tem fórmula: é vontade política, amor à causa e ao próximo e compromisso consigo mesmo”, atesta a veterana gestora, ressaltando que “em Catolé do Rocha, os recursos da saúde são da saúde, não se misturam com outros setores a exemplo da ação social. É por isso que temos índices de “primeiro mundo”, como a mortalidade infantil no município que é de 16 por mil habitantes.”

O clínico geral, médico do PSF, Francisco Félix, conhece bem a realidade da população de Catolé do Rocha. “É preciso estar sensível ao sofrimento das pessoas, especialmente as de baixa renda e escolaridade”, observa o médico, que vê um avanço substancial na qualidade da Atenção Básica e aposta na qualificação das equipes do PSF para garantir um atendimento mais humanizado.

A gestão tem como metas para os próximos anos concluir as obras, buscar novos investimentos e ter funcionando um CAPs infantil e uma casa de acolhimento a adolescentes dependentes químicos. Uma aposta no futuro.

COSEMS-PB: a voz dos municípios



Era fevereiro de 2013 quando Soraya Galdino de Araújo assumiu a presidência do Cosems/PB. Um ano desafiador para um trabalho que se iniciava tendo como objetivo qualificar a gestão nos municípios paraibanos, já que havia uma grande renovação em função das eleições do ano anterior e o SUS vinha sofrendo intensas modificações com a tramitação de Decretos, regulamentações de Leis, que implicavam em impactos diretos nas gestões municipais.

“Nossa diretoria, então, começou a definir as prioridades com foco no acolhimento aos novos gestores e na ampliação da atuação do Cosems em todas as regiões de saúde da Paraíba. Nossa principal conquista tem sido justamente o crescimento da participação dos municípios no processo decisório do SUS, que passa diretamente pelo Cosems, e essa tem sido nossa maior contribuição para o fortalecimento da regionalização, pois implica diretamente no fortalecimento das Comissões Intergestoras Regionais”, avalia Soraya.

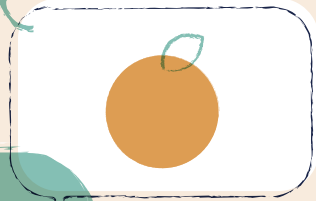
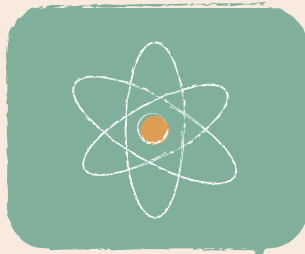
Com base nas redes de atenção à saúde, o Cosems/PB tem trabalhado uma estratégia de planejamento regional, disponibilizando apoiadores, inicialmente nas quatro macrorregiões da Paraíba, mas com o objetivo de chegar a um apoiador por região de saúde.

O Cosems/PB hoje integra o Comitê Estadual do Fórum Nacional da Saúde do Conselho Nacional de

Justiça (CNJ) e tem ampliado a participação da Paraíba nas instâncias de discussões nacionais, a exemplo do XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde do CONASEMS, realizado no Espírito Santo, em 2014, que reuniu 176 secretários de saúde do Estado. Os principais desafios para os gestores do SUS têm sido tema de debates permanentes promovidos pela diretoria, com a presença de especialistas. Discussões que passam pela judicialização da saúde, a qualificação, as mudanças na legislação, o financiamento.

Os desafios a serem enfrentados são gigantescos. O sub-financiamento, a baixa participação popular, a dificuldade de interlocução com setores como a imprensa e o judiciário, o envelhecimento populacional que exige uma nova perspectiva de cuidados, a ainda baixa capacidade de resolução dos problemas da saúde no âmbito da Atenção Básica são alguns dos pontos enumerados pela secretária.

Para além das dificuldades, a diretoria do Cosems PB reúne representantes que são defensores entusiastas do SUS. “Temos um sistema de saúde com uma proposta espetacular, que traz em seu DNA a dignidade, a solidariedade e o respeito que todos nós, brasileiros e brasileiras, desejamos. Por isso lutamos com muito prazer e com muita honra pela implementação do SUS”, conclui Soraya.



Saúde é **pauta** no Congresso



Reportagem: Tarciano Ricarto
Colaboração: Alessandra Giseli Matias

De olho num dos temas mais relevantes para os brasileiros, a Câmara dos Deputados se debruça na atual legislatura sobre uma infinidade de matérias diretamente relacionadas à saúde ou correlatas a ela. O assunto está pulverizado dentro do trabalho legislativo sob diversas nuances, que vão da tramitação regimental de simples propostas à criação de espaços de debate formalmente constituídos para discutir a saúde.

Existem em funcionamento na Câmara atualmente uma comissão especial que discute e compila todas as propostas referentes ao Pacto Federativo; quatro subcomissões instaladas já este ano para tratar de temas da saúde, como carreira médica, política de assistência à população negra e organização e financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS); uma comissão parlamentar de inquérito (CPI) que investiga esquema criminoso na área de órteses e próteses no Brasil; e uma comissão especial que analisa um projeto de lei complementar – o PLP 251/05 – que aumenta o percentual legal de gastos municipais com pessoal da saúde.

Considerando que este ano as comissões só foram instaladas a partir de março, é possível aferir que o ritmo e a proporção desses trabalhos que têm a saúde como foco ganharam vulto em apenas três meses. Foram ações parlamentares que se voltaram à realização de audiências públicas e de debates in-

ternos, sejam nas comissões especiais, nas subcomissões ou nas comissões permanentes incumbidas de analisar o mérito das mais diversas matérias – algumas delas há muito tempo na Câmara.

O PLP 251/05, apresentado há dez anos, é um desses exemplos cuja tramitação em 2015 avança na Câmara. A matéria versa sobre a possibilidade de aumentar o limite estabelecido pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) para os gastos municipais e estaduais com pessoal da saúde, e o parecer sobre a proposta, segundo o cronograma de trabalho da comissão, deveria ser apresentado e votado até o fim de junho.



“O limite legal estabelecido na LRF está muito abaixo do necessário para a saúde”

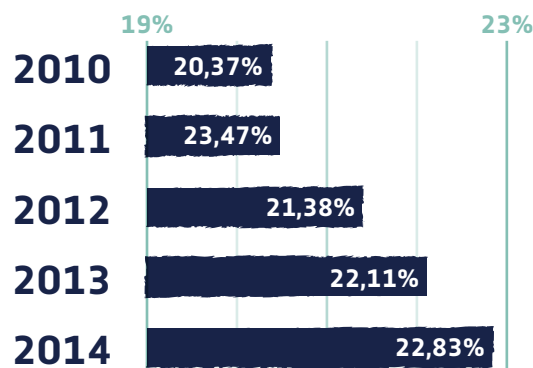


O presidente do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Fernando Monti, pontua que se trata de uma discussão muito relevante para gestores e usuários do SUS. “A proposta que trata do gasto com pessoal é importante não apenas porque a saúde é uma questão vital para o cidadão, mas sobretudo pela natureza do setor saúde, que é uma área ‘pessoal-dependente’. Ou seja, para fazer serviço de saúde, é preciso ter gente, diferentemente de outras áreas, em que é possível substituir pessoas, por exemplo, por processos de automação tecnológica”, explica.

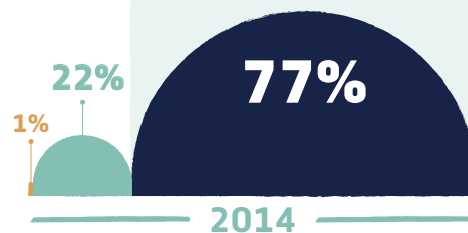
O projeto em questão propõe mudar o limite de gasto dos municípios com pessoal previsto na Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que é de 54% da receita corrente líquida. Embora haja a definição do limite, não há distinção das áreas para as quais os recursos são direcionados, ficando a saúde no mesmo bolo dos gastos de pessoal das demais áreas.

Para o presidente do CONASEMS, o limite legal estabelecido está muito abaixo do necessário para a saúde. “Isso porque o gasto com pessoal entra de maneira muito relevante na conta dos gastos com saúde, muito além dos limites estipulados, então, é bastante coerente que a gente tenha um tratamento diferenciado por causa da nossa natureza”, argumenta.

