

Diretoria

Presidente: Helvécio Miranda Magalhães Júnior
Vice-Presidente: Antônio Carlos Figueiredo Nardi
Vice-Presidente: José Sival Clemente da Silva
Diretora Administrativa: Aparecida Linhares Pimenta
Diretor Administrativo - Adjunto: Antonio Carlos de Oliveira Júnior
Diretor Financeiro: Antônio Carlos Figueiredo Nardi
Diretor Financeiro - Adjunto: Mauro Guimarães Junqueira
Diretor de Comunicação Social: Luiz Odorico Monteiro de Andrade
Diretor de Comunicação Social - Adjunto: Tereza de Jesus Campos Neta
Diretor de Descentralização e Regionalização: Raimundo Alves Costa
Diretor de Descentralização e Regionalização - Adjunto: Maria Adriana Moreira
Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares:
Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares - Adjunto: Marineze Araújo Meira
1º Vice-Presidente Regional - Região Norte: Dirlei César Garcia
2º Vice-Presidente Regional - Região Norte:
1º Vice-Presidente Regional - Região Nordeste: Patrícia Maria Santos Batista
2º Vice-Presidente Regional - Região Nordeste: Suzana Cristina Silva Ribeiro
1º Vice-Presidente Regional - Região Centro-Oeste: Norberto Fabri Júnior
2º Vice-Presidente Regional - Região Centro-Oeste: Josué da Silva Araújo
1º Vice-Presidente Regional - Região Sudeste: Márcia Cruz Pereira Andriolo
2º Vice-Presidente Regional - Região Sudeste: Valter Luiz Lavinas Ribeiro
1º Vice-Presidente Regional - Região Sul: Celso Luiz Dellagustina
2º Vice-Presidente Regional - Região Sul: Marina Sidinéia Ricardo Martins

CONSELHO FISCAL

1º Membro: Paulo Sérgio do Nascimento Rodolfo
1º Membro Suplente: Sônia Aparecida Dias H. Garçon
2º Membro: Maria Custódia Miranda Almeida
2º Membro Suplente: Raimundo Nonato Alves Bezerra
3º Membro: Carlos Henrique Schabbch
3º Membro Suplente: Fernando de Faveri
4º Membro: Denise Lima Mascarenhas
4º Membro Suplente: Frederico Marcondes Neto
5º Membro: Oneide Regina Camilo S. Cândido
5º Membro Suplente: Francisca Eudézia Damasceno Nunes