Consolidado Aplicação % EC 29 - Esfera Municipal



Recursos Aplicados Acima do Mínimo - Exercício de 2014



- 1% 0,3 Bilhões - União
- 22% 6,3 Bilhões - Estados
- 77% 22,5 Bilhões - Municípios

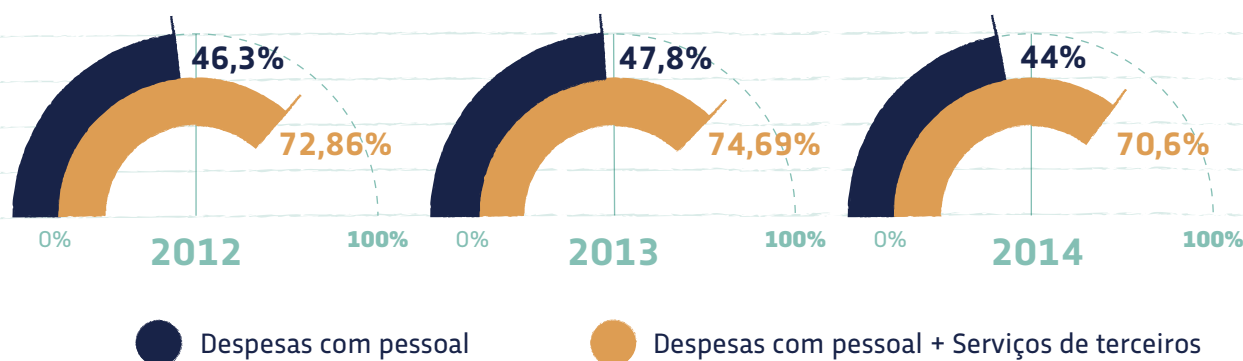
“Quando a gente coloca as pessoas em quantidade e qualidade adequadas para que a saúde funcione, a conta não fecha com a Lei de Responsabilidade Fiscal. Por isso, espero que a Câmara tenha sensibilidade a essa questão e faça uma regra à parte”, completa.

A mudança mais relevante presente no Projeto de Lei Complementar 251/05 é excluir as despesas com pessoal da saúde do montante gasto com os demais servidores municipais e incluí-las numa nova regra: será possível gastar com pessoal 75% sobre o total de recursos destinados à saúde, conforme o que define a Lei Complementar 141/12, que regulamen-

tou a Emenda Constitucional 29. De acordo com dados do Ministério da Saúde (MS), atualmente, mais da metade dos municípios brasileiros estão acima do limite legal de gastos com pessoal.

Uma nota técnica do Ministério da Saúde para subsidiar os trabalhos da comissão que analisa o PLP faz um apanhado do que o município gasta com pessoal da saúde com relação à despesa total dessa área. Além disso, inclui como dado relevante a despesa com serviços de terceiros em saúde, para que seja possível mensurar de maneira real toda a despesa municipal com sua força de trabalho na saúde.

Despesa com pessoal em relação à despesa total com Saúde nos Municípios:



A tabela mostra que os municípios, se consideradas as despesas com terceirizados, gastaram com pessoal nos últimos três anos índices acima de 70% da sua despesa total com saúde: 72,86%, em 2012; 74,69%, em 2013; e 70,6%, em 2014. A nota técnica aponta ainda outro dado revelador: atualmente, 27,7% dos municípios brasileiros já ultrapassam os 75% dos gastos com pessoal, incluindo os servidores terceirizados, em relação à despesa total da área.

Ou seja, mesmo se o PLP for aprovado, muito embora ele resolvesse a questão legal para a maioria dos municípios, mais de um quarto dos gestores municipais continuariam gastando com pessoal recursos em patamar maior do que a lei preconizaria. “No Brasil, a gente tem mais da metade dos municípios acima do limite atual; e mesmo considerando os 75%, que melhoraria muito a situação, ainda assim haveria municípios acima desse percentual”, afirmou Heider Pinto, secretário de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde do Ministério da Saúde, durante audiência na Câmara, em que detalhou as informações da nota técnica.

Para o relator da matéria na comissão especial, deputado Roberto Britto (PP-BA), é consenso na Casa e entre todos os que militam na área de saúde que é urgente encontrar um denominador comum dentro da distribuição das receitas para pessoal na saúde – uma discussão que, segundo ele, adentra também a questão do pacto federativo. “O pacto federativo se faz urgente para que receitas e despesas possam ser repactuadas com estados e União. O que vemos atualmente é que a União é mestra na elaboração de programas e na doação, se assim podemos dizer, de vários equipamentos públicos, mas que, de repente, podem significar verdadeiros elefantes brancos”, disse o relator, ao fazer referência à contratação de pessoal que sempre recai financeiramente sobre os municípios.



Serviço

A Câmara dos Deputados dispõe na internet de um espaço interativo voltado ao cidadão que deseja debater com os parlamentares assuntos que estão na pauta da Casa. Para participar das discussões, acesse o e-Democracia:



<http://edemocracia.camara.gov.br/>

Caso esteja interessado em saber como foram todos os debates relacionados ao financiamento, à reestruturação e à organização do Sistema Único de Saúde, ocorridos na Câmara em 2011, ano que antecedeu a regulamentação da EC 29, por meio da Lei Complementar 141/12, acesse:



<http://edemocracia.camara.gov.br/web/sus/inicio>

Quatro Subcomissões discutem temas de saúde na Câmara

A Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara criou recentemente, no âmbito do próprio colegiado, quatro subcomissões para discutir temas relacionados à saúde. Uma dessas subcomissões terá caráter definitivo e estará incumbida de acompanhar, fiscalizar e propor ações relativas à saúde. Trata-se da Subcomissão Permanente da Saúde.

As outras três, de caráter provisório, abordarão temas pontuais. São elas: a Subcomissão Especial

destinada a tratar da Reestruturação da Organização, Funcionamento e Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS); a Subcomissão Especial para tratar das políticas de Assistência Social e Saúde da População Negra do País; e a Subcomissão Especial para tratar da Carreira Médica. Essas duas últimas também funcionaram em caráter provisório no ano de 2014.

Veja os temas abordados nessas subcomissões:

Subcomissão Permanente

O deputado Odorico Monteiro (PT-CE), ex-presidente do CONASEMS, foi o autor do requerimento que pediu a criação da Subcomissão Permanente da Saúde. Depois de instalada, ele foi conduzido à presidência da subcomissão. Segundo o parlamentar, um dos pontos que vai orientar os trabalhos do colegiado é traçar um planejamento nacional da saúde, trabalhando a possibilidade, inclusive, de estabelecer um Plano Decenal da Saúde em formato de lei. “Defendo que o Plano Decenal da Saúde seja uma lei, para que a gente possa ter a harmonia e a coerência interna dos planos municipais e estaduais em cima de uma lei”, explicou Odorico. Outra ideia é discutir dentro da subcomissão a organização interferativa do SUS.

População Negra

Sobre a subcomissão que trata de políticas de saúde para a população negra, a deputada Benedita da Silva (PT-RJ), presidente do colegiado, explica que a iniciativa faz parte de um compromisso de colocar na pauta da Comissão de Seguridade Social questões relacionadas aos cidadãos negros. A ideia é buscar junto ao Ministério da Saúde todas as informações acumuladas sobre o tema; enriquecer o debate em parceria com a Secretaria de Política de Promoção da Igualdade Social; e propor em nível legislativo matérias que venham facilitar o acesso de cidadãos negros ao SUS em questões que são de caráter mais específico dessa população.



Financiamento do SUS

O deputado Osmar Terra (PMDB-RS), presidente da subcomissão especial que tratará da reestruturação, organização e funcionamento do SUS, avaliou durante a instalação da comissão que o país chegou ao limite de uma indefinição sobre a questão do financiamento da saúde. “Minha ideia é fazer o impossível para que tenhamos resultados concretos. O que a gente está vendo aí é que, com a crise da economia, o orçamento de municípios e estados está murchando (...) Estamos chegando ao limite do limite do limite”, afirmou Osmar Terra, que também é presidente da Frente Nacional da Saúde na Câmara

Carreira Médica

O objetivo dessa subcomissão é apresentar até julho deste ano um parecer preliminar sobre a carreira médica. De acordo com o presidente da subcomissão, Luiz Henrique Mandetta (DEM-RS), o colegiado está trabalhando em três dimensões. Uma delas analisa a graduação médica: qual o número de faculdades de medicina, como é a grade curricular dos cursos, qual o nível de interação deles com o SUS, número de médicos formados, dentre outros. Num outro aspecto, a subcomissão fará a análise da pós-graduação e a terceira dimensão vai avaliar a entrada do profissional no mercado, envolvendo carreira, concurso público, inserção do médico na atenção básica e nas especialidades. Cada uma desses três temas tem relatores setoriais que apresentarão pareceres separados, que depois serão compilados num relatório-geral da subcomissão.



Para acompanhar o trabalho dessas subcomissões, acesse:
http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/conheca-a-comissao/copy_of_subcomissoes

Projetos podem comprometer direito à saúde



Ao mesmo tempo em que o Parlamento trabalha e amplifica o apelo social por um Sistema Único de Saúde (SUS) de mais qualidade, o Legislativo também se torna mensageiro de retrocessos promovidos contra a saúde pública. Um exemplo é a Proposta de Emenda à Constituição 451/14, de autoria do deputado Eduardo Cunha (PMDB-RJ), presidente da Câmara.

A proposta altera o art. 7º da Constituição, inserindo novo inciso ao texto, obrigando todos os empregadores brasileiros a garantirem aos seus empregados serviços de assistência à saúde, ou seja, planos de saúde particulares. Estão fora desse rol de “beneficiados” os trabalhadores domésticos.

“se for aprovada, os trabalhadores terão à disposição planos de baixíssima qualidade”

Os críticos da iniciativa avaliam que a PEC é um golpe certo contra o SUS, pois rompe com o princípio consagrado na Constituição de 1988, segundo o qual a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, com acesso universal e igualitário a todos os usuários.

“É uma proposta ruim travestida de uma imagem boa. A PEC é ruim porque, se for aprovada, os trabalhadores terão à disposição planos de baixíssima qualidade, já que nem todas as empresas terão condições de oferecer algo melhor, nivelando por baixo essa prestação de saúde, o que por si só já é um desserviço ao país. Segundo – e mais grave – essa mudança vai passar a ideia de que todos já estão cobertos, ou seja, prevalecerá o entendimento de que o SUS não precisa mais ser cuidado”, avalia o presidente do CONASEMS, Fernando Monti.

Em suma, a PEC 451 elimina o direito à saúde previsto na Constituição, ao instituir que é direito fundamental do trabalhador a assistência médica e que é dever do empregador provê-la.

Essa proposta se soma a um conjunto de outras iniciativas parlamentares que também podem ser prejudiciais ao SUS. A mais recente foi a promulgação da Emenda Constitucional 86/15, que instituiu o orçamento impositivo e mudou as regras para o financiamento da saúde pela União. Estabeleceu 15% das receitas correntes líquidas (em cinco anos), desmerecendo o apelo de todo o movimento Saúde+10, que reivindicava 10% das receitas correntes brutas da União, conforme proposto pelo projeto de lei de iniciativa popular entregue à Câmara.

Outra medida polêmica promovida pelo Legislativo foi aprovar a Lei 13.019/14, que abre ao capital estrangeiro a possibilidade de prestar serviços de assistência à saúde no Brasil. O artigo 142 da lei está sendo questionado na Justiça por entidades que defendem o SUS porque, segundo eles, se contrapõe à vedação constitucional do art. 199, § 3º, que proíbe tal participação por ser antagônica à definição da saúde como direito público.

A proposta de criação de uma comissão parlamentar de inquérito (CPI) na Câmara para investigar práticas abusivas das empresas e instituições privadas de planos de saúde também é alvo de disputa. Isto porque o presidente da Casa, Eduardo Cunha, negou pedido protocolado na Secretaria Geral da Mesa da Câmara, com a assinatura de 188 parlamentares, para criar a CPI. A decisão está sendo questionada no Supremo Tribunal Federal (STF) pelo PSOL-SP, que impetrou mandado de segurança (MS 33544) para que seja determinada a instauração da CPI dos Planos de Saúde.



É tempo de resistência

Reportagem: Silvia Bessa

A 15ª Conferência Nacional de Saúde está em curso. As etapas municipais envolvem por todo o País milhares de usuários, trabalhadores e gestores que discutem o tema "Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas: Direito do Povo Brasileiro".

Unidades de atenção básica, escolas, igrejas, centros comunitários, auditórios abrigam fóruns preparatórios, espaços de estímulo ao pensamento crítico que engendra as bases para uma participação ativa no encontro municipal. Ali, a tarefa posta é a elaboração coletiva de um diagnóstico da saúde local e o levantamento de propostas que colaborem com os desafios lançados há 27 anos pelo SUS, além da eleição de delegados para a etapa estadual.

Para o médico sanitarista Paulo Dantas, esse é um momento fundamental para o êxito da etapa final da conferência, agendado para o período de 1 a 4 de dezembro em Brasília. Assessor do COSEMS-PE e integrante do Conselho Honorífico do CONASEMS, ele enfatiza que é nas etapas municipais que acontece

“... prefeitos e secretários não devem temer uma conferência, mas compreendê-la como este espaço de diálogo e proposições, não apenas com a prefeitura, mas com o conjunto da sociedade”.

Paulo Capel, professor titular da USP

o maior envolvimento da sociedade civil organizada na discussão crítica do “SUS real”, no território onde são ofertados as ações e serviços de assistência integral à saúde.

As contribuições que chegam das diversas percepções enriquecem o debate, acredita Paulo Dantas, e ajudam a compreender os fatores determinantes da situação de saúde da população e as práticas de assistência à saúde. Mais do que isso, a contribuição dos usuários estabelece conexões de causa e consequência entre a saúde e as políticas públicas das três esferas de governo no campo do desenvolvimento econômico e social.

Para ele, o foco deve estar além da quantidade e da representação tanto de setores organizados quanto de segmentos tradicionalmente excluídos. “O desafio atual é a mobilização consciente desses atores para vir contribuir com seus conhecimentos, saberes, em diálogo respeitoso com o pensar do outro”.

O professor Titular Paulo Capel, da Faculdade de Saúde Pública da USP, também sublinha o papel estratégico dos municípios no processo de construção de uma conferência nacional de saúde. “A rigor, tudo o que se decide na etapa nacional tem origem no município. Nada começa na etapa nacional, tudo começa no município. As diretrizes e propostas nascem, por assim dizer, em cada conferência

municipal de saúde. Sem os municípios, simplesmente não há conferência de saúde. Por essa razão, é grande a responsabilidade dos gestores, conselheiros e participantes dessas conferências, pois partem deles todas as proposições”, explica.

É importante, portanto, que as conferências municipais de saúde sejam amplas, bem organizadas, participativas, democráticas, que garantam as vontades das maiorias, mas que saibam respeitar as minorias, incluindo-as. “É decisivo, para viabilizar isto, que os gestores municipais compreendam que a responsabilidade de organizar as conferências é deles, mas as conferências pertencem à sociedade e não à Prefeitura”, alerta Capel.

Ele, que já fez quase tudo em conferências de saúde – colaborou na organização, participou de mesas, proferiu palestras, foi relator e delegado – e hoje na academia tem as conferências como objeto de pesquisa, constata que equivocadamente alguns prefeitos e secretários de saúde consideram que as conferências são algo parecido com alguma grande reunião técnica da pasta, que precisa ser controlada por eles. “Uma conferência municipal de saúde deve se ocupar de tudo que se relacione com a saúde naquele território e, como um ator coletivo que é, dialogar com o Estado e com a sociedade sobre esses temas. Por isso, prefeitos e secretários não devem temer uma conferência, mas compreendê-la como este espaço de diálogo e proposições, não apenas com a prefeitura, mas com o conjunto da sociedade”, explica.

O envolvimento direto dos gestores nas etapas municipais da conferência é uma das recomendações elencadas na nota técnica do CONASEMS lançada em abril deste ano. O documento apresenta sugestões, esclarece dúvidas recorrentes, traz um passo-a-passo da organização necessária e discorre sobre cada um dos oito eixos temáticos definidos pelo Conselho Nacional de Saúde para nortear o debate na 15ª CNS.

Sobre a participação dos gestores, o documento assinala que compromisso vai além da presença nos debates e da garantia do funcionamento das instâncias deliberativas, passa por “apoiar e fortalecer estes espaços por meio de capacitação de conselheiros; divulgar a importância destas instâncias; despertar o interesse de novos atores na busca por renovação de representações e da ampliação da escuta; esclarecer o papel dos conselhos e conferências assinalando que, mesmo diante de conflitos e disputas naturais nestes espaços, embates políticos

partidários não devem impedir as decisões necessárias ao bom andamento da saúde”.

A nota considera que as etapas municipais não podem ser vistas apenas como um evento comemorativo com o fim em si mesmo, mas “como um processo contínuo e que deve envolver de forma ampla todos os brasileiros”. Denise Rinehart, assessora técnica do CONASEMS e organizadora do documento ao lado de Marcos da Silveira Franco, está otimista quanto a ampla participação popular na conferência deste ano. Ela destaca que o tema eleito para a conferência evita expressões do jargão da saúde e dialoga, assim, com o sujeito comum, usuário do SUS. “São palavras de ordem positiva. Qualquer um consegue se enxergar na questão. Não é só a visão do perito de saúde, do hospital, é mais amplo, permite discutir promoção da saúde. Dá pra imaginar segmentos historicamente excluídos inseridos no debate”, afirma.

Denise tem percorrido o País ministrando oficinas sobre as etapas da conferência. Ela esclarece que as etapas municipais da Conferência Nacional são distintas da Conferência Municipal de Saúde. “As etapas municipais acontecem no terceiro ano da administração. A outra, no primeiro ano da gestão e tem como objetivo colher a opinião para construção do plano plurianual, para servir de base para a política pública da área. Este momento que vivenciamos agora tem o objetivo de encaminhar propostas para as outras esferas de governo. Discutir problemas e encaminhar soluções entre os três entes que compõem o SUS. É um momento para partilhar essa responsabilidade”, explica.

Esse modelo de gestão da saúde que periodicamente realiza conferências de saúde para analisar a situação setorial e fazer proposições para superar dificuldades é, segundo Paulo Capel, uma invenção brasileira. “O País inova, inclusive, ao se ocupar de problemas de saúde indo de modo geral muito além dos problemas do que se convencionou denominar “setor de saúde”, pois os debates e as propostas que os delegados aprovam se referem tanto às questões da organização setorial, à assistência propriamente dita, quanto às questões que dizem respeito ao conceito ampliado de saúde, e que coloca no plano das ações de interesse da saúde todo o conjunto de determinantes que abarca o ambiente físico e social, os ambientes de trabalho, o modo como a terra é utilizada para produzir alimentos e como é ocupada em nossos ambientes urbanos, dentre tantos outros aspectos”, elogia.