SECRETARIAS EXTRAORDINÁRIAS

Atenção a Saúde-Norte:
Atenção a Saúde-Nordeste:
Atenção a Saúde-Sul: Magda Dorr
Atenção a Saúde-Sudeste: Maria Conceição de Souza Rocha
Atenção a Saúde-Centro-Oeste: Lucélia Borges de Abreu
Descentralização, Regionalização e Regulação-Norte:
Descentralização, Regionalização e Regulação-Nordeste:
Descentralização, Regionalização e Regulação-Sul: Arilson Cardoso da Silva
Descentralização, Regionalização e Regulação-Sudeste: Fabiana Lima Simões
Descentralização, Regionalização e Regulação-Centro-Oeste: Rodrigo César Faleiro de Lacerda
Financiamento-Norte: José Carlos Machado de Carvalho
Financiamento-Nordeste: Gildásio Ângelo da Silva
Financiamento-Sul:
Financiamento-Sudeste: Antonio Pedro Pires Jardins
Financiamento-Centro-Oeste: Sílvio Carlos Suassuna de Moraes
Gestão do Trabalho e Educação-Norte: Leonil Nazareno da Cunha Cardoso
Gestão do Trabalho e Educação-Nordeste: Áurea de Menezes T. Oliveira
Gestão do Trabalho e Educação-Sul: Margarette Debortolis
Gestão do Trabalho e Educação-Sudeste: Gilson Urbano Araújo
Gestão do Trabalho e Educação-Centro-Oeste: Eliceide Menezes Lins
Promoção e Vigilância em Saúde-Norte:
Promoção e Vigilância em Saúde-Nordeste: Maria Neuman de Azevedo
Promoção e Vigilância em Saúde-Sul:
Promoção e Vigilância em Saúde-Sudeste: Paulo Fernando Capucci
Promoção e Vigilância em Saúde-Centro-Oeste: Luiz Soares
Participação e Controle Social-Norte: Maria Adriana Moreira
Participação e Controle Social-Nordeste: Wilames Freire Bezerra
Participação e Controle Social-Sul: Marlene Madalena Possan Foschiera
Participação e Controle Social-Sudeste: Marfiza Machado de Novaes
Participação e Controle Social-Centro-Oeste: Larissa Raquel de Pina Maulin
Planejamento e Programação-Norte: Luiz Cláudio Soares Azambuja
Planejamento e Programação-Nordeste: Oscar Capistrano dos Santos
Planejamento e Programação-Sul: João José Cândido da Silva
Planejamento e Programação-Sudeste: Maria Auxiliadora Fundão F. Lima
Planejamento e Programação-Centro-Oeste: Viviane Almeida Nogueira
Município de Pequeno Porte-Norte: Fernando José da Costa
Município de Pequeno Porte-Nordeste: Jean Gledson da Silva
Município de Pequeno Porte-Sul: Ivânia Gleber
Município de Pequeno Porte-Sudeste: Rogério Geraldo Pontes
Município de Pequeno Porte-Centro-Oeste: Sônia Maria de Souza Correia
Município de Médio Porte: Jaime Edalvo Goetz
Atenção a Urgência e Emergência:
Direito Sanitário: Sônia Kamitani Yokoro
Direito Sanitário: Eduardo Dall Acqua
Ciência e Tecnologia: Jorge Otávio Maia Barreto
Assistência Farmacêutica: Raul Moreira Molina Barrios
Capitais: Roseana Maria Barbosa Meira
Regiões Metropolitanas:
Relações Internacionais:
Mercosul e Fronteiras: Eugênio Luiz Lazarotto
Amazônia Legal: Otávio Lacerda de Paula
Amazônia Legal: Hemerson Stênio Negreiro de Almeida
Amazônia Legal: Emanuel Silva
Saúde Indígena: Dário Vicente da Silva
Relações Intermunicipais: Mauro Guimarães Junqueira

CONSELHO HONORÁRIO

Raimundo Bezerra (em memória), Paulo Dantas, José Eri Medeiros, Armando Martinho Bardou Raggio, Gilson Cantarino O Dwyer, Edmundo Gallo, Gilberto Tanos Natalini, Neilton Araújo de Oliveira, Sílvio Mendes de Oliveira Filho, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Sílvio Fernandes da Silva e Edmundo Costa Gomes.

SECRETARIA EXECUTIVA

Secretário Executivo: José Enio Servilha Duarte
Coordenação da Assessoria Técnica: Nilo Brêtas Júnior
Assessores: Blenda Leite Saturnino Pereira, Denise Rinehart, Elizabeth Vieira Matheus da Silva, Gilson Carvalho, Giovana de Paula, Inene Guara Lobo, Joellyngton Medeiros, Jônatas David Gonçalves Lima, José Veloso Souto Júnior, Lenir dos Santos, Marcos Silveira Franco, Neda Blythman de Figueiredo, Nilo Brêtas Júnior, Ricardo Carvalho, Sibebe Maria Gonçalves Ferreira e Sílvio Fernandes da Silva
Sector Administrativo: Cleison Lima Moura, Cristiane Rodrigues, Danielle Matos, John Faber Costa, Maria Ignez Magalhães, Percília Siqueira Bacelar Carvalho, Sílvia Jeane de Macêdo Stotlar, Thiago Gonçalves.
Coordenação Financeira: Celso Divino dos Santos
Sector Financeiro: Cristiane Machado e Wilma Castilhos
Estagiária: Cláudia Felipe

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS
Esplanada dos Ministérios Bloco "G", Edifício Anexo Ala "B", sala 144
CEP: 70.058-900 - Brasília-DF Tel./Fax: (61) 3223-0155 Homepage: www.conasems.org.br
Email: conasems@conasems.org.br

CONASEMS

Conselho Nacional de Secretarias
Municipais de Saúde

Revista CONASEMS

Abril - Maio - 2008 • Ano V • Nº 28

ISSN 1679-9259

EXPEDIENTE

PRODUÇÃO

Giovana de Paula
Edição geral

Helma Kátia
Criação e Direção de arte

Sheila Messerschmidt
Cibelle Souza
Ivandro Oliveira
Ana Ferreira
Caroline Almeida
Valéria Feitosa
Reportagens free lancer