Em defesa do SUS

Eri Medeiros, conselheiro nacional de saúde representante do CONASEMS e integrante da comissão organizadora da 15ª CNS, acredita que a mobilização da comunidade é fundamental para que a sociedade brasileira responda à altura os problemas que se apresentam. Ele descreve um cenário de crise: “há um ambiente quase hostil entre os pilares de nossas estruturas governamentais, estamos sob o risco de agenda conservadora, ameaças nas conquistas sociais, trabalhistas e quase um desfiguramento das nossas propostas de um sistema universal”.

Paulo Dantas avalia que o SUS passa, de fato, por uma encruzilhada histórica. “A crise crônica e sistêmica do capitalismo mundial atinge na fase atual com mais força os países em desenvolvimento. No Brasil, isso se reflete nos últimos quatro anos com o baixo crescimento econômico atingindo, principalmente, o orçamento das famílias dos trabalhadores. A saída da crise está em disputa com projetos

econômicos e políticos antagônicos. No momento, as forças que defendem a redução drástica dos gastos públicos estão na ofensiva, propondo cortes no financiamento das políticas sociais”, diz.

Ele cita, por exemplo, a PEC 451, de 2014, de autoria do deputado Eduardo Cunha (PMDB), hoje presidente da Câmara Federal. O projeto que tramita no Congresso Nacional obriga todos os empregadores brasileiros a garantirem aos seus empregados serviços de assistência curativa à saúde, através de planos de saúde privados. “Um terrível retrocesso à época do Inamps, da ditadura, com distinção entre cidadãos trabalhadores com vínculo de emprego e os sem vínculo, aposentados, empregados domésticos. E redução da assistência à saúde a práticas curativas. É tiro fatal no SUS”, alerta.

O gaúcho Eri Medeiros e o pernambucano Paulo Dantas, ambos

ex-presidentes do CONASEMS, e que militam na área da saúde desde a década de 1980, concordam que a saída para esse momento de ameaça está na mobilização e pressão política. O primeiro conclui: “o Estado existe para servir às pessoas. É nesse sentido que temos que avançar, ainda mais. Participar, propor, monitorar e avaliar as políticas públicas em contraposição a este aparato oficial, autoritário e centralizador”.

“O SUS só sai dessa encruzilhada tomando o caminho do seu avanço e desenvolvimento com a mobilização e participação dos trabalhadores, dos profissionais de saúde, lideranças dos movimentos sociais atuando nos fóruns de participação nas gestões (Conferências e Conselhos), nos sindicatos e associações. Enfim, nas ruas e praças de todo o País, exercendo legítimas pressões políticas em defesa e fortalecimento do SUS como direito de cidadania. Não há força maior do

que a do povo organizado e consciente”, aponta Paulo Dantas.

Paulo Capel ressalta que os ataques aos sistemas públicos de saúde em todo mundo não são recentes e destaca o papel das conferências de saúde no Brasil para que o SUS resista até aqui. “O grande desafio segue sendo não permitir a transformação do direito à saúde em negócio, não aceitar que o cuidado em saúde seja deformado eticamente pelo seu aviltamento em mercadoria. Isto coloca a saúde em um plano central, ao lado da educação, na luta em defesa de direitos sociais, tão violentamente atacados no Brasil nos tempos em que vivemos. Mas a saúde está, também, no centro das lutas gerais pelo aprofundamento da democracia em nosso País, que passa hoje, além da defesa do SUS, pela defesa de melhores condições de vida e trabalho e de ambientes saudáveis”, provoca o pesquisador.

Acesse a nota técnica elaborada pelo CONASEMS que orienta gestores em relação às etapas municipais da Conferência Nacional de Saúde em:



http://www.conasems.org.br/images/NOTA_CONASEMS_-_XV_CONFERENCIA_NACIONAL_DE_SAUDE.pdf

O poder das Conferências



A 15ª Conferência Nacional de Saúde é um momento histórico que percorre 74 anos de história do Brasil. Desde a primeira, realizada durante o governo Getúlio Vargas, em 1941, antes mesmo da criação de um ministério próprio, cada conferência guarda sua importância dentro do contexto da época. Duas delas, no entanto, ousaram mudanças tão radicais no sistema de saúde que pautaram o debate sobre políticas públicas de uma forma geral e suas ideias ressoam ainda hoje. São elas a 8ª CNS, ocorrida em 1986, a primeira após o período de ditadura militar no Brasil; e a 9ª CNS, realizada em 1992, num período turbulento no País devido às denúncias de desmandos e corrupção no governo de Fernando Collor de Melo, o primeiro presidente eleito por voto direto em 25 anos.

O médico Paulo Dantas lembra que participou da histórica 8ª Conferência como gestor, à época, era secretário de saúde de Recife (PE). “Momento emocionante! Riqueza de debates, grande aprendizado. Na oportunidade, os secretários municipais de saúde presentes se reuniram nas escadarias do Ginásio de Esportes, em Brasília, local da Conferência, para unificar o posicionamento em apoio à Reforma Sanitária e promover encaminhamentos

estratégicos para a criação do CONASEMS. E o resultado aí está com o SUS se desenvolvendo e COSEMS e CONASEMS sendo protagonistas destacados”, enfatiza o pediatra, que viria a ser, apenas dois anos depois, o primeiro presidente do CONASEMS, eleito por unanimidade pelos secretários municipais de saúde do Brasil.

Organizada pelo sanitarista Sérgio Arouca e marco definidor da Reforma Sanitária e dos princípios e diretrizes da inovadora política de saúde para o País, a conferência foi a primeira com ampla participação popular. Se antes os encontros eram restritos a gestores e técnicos de saúde, a 8ª CNS reuniu mais de 4 mil pessoas, das quais 50% eram usuários da saúde.

José Eri Borges de Medeiros rememora o processo de mobilização social, que estimulou a realização de pré-conferências nos estados e resultou não só num quórum surpreendente para o período, mas também na representação de diferentes segmentos. “Do total, eram mil delegados com direito a voz e voto para decidir os rumos do sistema de saúde”, diz.

Os debates, ele conta, eram divididos entre os temas saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e financiamento do setor.



E acrescenta que o núcleo mais “militante” presente à conferência conseguiu emplacar no relatório final a resolução de número 13, que propunha a deflagração de uma campanha nacional para garantir que se inscrevesse na futura Constituição “a caracterização da saúde de cada indivíduo como de interesse coletivo, como dever do Estado, a ser contemplado de forma prioritária por parte das políticas sociais; a garantia da extensão do direito à saúde e do acesso igualitário às ações de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional; além da caracterização dos serviços de saúde como públicos e essenciais”. “Foi este o ponto fundamental e estruturante do novo sistema. Foi a conquista da participação dos diversos seguimentos da sociedade brasileira”, resume Eri, que sucedeu Paulo Dantas na presidência do CONASEMS.

No cargo, o então secretário municipal de saúde de Venâncio Aires foi coordenador da Comissão Organizadora da 9ª CNS, que teve como tema central “Saúde – Municipalização é o Caminho”. Eri Medeiros lembra que a conferência foi convocada no final do governo Sarney e deveria ser realizada no início do ano 1990, mas por sucessivos adiamentos promovidos pelo governo Collor de Mello só aconteceu em agosto de 1992.

“Merecem destaque a comissão organizadora e o Conselho Nacional de Saúde, que definiram como estratégia a descentralização. As etapas municipais e estaduais foram realizadas pela primeira vez. Fo-

ram mais de 3 mil etapas municipais e 26 conferências estaduais”, enumera Medeiros.

“Contribuí como coordenador do Grupo de Trabalho de Articulação Estratégica”, lembra Paulo Dantas. “Durante quase dois anos percorri grande parte de estados e alguns municípios do País em contato com movimentos sociais, gestores e parlamentares estimulando, apoiando e contribuindo para a realização das etapas municipal e estadual. Isso acontecendo em momento de incertezas, de crise política e ética do Governo Collor”, explica.

E ressalta ainda que na etapa nacional foram aprovados não só os relatórios sobre os eixos temáticos que apontavam os caminhos para o SUS se consolidar como política pública, avançando no seu processo de municipalização. “Há um desabafo indignado transformado em Carta da 15ª Conferência Nacional de Saúde à Sociedade Brasileira com o título ‘Em defesa da vida e da ética: Fora Collor’”. O presidente seria deposto um mês depois.

Revisitando a 9ª conferência, Eri Medeiros acredita que as principais contribuições foram a defesa dos municípios como atores no cenário setorial; a defesa das conferências estaduais e municipais como preparatórias à nacional; o fortalecimento dos mecanismos de participação social no SUS; a mobilização nacional em torno da questão do financiamento; e a proposta de extinção do Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) – que ocorreu em 1993.

Entenda diferenças entre a Conferência Municipal de Saúde e a Etapa Municipal da Conferência Nacional

Conferência Municipal de Saúde



Acontece no
1º ANO
do governo
MUNICIPAL



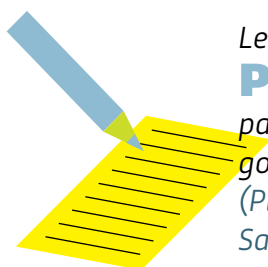
Convocada pelo
PREFEITO



Faz um
DIAGNÓSTICO
da saúde local e
levanta as
necessidades
de **saúde**
da população

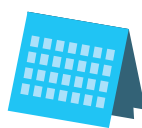


Delegados são
ELEITOS
nas pré-conferências



Levanta
PROPOSTAS
para execução pelo
governo local
(Plano Municipal de
Saúde e Plano Pluri-
anual do município)

Etapa Municipal da Conferência Nacional



Acontece no
3º ANO
do governo
MUNICIPAL



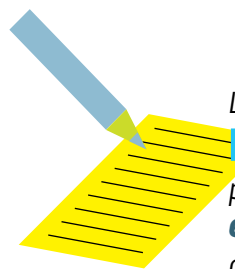
Convocada pelo
Presidente da República,
mas deve ser referendada
por decreto municipal



Elabora
DIAGNÓSTICO
da saúde local



Delegados são
ELEITOS
para participarem
das conferências
estadual e nacional



Levanta
PROPOSTAS
para governo
estadual e federal
que contribuirão com
os planos estaduais e
nacionais de saúde





Qual a **ATENÇÃO BÁSICA** que nós queremos?

Há um consenso entre gestores sobre a importância da atenção básica como centro norteador de todo o Sistema Único de Saúde, de onde se parte para garantir ao cidadão brasileiro atenção integral às suas necessidades. O questionamento presente nesta reportagem é o que falta então para alcançar a atenção básica desejada.

*Reportagem: Ana Cláudia Peres
Fotografias: Radilson Gomes*

Parece básico. Mas imagine por um minuto um modelo que seja a um só tempo o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada do sistema, o local do acolhimento e do cuidado continuado, da prevenção de agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos, e ainda o centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde do Brasil. Não precisa ser nenhum especialista para entender o quão complexa é a atenção básica em um país de dimensões continentais, o único no mundo com uma população de mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito.

Estruturado de forma descentralizada com o intuito de se aproximar ao máximo da vida do cidadão, o modelo de atenção básica brasileiro nunca deixou de crescer, a despeito das dificuldades estruturais e das mudanças governamentais que enfrentou ao longo de pouco mais de duas décadas, desde sua implantação oficial. Já foi considerado referência e serviu de inspiração para outros países da América Latina ou mesmo ao redor do mundo. Não à toa, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que a partir de 1994 passou a ser a base estruturante da atenção básica no Brasil, é reconhecida pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a melhor estratégia para seguir os princípios orientadores de um ordenamento do sistema básico de saúde.

Nos últimos quatro anos, com a implantação da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a partir de decreto de outubro de 2011, vive inovações como a ampliação das possibilidades de inserção dos médicos de família e comunidade; flexibilização de carga horária; expansão do formato das equipes; inclusão de Equipes de Atenção Básica (EAB) para a população de rua (Consultórios na Rua); e ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Além disso, o incremento orçamentário,

que saltou de pouco mais de R\$ 9 bilhões, em 2010, para a casa dos R\$ 20 bilhões em 2015, e a criação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) trazem fôlego extra às discussões sobre o modelo de atenção básica que se quer.

Apesar de ostentar adjetivos como exemplar, inspirador ou até revolucionário, em termos ideais, a AB no Brasil ainda enfrenta inúmeros desafios. “Nós temos alguns avanços mas a gente não pode cair na euforia e no ufanismo de achar que a missão está cumprida”, diz a professora e diretora da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB), Fátima Sousa, uma referência no assunto. “No que se refere à ampliação do acesso, a melhoria é inquestionável”, conta, apontando pesquisas científicas que atestam o quanto a presença dos mais de 253 mil agentes comunitários e das 32.970 Equipes de Saúde da Família em todo o país reduziu a mortalidade infantil e a mortalidade materna e aumentou o controle dos principais agravos das chamadas doenças crônicas, por exemplo.

Mas, de acordo com a professora, ainda há problemas e eles são muitos. Vão desde o financiamento – que ela considera ainda aquém do necessário para fazer da Política de Atenção Básica realmente uma prioridade – até a necessidade de construir o que ela denomina de um “novo pacto” entre os três níveis de gestão do SUS e setores da academia e da sociedade para definir o modelo de atenção à saúde desejado para o Brasil. “Porque é isso que vai indicar onde vou investir os recursos financeiros”, argumenta. “Não basta repetir que precisamos de mais recursos. Todos nós já sabemos que há um subfinanciamento no SUS, mas nós temos que entender de que modelo de atenção à saúde nós estamos falando para melhor investir esses recursos”.

Para o assessor do CONASEMS, o médico sanitário Marcos Franco, o problema é que hoje existem três modelos em disputa: o modelo que adota o Saúde da Família e a Atenção Básica como organizadora da rede e gestora do cuidado; o modelo campanhis-



“Nós do CONASEMS apontamos para a necessidade de um modelo que atenda os princípios da Reforma Sanitária brasileira e que são os mesmos da Política Nacional de Atenção Básica”.

Marcos Franco, médico sanitarista e assessor do CONASEMS



ta, que ainda prega programas verticais e ações a serem executadas pelos municípios; e o modelo médico-hospitalar, reconhecido por seu aspecto hospitalocêntrico. “Nós do CONASEMS apontamos para a necessidade de um modelo que atenda os princípios da Reforma Sanitária brasileira e que são os mesmos da Política Nacional de Atenção Básica”, diz, explicando que esse modelo preconizado pensa a Atenção Básica ou a Estratégia de Saúde da Família como parâmetro de organização do sistema como um todo.

“Trata-se de uma discussão maior do que simplesmente uma questão de investimento ou de disponibilidade de pessoal e de recursos”, acrescenta Marcos, batendo novamente na tecla de que o que está em jogo é o modelo de organização do SUS e da AB no país. “Todo cidadão brasileiro deve ter direito à saúde e a uma atenção básica qualificada”.

Avanços e desafios

Em entrevista à Revista CONASEMS, o diretor do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, Eduardo Alves, elencou uma série de iniciativas que a PNAB vem colocando em cena e que tem como objetivo introduzir elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção. Falou do PMAQ – a menina dos olhos da nova política que funciona por meio da indução de processos que aumentam a capacidade das gestões municipais, estaduais e federal, em conjunto com as equipes de saúde, oferecendo serviços que asseguram maior acesso e qualidade à população; do Requalifica UBS, Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, que já viabilizou mais de 26 mil obras de reforma, ampliação e construção de unidades nos municípios brasileiros; da criação das UBS Fluviais e das Equipes de Saúde da Família



para as populações ribeirinhas, essas últimas adequadas especialmente para a região Norte do país.

“Esse conjunto de iniciativas mostra a prioridade política dada à atenção básica nos últimos anos pelo Ministério da Saúde”, diz Eduardo, acentuando que há um consenso tripartite e entre segmentos acadêmicos e de controle social de que as redes de atenção precisam ser ancoradas na Atenção Básica de modo que, dificilmente, será possível consolidar essas redes se a AB não for fortalecida. “Como também dificilmente conseguiremos uma atenção básica fortalecida, se ela não fizer parte das redes”, ele acrescenta. As várias medidas em curso e o aumento do financiamento federal, segundo Eduardo, reforçam a ideia de que existem questões estruturais da AB que vêm sendo enfrentadas com robustez. Ele cita ainda as mudanças em relação ao Piso da Atenção Básica (PAB) como mais uma vertente desse processo: recentemente, o PAB Fixo incorpo-

rou critérios de equidade, de modo que municípios menores e mais pobres, passassem a ter um valor per capita diferente dos municípios maiores e em condições socioeconômicas melhores. “A AB de que falamos hoje seguramente não é a mesma de cinco anos atrás”, enfatiza.

Mas ele também reconhece que ainda há muito a ser feito na organização dos serviços básicos e da Estratégia de Saúde da Família no Brasil. Os desafios vão desde os esforços para garantir o financiamento tripartite para a AB até consolidar a reestruturação das unidades básicas, passando pela informatização e conectividade das UBS e uma preocupação com a qualificação profissional. “É preciso estar atento para saber o quanto as unidades estão organizadas de modo a acolher a demanda dos usuários e fazer a integração da AB com outros pontos do sistema, mas também para detectar o quanto nossos profissionais estão tecnicamente



“É necessário privilegiar e respeitar o médico comunitário ou médico de saúde da família. Porque nenhum profissional quer uma ocupação burocrática e ainda por cima vinculada a uma rotatividade política que pode alterar as rotinas o tempo inteiro”.

Eleonor Conill, professora do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina

preparados para lidar com as diferentes situações e para fazer a continuidade do cuidado”, analisa o diretor do DAB.

Para a professora do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, Eleonor Conill, há um problema ainda mais elementar que precisa ser enfrentado quando se fala em Atenção Básica, também relacionado à formação. “É uma questão de status, de prestígio, de carga de trabalho, de valorização”, diz a pesquisadora, sugerindo que é preciso reconhecer essa atividade, ainda considerada menos ilustre que outras, e conferir mais autonomia aos cuidados e à Atenção Básica. “É necessário privilegiar e respeitar o médico comunitário ou médico de saúde da família. Porque nenhum profissional quer uma ocupação burocrática e ainda por cima vinculada a uma rotatividade política que pode alterar as rotinas o tempo inteiro”.