Fotos

Foto Capa

Felix Mariano
Jadson Alves
Wilson Neto
Ilustrações

Felix Mariano
Jadson Alves
Diagramação

Impressão: Athalaia Gráfica
Tiragem: 30.000 exemplares

Miolo: Papel Ripasa - Kromma Gloss 90 g/m²

EXPEDIENTE



EDITORIAL



21
Wilson Neto

A presente edição da Revista traz os principais acontecimentos do XXIV Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e rende homenagens ao SUS e ao CONASEMS, ambos comemorando 20 anos. O Congresso, realizado em abril na cidade de Belém, recuperou a essência do que tem sido o SUS desde a sua criação, e colocou em evidência as grandes lutas empreendidas pelo CONASEMS em favor da saúde pública de qualidade.

Fica claro que resgatar a história do SUS significa também mergulhar na trajetória do CONASEMS. A entidade representativa dos gestores municipais de saúde, que nasceu na Constituição de 88, tem sido uma das protagonistas no processo de amadurecimento do Sistema Único de Saúde.

Pelo CONASEMS passaram nomes importantes da saúde pública brasileira, muitos até hoje atuando direta ou indiretamente na entidade. Grandes bandeiras nacionais, como a defesa de um financiamento justo, se fortaleceram com o trabalho do conselho, que sempre esteve nas mesas de negociação envolvendo os três entes federados. Propostas inovadoras, como a criação de um pacto interfederativo que dê sustentabilidade ao Sistema nos municípios, também vêm brotando da entidade.

Refletir sobre a história da entidade requer, antes de mais nada, reconhecer o trabalho daqueles que vem lutando pelo crescimento do SUS. Por isso, o Congresso do CONASEMS elegeu este ano cinco sanitaristas históricos, para prestar uma homenagem especial. Estes personagens estão presentes na atual edição da Revista CONASEMS para expor suas idéias sobre temas importantes como municipalização, o papel do conasems, desafios do SUS, etc.

Trazemos ainda uma reportagem especial sobre as deliberações do Congresso e a Carta de Belém, com as diretrizes da entidade. Há também uma matéria sobre o trabalho de saúde bucal nos municípios, que tem tirado o Brasil do estigma de país dos desdentados. Aproveite! ■

ÍNDICE

- 2 EDITORIAL
- 4 CURTAS
- 5 ENTREVISTA ENIO, BEATRIZ, HUMBERTO, NELSÃO E JOSÉ MARIA
- 11 TESES COMISSÃO CORREGEDORA TRIPARTITE
- 14 ARTIGO HISTORICO DA MUNICIPALIZAÇÃO NA SAÚDE
- 16 HIPER TEXTO
- 17 RECORTES DO BRASIL SAÚDE NA PARAÍBA
- 23 ESPECIAL CONGRESSO DE SAÚDE - 20 ANOS
- 30 DESENVOLVIMENTO FUNDAÇÃO EZEQUIEL DIAS
- 32 ARTIGO TERRITÓRIOS DA CIDADANIA
- 34 MEMÓRIA
- 35 CONSTRUINDO O SUS PARAÍBA
- 42 PERFIL JÚLIO SUAREZ
- 44 REDE GANDHI
- 46 ARTIGO CARTA DE BELÉM



21
Wilson Neto

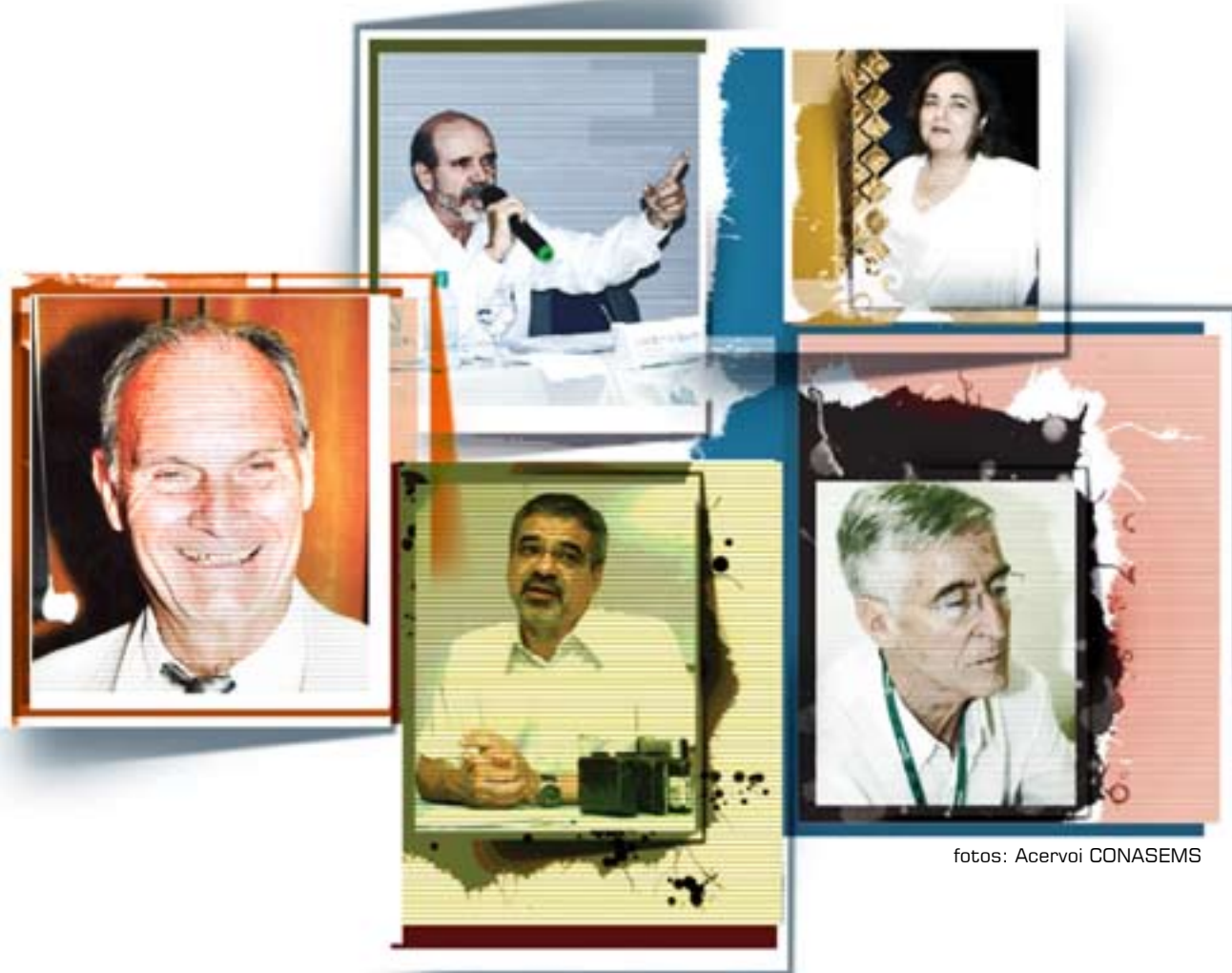
CURTAS

O CONASEMS está participando da Comissão Organizadora do "SUS 20 anos", conduzida pelo Ministério da Saúde. A idéia é desenvolver uma série de atividades ao longo de 2008, que faça referência aos 20 anos do Sistema. Na programação estão previstos eventos comemorativos e a organização de um "acervo virtual" da saúde.

O Sistema Universidade Aberta do Brasil (UAB/MEC) está financiando 2.400 vagas para cinco cursos vinculados à Coordenação de Educação à Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (EAD/ENSP/FIOCRUZ). Os cursos são voltados para profissionais de nível superior, na modalidade de educação à distância e/ou semi-presencial, em nível de especialização e aperfeiçoamento. As áreas de estudo são: Gestão em Saúde, vigilância sanitária, mudança na formação superior, formação de facilitadores de educação permanente e gestão de projetos de investimentos. As inscrições devem ser feitas no site www.ead.fiocruz.br até o dia 19 de junho.

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde selecionou 68 projetos que concorreram ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). O programa é destinado aos cursos de graduação na área de saúde. A lista com as secretarias municipais de saúde aprovadas encontra-se no portal do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br).