Mais Médicos

Em julho de 2013, o Governo Federal lançou o Mais Médicos, programa que convocava médicos formados no país ou no exterior para atuar na atenção básica de municípios com maior vulnerabilidade social, na maioria das vezes, regiões que sofriam com a escassez ou até mesmo a ausência desses profissionais. A iniciativa gerou certa polêmica e desconforto entre alguns setores, que consideravam o programa um mero paliativo. Hoje, o Mais Médicos já viabilizou mais de 14 mil médicos para AB. O secretário municipal de Saúde de Curitiba, Adriano Massuda, considera que o Mais Médicos teve a capacidade de dar respostas a um problema estrutural do SUS, que é exatamente a falta de médicos. “Os resultados são incontestavelmente positivos, sob o ponto de vista da avaliação dos usuários dos serviços e da melhoria nos indicadores de saúde em áreas até então desprovidas de atendimento médico”, avalia.

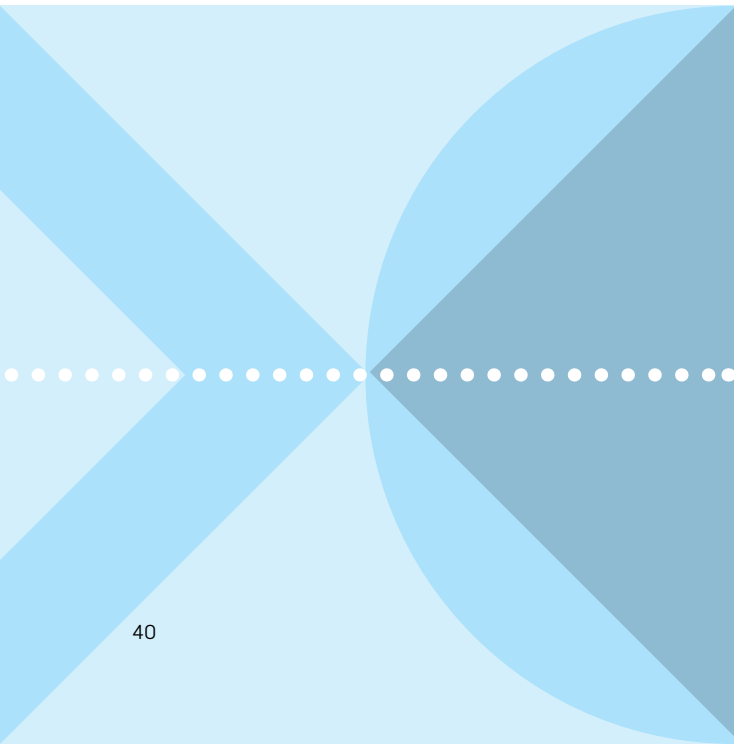
Ao final do primeiro ano de implantação, o Ministério da Saúde divulgou uma pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) que apontava que 95% dos beneficiados pelo programa estavam satisfeitos ou muito satisfeitos com a iniciativa e ainda que 74% acreditavam que o Mais Médicos é melhor ou muito melhor do que esperavam. Sem entrar na discussão sobre o mérito do programa, a professora Fátima Sousa alerta para alguns cuidados. Para ela, sob o ponto de vista da concepção do modelo, o programa pode trazer um retrocesso. “Porque ele centraliza o modelo de organização na presença do médico, quando a gente vinha fazendo uma construção às avessas de concepção de uma saúde que começa dentro de casa, com a família, os agentes comunitários”, pondera. “A centralidade do médico puxa um outro desvio do sistema que é a presença do hospital, de altos medicamentos, de alta tecnologia”.

A nova edição do programa Mais Médicos bateu o recorde de inscrição de profissionais brasileiros, com o registro de 15.747 interessados em participar. Segundo informações do Ministério da Saúde, 1.294 municípios e 12 distritos indígenas serão contemplados com os novos profissionais,

“O Programa Mais Médicos fez a diferença tanto na vertente de profissionais brasileiros quanto de médicos cooperados de outros países”.

Charles Tocantins, secretário municipal de Saúde de Tucuruí

sendo que destes, 273 aderiram ao programa pela primeira vez. O Mais Médicos também foi ressaltado pelo secretário municipal de Saúde de Tucuruí, no Pará, Charles Tocantins, como um dos grandes fatores responsáveis pela melhoria da cobertura de saúde da família da região – ainda considerada muito baixa. “Em toda a região Norte, há um isolamento da população, o acesso ainda é muito complicado e nós temos uma dificuldade imensa para instalação de equipes e uma limitação enorme de profissionais médicos”, comprova o secretário. “O Programa Mais Médicos fez a diferença tanto na vertente de profissionais brasileiros quanto de médicos cooperados de outros países”, diz, acrescentando que na composição das 23 equipes de saúde da família de Tucuruí, há 15 médicos cubanos.



De Tucuruí à Curitiba

O número de equipes de saúde da família em Tucuruí, município de 100 mil habitantes, a 350 quilômetros de Belém, ainda está muito abaixo das 50 indicadas como satisfatórias. A cidade conta com uma população ribeirinha e uma outra de hábitos urbanos e exige estratégias e arranjos característicos para cada área. Mesmo assim, o secretário reconhece como favoráveis as políticas de atenção básica mais recentes. Além do Programa Mais Médicos, ele cita a criação de equipes de saúde da família para população ribeirinha como um grande reforço, por levar em conta um olhar específico sobre a Amazônia, e o Programa Requalifica UBS como outra iniciativa de proa para o melhor funcionamento da rede básica.

Do Norte para o Sul. Curitiba, a capital do Paraná, vem priorizando de um lado o reconhecimento do território e de informações da vigilância como base para o planejamento de atividades locais, e de outro, atualizando as práticas de promoção em saúde. Segundo o secretário Adriano Massuda, diversos programas recentes têm permitido promover melhorias no modelo antes vigente em grande parte da rede básica brasileira, em geral, programático e de pronto-atendimento de baixa qualidade. “Destacaria o Telessaúde, o PMAQ e o Requalifica como programas que tiveram o mérito de trazer para a agenda da AB, respectivamente, a utilização de ferramentas de Tecnologia de Informação aplicadas ao

aprimoramento das práticas de saúde; a avaliação do desempenho dos serviços prestados à comunidade, associado a incremento no custeio; e a revitalização da infraestrutura física das UBS”.

E por que, apesar dos avanços, ainda não conseguimos alcançar a atenção básica que queremos? Essa é a pergunta que vimos tentando investigar desde o início desta reportagem. Para o secretário de Saúde de Curitiba, ela deve ser respondida com uma outra: Qual é o SUS que queremos? “A Atenção Básica será consequência dessa resposta. Se tivermos como parâmetro os sistemas universais de saúde, implantados em alguns países europeus, a Atenção Básica tem que ser universal, atender efetivamente toda população e não somente o segmento que não tem condições de arcar com um seguro-saúde privado; tem que ter qualidade clínica para ser efetivamente reguladora do sistema de saúde”, diz Adriano Massuda. Na opinião do secretário de Saúde de Tucuruí, ainda não chegamos a esse patamar porque o Brasil vive uma Reforma Sanitária inconclusa. “A saúde não é só um conjunto da área relacionada à assistência e políticas específicas da área de saúde. Saúde significa saneamento, habitação, sistema educacional. Todos esses fatores são condicionantes da saúde”, diz Charles Tocantins. “E nisso, o Brasil avançou muito pouco, ainda temos muitos passos pela frente”.





O ABC DA AB

A reorganização do modelo assistencial no Brasil tem início ainda nas décadas de 70 e 80, quando projetos experimentais que ampliavam as práticas nos centros de saúde rebentaram nos quatro cantos do país. Tratava-se de iniciativas que acabaram servindo de base para programas de extensão da cobertura, a exemplo das atividades de medicina comunitária, como a de Montes Claros, em Minas Gerais, ou programas de formação de agentes comunitários de saúde, como o que aconteceu com as mulheres canavieiras da Bahia. Some-se a isso o movimento de Reforma Sanitária seguido da implantação do Sistema Único de Saúde, em 1990, e estava preparado o terreno.

“É nesse bojo que a gente entende ser necessário discutir um modelo de atenção à saúde para o Brasil”, diz a professora da UnB, Fátima Sousa, alertando para o fato de que até então a discussão girava em torno do financiamento e da descentralização. “Mas havia o hiato da discussão do sistema”. Em 1990, é institucionalizado o Programa de Agentes Comunitários (PAC), cujo valor orienta-

dor era fazer a ponte entre os serviços de saúde e a comunidade. “Esses serviços deveriam abrir as portas para a comunidade, num processo de prevenção de algumas doenças consideradas à época de muito risco, além de ter como missão a promoção da saúde”, acrescenta Fátima.

Sem dúvida, era uma proposta que sugeria uma mudança no campo da saúde com projetos estruturantes, levando em conta a subjetividade dos usuários e os territórios, e na contramão das práticas burocratizantes e dos projetos de viés tecnicistas. O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil como Política Nacional de Atenção Básica, em 1994, pelo Ministério da Saúde, e considerado dois anos depois uma estratégia prioritária para organizar a atenção básica e reorientar o modelo assistencial, diminuindo a atenção hospitalar e abrindo espaço para novas práticas. Dezesete anos depois, a portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011, instituiu a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que atualiza conceitos e introduz outros elementos na ordenação das Redes de Atenção.