A Caravana Estudantil da Saúde, um projeto da União Nacional dos Estudantes (UNE) em parceria com o Ministério da Saúde, percorrerá 27 estados do país, visitando 42 instituições de ensino superior. O objetivo é abrir um canal de discussão sobre as políticas de saúde junto aos estudantes universitários e à sociedade como um todo e, sobretudo, defender os princípios do SUS. A previsão é de que a caravana parta de Porto Alegre. Esta caravana faz parte da programação dos 20 anos do SUS ■



fotos: Acervo CONASEMS

Por Giovana de Paula

Cinco homenagens a cinco grandes nomes da saúde pública brasileira. Beatriz Dobashi, Enio Servilha, Humberto Costa, José Maria Borges e Nelson Rodrigues dos Santos são sanitaristas reconhecidos pelo trabalho em defesa do SUS. Cada um com suas características, mas todos com o objetivo em comum de assegurar aos cidadãos brasileiros um modelo de saúde que prime pela integralidade e pela qualidade. Com exceção de Nelson Rodrigues dos Santos, que nos presenteia com um artigo sobre municipalização, os demais homenageados expõem aqui, de forma direta e sucinta, algumas idéias sobre o SUS. Eles são unânimes ao reconhecer que se trata da maior reforma de Estado brasileira e que, portanto, merece ser preservada.



O ex-ministro da saúde, Humberto Costa, tem um longo currículo acadêmico e parlamentar. Foi deputado federal, deputado estadual e vereador. Além da ampla experiência em âmbito nacional, ele conhece de perto a realidade dos municípios. Em 2001, foi secretário municipal de saúde de Recife. Formado em medicina pela Universidade Federal de Pernambuco, ele acumula pós-graduações em Medicina Geral Comunitária, Clínica Médica e Psiquiatria. Humberto Costa acredita que o processo de municipalização foi responsável pelos avanços do SUS ao longo desses 20 anos.

O SUS NOS SEUS 20 ANOS

O SUS é a política de estado que mais avançou no Brasil. É a maior política pública de inclusão social que o Brasil adotou nesses últimos anos e, naturalmente, grandes avanços foram conseguidos. Problemas existem, nós todos sabemos, mas não há nenhuma dúvida de que o balanço do SUS nesses 20 anos é muito positivo.

O PAPEL DO CONASEMS

O CONASEMS teve um papel muito importante, primeiro porque foi a partir de experiências exitosas dos municípios, que o próprio governo federal e os governos estaduais puderam pensar algumas ações, intervenções específicas. Além disso, os

municípios têm conseguido cumprir melhor as suas responsabilidades, tanto do ponto de vista de serem executores da política de saúde, como de cumprirem as responsabilidades que o SUS obriga, entre elas a de financiamento. Isso tudo não seria possível se nós não tivéssemos secretários comprometidos, pessoas preparadas e, acima de tudo, uma entidade forte, que não somente influi do ponto de vista das decisões do próprio sistema, mas também das decisões dos prefeitos.

MARCOS HISTÓRICOS DO SUS

Naturalmente que o principal é a aprovação da sua existência na Constituição de 1988. A Lei Orgânica da Saúde e a Lei de Descentralização e de Controle Social também são dois marcos extremamente importantes. Não há como deixar de considerar, ainda, a aprovação da Emenda Constitucional 29, que, mesmo com as suas imprecisões, foi um marco histórico importante do SUS. Além disso, vale ressaltar as diversas normas operacionais que o Ministério editou, na medida em que permitiu a organização da atenção básica e posteriormente da assistência de um modo geral, e o Pacto pela Saúde.

MUNICIPALIZAÇÃO

A municipalização representou a possibilidade de efetivamente se consolidar um sistema que cumpra a sua função. Os municípios procuraram se aparelhar para desenvolver o seu papel de execução das ações de saúde, de comando único em termos municipais e, sem dúvida, o processo de municipalização foi responsável pelos avanços do SUS ao longo desses 20 anos. Nós sabemos que o sistema é tripartite, mas acredito que o município é o ente mais importante dentro do sistema.

DESAFIOS

Acho que são dois grandes desafios: o primeiro é a questão do financiamento e isso é o que provoca vários dos problemas que o sistema enfrenta. Nós precisamos ter os recursos necessários para o funcionamento do sistema, e o que temos visto historicamente é que não conseguimos avançar em ter mais recursos para saúde da maneira que seria ideal e necessária. Outro grande desafio é garantir a responsabilidade dos diversos entes da federação com o seu papel. Então, eu continuo a defender a idéia de que se faz necessário o estabelecimento de uma legislação que defina claramente as responsabilidades sanitárias de todos os atores no Sistema Único de Saúde, que possa transformar os diversos pactos em pactos com representatividade legal, com instrumentos para o cumprimento dessas responsabilidades e obrigações e para uma legitimação desses pactos feitos entre estados, municípios e o governo federal.