Se lhe pedissem para rever os **conceitos e princípios da AB no Brasil**, você modificaria algum deles?

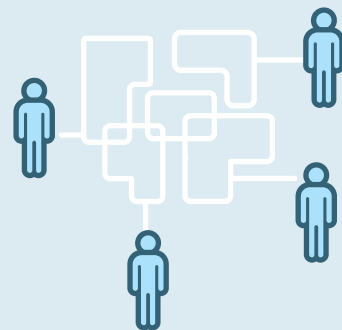


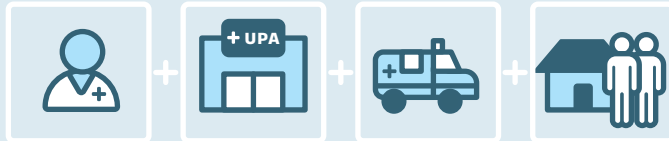
“Minha sugestão de modificação não seria propriamente uma alteração, mas um redimensionamento. Seria muito bom se aumentássemos o escopo das ações tidas como de atenção básica, muitas das quais em áreas de especialidades ou média complexidade (um exemplo disto é a UPA que, se por um lado pode resolver a equação da urgência e emergência, por outro, compete e fortalece um modelo antagônico ao da saúde da família). Para isso, importa diminuir significativamente a população de abrangência por equipe, reduzindo para cerca de 1000 pessoas sob a responsabilidade de uma equipe, adequando sempre a logística necessária à missão frente ao território. Esse aumento do escopo das atividades das equipes deveria incluir a totalidade da gestão do território, com um trabalho integrado, multiprofissional e interdisciplinar, obedecendo a uma formatação demandada pelo território e não padronizada nacionalmente. O que deve ser padronizado são os atributos essenciais, não uma equipe padrão que resolva a maioria da média demandada nacional. Média pode ser excludente ou superdimensionada frente a um Brasil muito heterogêneo”.

Marcos Franco, assessor do CONASEMS

“Os conceitos e princípios que norteiam a Política de Atenção Básica foram bem desenvolvidos e representam uma mudança paradigmática no modo de produção das práticas de saúde. O desafio, entretanto, é implementá-los. Para isso, seria interessante ter modelagens de arranjos organizacionais mais flexíveis, que se adaptassem às diferenças de um país continental como o Brasil. A atenção básica brasileira só terá legitimidade de fato com a população brasileira quando tiver a capacidade de atender a população no tempo em que for preciso e ofertar aquilo que for necessário para resolver a maior parte de seus problemas. Se predominar um modelo burocrático, focalizado em determinadas doenças, com uma clínica empobrecida, estaremos fadados ao fracasso. Creio que seja essa a grande disputa”.

Adriano Massuda, secretário municipal Saúde de Curitiba





“Eu reafirmaria o que já fez a Organização Mundial de Saúde ao se referir à Atenção Primária. Eu diria: atenção básica agora mais do que nunca. Ou seja, a AB é a saída e nossa melhor proposta. O lugar dela é esse mesmo: desvincular as populações; reforçar o trabalho dos agentes comunitários; capacitá-los para responder de forma mais adequada e rápida aos problemas que encontram nas residências e nas comunidades; é fazer com que o médico seja, de fato, um médico integralista e não um médico especialista; é ter o enfermeiro de família e comunidade; é ter outros profissionais dentro dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), não repetindo as ações mas sendo, de fato, a retaguarda da rede básica na retomada de questões que não sejam de responsabilidade da rede básica. Essa engenharia da integralidade da rede é o que está faltando”.

Fátima Sousa, doutora honoris causa e diretora da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – UnB

“Acho que eu daria mais flexibilidade ao modelo como, aliás, vem sendo dado. Acho que é pedir muito que o médico de família faça ginecologia, obstetria, pediatria, e que, além disso, olhe a comunidade, participe, vá na escola. Então, acoplaria mais especialidades próximas às equipes. Também acho importante valorizar, privilegiar e dar prestígio ao médico comunitário ou médico de saúde da família”.

Eleonor Conill, pesquisadora e professora do Departamento de Saúde Pública, da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

“Conceito não mudaria. Mas acho que temos que ter em vista que atenção básica não é apenas trabalhar promoção, prevenção e cuidados assistenciais ofertados em unidades básicas de saúde. É um conjunto de todas as ações incluindo ainda os fatores condicionantes e determinantes que influenciam no processo saúde-doença. Seu sucesso depende de todos os setores da sociedade”.

Charles Tocantins, secretário municipal de Saúde de Tucuruí

“Em termos conceituais, acho que estamos bem ajustados, já superamos alguns problemas. Nossos principais desafios não estão relacionados aos conceitos, às diretrizes e princípios da AB. O que precisamos é identificar quais são os nós críticos que têm dificultado que esses princípios se viabilizem plenamente ou numa intensidade maior. Claro que a gente deve estar aberto a rever alguma normativa e a reconhecer as necessidades que a vida vai nos pedindo. Mas acredito que hoje nossos principais desafios estão em outro âmbito: fazer da atenção básica, de fato, um lugar resolutivo. Para isso, vamos ter que construir estratégias para ampliar ainda mais a capacidade clínica e de cuidado das equipes, criando condições para que a AB de fato coordene os cuidados”.

Eduardo Alves, diretor do Departamento de Atenção Básica – DAB – do Ministério da Saúde

HISTÓRIA DE VIDA

ANTÔNIO CARLOS FIGUEIREDO NARDI



*Maria da Penha Marques Sapata e
Rosângela Treichel Saenz Surita*

Paulista com jeito de mineiro, alegre, cheio de ideias, ideais, desejo de construir, habilidoso nas interlocuções, agregador, carismático e muitas outras qualidades... este é o Nardi.

Nardi nasceu em Mococa-SP, cidade que faz divisa com Minas Gerais. Filho de Dona Marieta e seu Luiz Carlos, é o caçula de 3 irmãos: Cecília, Júnior e ele, Antônio Carlos.

Casado, muito bem casado com a Júlia, “santa Júlia”!. Pai de André, Cassiana e Maria Eduarda.

Formou-se cirurgião dentista em Marília-SP, trabalhou pouco na profissão, sempre gostou mesmo é de fazer gestão e atuar na política de saúde.

Iniciou sua carreira pública em 1984, como tra-

balhador do SUS. Em 1989 assumiu a Secretaria de Saúde de Floresta, município de aproximadamente 6.000 habitantes, por 2 gestões (1989-1991 e 1997-1999). Foi gerente de vigilância sanitária do Município de Maringá em 2000. Após tomar gosto pela saúde coletiva e ter realizado um ótimo trabalho na gestão, assumiu novamente como secretário de Saúde de um município próximo a Maringá, com 32.000 habitantes – Marialva-PR, no período de 2001 a 2005.

Neste tempo assumiu também como presidente e vice presidente do COSEMS, onde sempre carregava nas costas, em sua mochila preta, o COSEMS itinerante do Paraná.

Além disso, Nardi participou ativamente dos fó-

“...competente, articulador, fiel, amigo e irmão.”

runs: de Conselhos Municipal, Estadual e Nacional de Saúde, do Conselho Deliberativo do Consórcio Paraná Saúde, das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, do Núcleo de Gestão do Trabalho da SGETS/MS; do Conselho Administrativo da Hemobrás e outros espaços de negociação pelo Brasil afora.

Quantas reuniões, quantas discussões, não é mesmo Graça Lima? Quantas vezes vocês telefonavam e ficavam horas conversando sobre pactuações, deliberações, resoluções e tantas outras demandas que tomam conta das agendas dos municípios.

Sempre o Nardi no comando! Coordenando e liderando, com muita maestria e bom humor com suas gargalhadas.

Ah Nardi !!! E na Secretaria de Maringá, “pelo amor de Deus”, quantas tarefas, quantas lutas, quantas atividades, hein! Iniciou lá pelos anos de 2006, assumiu e já foi fazendo as mudanças que o município precisava, e como precisava!

Quando você viajava a Secretaria ficava em calma, quando chegava... ai, ai, ai !!! Quanta demanda. Ninguém parava, todos agitados para cumprir sua agenda interminável.

Readequou todo o sistema de saúde de Maringá. Implantou o sistema de informação municipal – o Sistema Gestor Saúde (SGS), com integração de todos os serviços (laboratório, central de abastecimento farmacêutico e produtos para a saúde, unidades básicas de saúde, Central de Imunização, vigi-

lância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental e zoonoses, ambulatorios especializados, hospital municipal...). Criou o prontuário eletrônico em saúde, com inclusão de todos os protocolos assistenciais revisados, tudo integrado com os sistemas nacionais de informação. Criou o cartão saúde Maringá, com acesso pelo usuário em rede web, o qual recebeu prêmio do Ministério da Saúde.

Ampliou a rede de atenção à saúde, com a construção de 6 novas Unidades Básicas de Saúde e ampliação de equipes da Saúde da Família, NASE, consultório na rua; construiu duas UPAS, um complexo de Saúde Mental; implantou três residências terapêuticas (antes inexistentes); criou uma unidade de Pronto Atendimento infantil 24h; construiu a sede do SAMU e realizou sua reorganização; reformou o Hospital Municipal, a sede da Secretaria e tantas outras unidades de saúde, sempre visando o acesso de qualidade para o cidadão. Trabalhou incansavelmente nas ações de promoção à saúde, com implantação das Academias da Terceira Idade (ficamos famosos com esta proposta), prevenção e tratamento do tabagismo, alimentação saudável, hortas comunitárias, aleitamento materno, prevenção da violência e cultura de paz, sempre parceiro dos prefeitos Silvio Barros e Carlos Roberto Pupin.

E a dengue, que problemão hein, chefe!!!! Quanto enfrentamento, quantas entrevistas e quantos cabelos brancos.... A dengue te persegue.

Pessoal da Secretaria de Vigilância

em Saúde (SVS), preparem-se!!!

Você Nardi, sempre gostou de desafios!

Foi presidente do CONASEMS no período de 2009 até janeiro de 2015. Quantos congressos, viagens, quantas noites e madrugadas em aeroportos. Sua luta sempre buscou o SUS para todos, com qualidade, financiamento adequado, participativo, dialogando com todos os atores políticos e técnicos. Empenhou-se pessoalmente na empreitada do “Movimento Saúde + 10”.

Em meio a este “furacão”, conseguiu concluir o seu mestrado em saúde coletiva na UNB e atualmente está cursando o doutorado.

E você nunca reclamou!!!

Você não sabe, mas achamos que é parecido com as mulheres. Faz várias coisas ao mesmo tempo, tem ouvido “tipo parabólica”, escutando todos à sua volta ao mesmo tempo e, com certeza, você é bom nisso!

Definimos em poucas palavras o seu perfil: competente, articulador, fiel, amigo e irmão.

Ah, tem mais, possui uma fé inabalável! Que Deus te proteja nessa sua nova empreitada.

Abraço fraterno!

Maria da Penha Marques Sapata é enfermeira e assessora técnica do Cosems PR.

Rosângela Treichel Saenz Surita é farmacêutica e assessora técnica do Cosems PR.



I Congresso Regional Centro-Oeste, Sudeste e Sul e XXXI Congresso Estadual de Secretaria Municipais de Saúde do Paraná

EQUIPE COSEMS PR

Cerca de 1500 participantes estiveram reunidos durante o período de 15 a 17 de abril, na cidade de Fóz do Iguaçu-PR, para participar do primeiro congresso que reuniu gestores do Paraná e das Regiões Centro-oeste, Sudeste e Sul do país. Em atividades conjuntas, gestores e trabalhadores da saúde destas três regiões debateram, alinharam conceitos e definiram prioridades de atuação na condução das políticas de saúde local, regional, estadual e nacional. O congresso também possibilitou a reunião descentralizada do Conselho dos Presidentes de COSEMS (CONARES), importante movimento político para o fortalecimento dos gestores municipais nos estados.

Mais importante do que inaugurar um novo espaço regionalizado de trocas, promover encontros, foi a oportunidade de alinhar velhos/novos conceitos, construir estratégias para superar os desafios que continuam postos à gestão da saúde pública, em especial, aos municípios, onde as necessidades e demandas afloram diretamente entre o usuário e a gestão municipal da saúde.

A sobrecarga dos municípios na gestão tripartite da atenção, cuidado e assistência à saúde.

A partir do tema proposto “Gestão do SUS - O Modelo de Atenção à Saúde: os municípios e as soluções”, constatou-se ao final das discussões que a espinha dorsal dos seminários, oficinas e trocas de experiências entre os municípios e estados participantes foi e continua sendo o “curto cobertor” do financiamento e das condições verticalizadas para o uso dos recursos financeiros pelos municípios.

Já avançamos em relação à destinação dos recursos financeiros, reduzindo a compartimentalização dos recursos. Mas ainda é preciso avançar mais, o que necessariamente passa pelo aumento de recursos financeiros dos demais entes federados, além da flexibilização na utilização dos recursos, eliminando as “caixinhas” (contamos atualmente com 6 blocos de financiamento, 24 componentes e 178 incentivos). Essa compartimentalização dos recursos dificulta a gestão do cuidado, a integração dos serviços e a participação da comunidade na eleição das prioridades.



Os gestores municipais devem manter na agenda permanentemente o financiamento da saúde, enfatizar a necessidade de destinação de 10% das Receitas Correntes Brutas da União, analisando as propostas em discussão sobre destinação de fontes adicionais de recursos financeiros. Outra questão refere-se à vigília sobre o cumprimento do percentual mínimo de 12% da arrecadação dos Estados nas ações e serviços de saúde pactuadas nos espaços de gestão do SUS e aumentar a participação da União e Estados nos gastos de custeio. Ou seja, precisamos retomar o debate do Pacto Federativo, responsabilizando os demais entes no financiamento de forma tripartite das ações e serviços de saúde,

Além da necessidade de superarmos a insuficiência dos recursos financeiros, temos ainda que desenvolver estratégias de como garantir a regularidade nos repasses. São recorrentes os atrasos tanto do ente federal quanto estadual, recaindo sobre os municípios com uma certa frequência a responsabilidade pela má gestão dos recursos... Mas, não se reconhece com a mesma veemência o esforço que os municípios têm feito para cobrir as despesas com a saúde da população. Além disso, muitos critérios de avaliação são colocados aos municípios, sem a clareza de como serão avaliados, a exemplo do Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Propõe-se, assim, construir de forma efetiva

parceria com a Frente Nacional de Prefeitos (FNP), Confederação Nacional dos Municípios (CNM), Associação Brasileira de Municípios (ABM), bem como Associações de Municípios e Prefeitos nos estados do Brasil para a qualificação do pacto federativo brasileiro, de modo a garantir o cumprimento das responsabilidades para com a saúde dos 3 entes federados, estabelecendo um financiamento adequado e suficiente para o setor saúde.

Vale lembrar que a diminuição da arrecadação dos municípios decorrente da redução das transferências de recursos federais ocorrida em 2015, exemplo do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), impacta diretamente no índice de gastos com recursos humanos, limitando o gestor municipal na ampliação de seus serviços, sob pena dos rigores da Lei Complementar no. 101/2000 - Lei de Responsabilidade Fiscal. Essa "ciranda" coloca em risco a manutenção das atuais equipes de saúde já contratadas e os investimentos nos Planos de Carreiras, Cargos e Salários do funcionalismo municipal. Além disso, temos programas federais que favorecem a contratação de profissionais por meio de contratos frágeis, a exemplo das equipes de combate a endemias, da Estratégia Saúde da Família, NAS-F...e, pior do que isso, são as propostas que afloram, como fixar pisos salariais das categorias da saúde, ou incluir os gastos com terceiros no percentual



destinado à folha de pagamento de pessoal, inviabilizando a ampliação da cobertura da assistência. Há que se discutir uma nova forma de incidência de cálculo de pessoal na saúde, perante a legislação vigente. Corremos o risco não só de estagnarmos, mas de retrocedermos. Como falar em gestão do trabalho com tal cenário?

Apesar do esforço que se tem feito, a fragilidade da organização social ainda se descortina diante da atuação dos poderes legislativo e judiciário, quando o Congresso Nacional simplesmente engaveta o PROJETO DE LEI SAUDE + 10 de iniciativa popular, com mais de 2 milhões de assinaturas, e não tivemos força de reação, nem eleitoral, nem nas ruas. As nossas reações à judicialização da assistência às doenças cada vez mais crescente são ainda pífias. Não temos tido capacidade de demonstrar reações, contraposições consistentes, mobilizadoras e transformadoras que façam frente a esta voracidade colocada diante dos nossos olhos!

Não podemos fragmentar formulações de estratégias de fortalecimento do controle e participação social, o que significa investir na qualificação dos debates nas instâncias oficialmente reconhecidas como espaços de articulação e deliberação das políticas de saúde, por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde.

Outro desafio é promover a integração efetiva en-

tre o ensino/academia e os serviços de saúde, investindo na reformulação e adequação dos processos de trabalho, de modo a reduzir o sofrimento não só dos usuários mas também dos trabalhadores da saúde.

E, por fim, qual o modelo de atenção à saúde a adotar? Um modelo que dê conta de se contrapor ao modelo hegemônico, baseado na oferta e no consumo das ações e serviços de saúde e que, de fato, altere o quadro epidemiológico vigente no Brasil. Como romper com tudo isso?

Neste sentido devemos fortalecer os Conselhos de Secretários Municipais, visando um maior protagonismo na construção das políticas públicas de saúde, para explicitar as verdadeiras necessidades dos municípios e garantir a implementação de regulamentações vigentes, relativas à organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, e a efetivação do Decreto no. 7.508, de 28 de junho de 2011, que consagrou as regiões de saúde, o planejamento regional integrado e ascendente, o rol das ações e serviços de saúde e de medicamentos do SUS, a transparência das pactuações interfederativas e outras premissas com vistas à organização do sistema, otimização dos gastos com saúde e qualidade de vida dos cidadãos brasileiros.

Este é o nosso grande desafio, então....**mãos à obra!**
E que permaneça VIVO o SUS!

GALERIA DE FOTOS