Beatriz Figueiredo Dobashi é médica e trabalha com saúde pública desde que se formou em 1975, na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Seu primeiro trabalho foi como médica de unidade básica de saúde, fazendo o que hoje fazem os médicos de saúde da família. Depois de 10 anos na Secretaria Estadual de Saúde/MS, fez concurso para a Fundação SESP (hoje FUNASA), onde trabalhou outros 10 anos com saneamento rural e controle de doenças. Durante 08 anos foi gestora municipal de saúde da cidade de Campo Grande/MS. Em 2005 e 2006 exerceu a função de coordenadora técnica do CONASEMS e desde janeiro de 2007 é gestora de saúde no estado de Mato Grosso do Sul. Para ela, os grandes marcos do SUS também se estabelecem no dia-a-dia, quando um pequeno município assume de fato a responsabilidade pela saúde dos seus munícipes e consegue contribuir para a qualidade de vida daquelas pessoas.

O SUS NOS SEUS 20 ANOS

Mesmo para o mundo globalizado, 20 anos é um período curto em termos de mudanças efetivas. Porém, o SUS conseguiu essa proeza ao garantir acesso a milhões de pessoas em diversos níveis de atenção à saúde. Sem dúvida, é a maior política de inclusão social de todos os tempos e é por isso que sempre devemos reafirmar nosso compromisso com seus princípios e diretrizes. O SUS que queremos é aquele por que lutamos sempre: um direito de cidadania. Sem subterfúgios, sem alternativas.

O PAPEL DO CONASEMS

O CONASEMS representa a voz dos municípios na organização e operacionalização do SUS e a garantia de que a pluralidade brasileira esteja respeitada nas decisões tomadas. Seu papel é fazer isso numa via de mão dupla: levando as informações e discussões aos municípios e trazendo suas reivindicações e peculiaridades aos fóruns de decisão. Sua grande missão é contribuir para a qualificação da gestão municipal em saúde, fortalecendo os vínculos regionais.

MARCOS HISTÓRICOS DO SUS

Os marcos históricos são aqueles conhecidos por todos desde o Movimento da Reforma Sanitária até a celebração do Pacto pela Saúde, que resgata a responsabilidade sanitária solidária entre os gestores, passando por diversos momentos importantes como as ações Integradas, o fortalecimento dos espaços de controle social e a substituição da lógica de produção de serviços pela co-gestão entre entes públicos. Mas também são marcos importantes os acontecimentos do dia-a-dia, quando um pequeno município assume de fato a responsabilidade pela saúde dos seus munícipes e consegue contribuir para a qualidade de vida daquelas pessoas.



MUNICIPALIZAÇÃO

A municipalização representa a possibilidade de adotar iniciativas inovadoras e adequadas à realidade de cada comunidade na busca de solução para os problemas de saúde. Representa a possibilidade real do controle social e a concretização das ações de atenção. É no município que os fatos acontecem; é no município que os diversos atores se articulam e é explicitada a produção social da saúde.

DESAFIOS

Os desafios são muitos, pois nem superamos os antigos e aparecem novos. Ainda não temos o acesso ideal. Ainda não chegamos à atenção básica acolhedora e resolutiva em todos os lugares. Ainda não nos livramos da medicalização excessiva. Ainda não interiorizamos de fato as equipes de saúde. Ainda não utilizamos realmente a vigilância em saúde e a territorialização como instrumento de organização da atenção. A judicialização da saúde está tomando contornos perigosos que podem tirar o foco da organização das linhas de cuidado para atender às demandas pontuais, cujos prazos de “24 horas” impedem qualquer avaliação ou articulação dentro do sistema já existente. Também nos falta o financiamento suficiente e permanente, capaz de garantir sustentabilidade aos serviços.



Nossa luta deve continuar para que os municípios tenham maior autonomia na gestão, fortalecendo a governança local, para atender as necessidades dos cidadãos.

O médico sanitarista José Enio Servilha Duarte é profundo conhecedor da gestão municipal de saúde. Na academia fez graduação na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, residência em Medicina Preventiva, pós-graduação em Saúde Pública e especialização em Planejamento do Setor Saúde. A formação acadêmica lhe rendeu a experiência de professor da faculdade em que se formou e os cargos de diretor-presidente da Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília (SP) e diretor-administrativo da Faculdade de Medicina de Marília. Desde 2005 ele vem atuando como secretário executivo do CONASEMS, cargo que assumiu ao deixar a diretoria de comunicação da entidade, quando era secretário municipal de saúde de Marília. Ele foi também presidente do COSEMS/SP. Para Enio, o SUS não teria avançado tanto caso os municípios, representados pelo CONASEMS, não tivessem papel ativo nas pactuações.

no período da ditadura. Seu projeto foi retomado, em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, com o início da redemocratização do país, sendo consolidado na Constituição Federal e nas Leis Orgânicas da Saúde. Contudo, sabemos que temos que continuar lutando para que a municipalização seja completa, que possibilite a superação dos constrangimentos financeiros e legais necessários para a execução adequada das políticas de saúde municipal. Nossa luta deve continuar para que os municípios tenham maior autonomia na gestão, fortalecendo a governança local, para atender as necessidades dos cidadãos.

O PAPEL DO CONASEMS

Falar do CONASEMS nos faz pensar na história da Reforma Sanitária Brasileira. A fundação do CONASEMS ocorreu em 1988, período marcado pelo Movimento Sanitário Brasileiro e, sobretudo, pela garantia constitucional da saúde como um direito de todos os cidadãos brasileiros. Foi assim que o CONASEMS foi criado, tendo como tarefa a representação das secretarias municipais de saúde nos espaços de pactuação do SUS e como objetivo apresentar e defender a realidade e as necessidades dos municípios. Passados 20 anos podemos pensar: Como seria o SUS e suas normatizações se o

O SUS NOS SEUS 20 ANOS

Sem dúvida, o SUS é hoje a maior política pública de saúde do mundo e representa o maior projeto público de inclusão social. É uma conquista do movimento sanitário brasileiro, que teve um marco importante na 3ª Conferência Nacional de Saúde, em dezembro de 1963, mas que foi interrompido



CONASEMS não estivesse na mesa de pactuação do SUS? Em que medida as necessidades dos municípios estariam contempladas nas discussões? Podemos afirmar que o SUS só se efetiva com a participação desses atores fundamentais que são os municípios, representados pelo CONASEMS. Contudo, é preciso ressaltar a importância do envolvimento das secretarias municipais de saúde para o fortalecimento do CONASEMS. Afinal, representar mais de cinco mil municípios só é possível se conseguirmos o engajamento significativo dos Secretários Municipais de Saúde e, sobretudo, dos COSEMS.

MARCOS HISTÓRICOS DO SUS

Grandes temas foram destacados pelos gestores municipais de saúde ao longo da história do SUS: financiamento, modelo de atenção à saúde, controle social, gestão do trabalho, entre outros. A cada tema evidenciado surgiram propostas apresentadas pelos gestores municipais, contribuindo na participação, formulação e operacionalização de ações estratégicas consubstanciadas nas Leis Orgânicas da Saúde - Lei 8.080 e a Lei 8.142 do controle social. É importante salientar a importância da participação efetiva dos municípios na organização e realização das Conferências de Saúde nas três esferas de governo, contribuindo com a democratização do SUS. Além disso, é importante destacar as NOBs e NOAS, que contaram com a contribuição do CONASEMS e permitiram o desencadeamento de um processo de discussão do SUS Pós-NOB, por iniciativa dos gestores municipais no seu Congresso de Natal, que culminou no Pacto pela Saúde aprovado em 2006. O entendimento do CONASEMS é de que o Pacto pela Saúde deve ser a agenda prioritária de todos os atores do SUS, utilizando-se desta estratégia para a sua consolidação, com a execução de ações solidárias e cooperativas entre as três esferas de governo.

MUNICIPALIZAÇÃO

O CONASEMS sempre teve como um de seus principais objetivos o aperfeiçoamento da municipalização da saúde, pois acreditamos que a municipalização bem conduzida é indispensável para o avanço do SUS. Contudo, na nossa visão a transferência de responsabilidades para a gestão municipal não foi acompanhada por um financiamento consistente. Além disso, a excessiva normatização burocrática tem levado a uma redução da autonomia da gestão municipal. Os municípios passaram a responder às políticas induzidas centralmente e a administrar conflitos e dificuldades do modelo de

gestão vigente. Reduzindo a autonomia da gestão municipal, também se reduz a possibilidade de expansão dos serviços de saúde de forma suficiente para atender as necessidades dos municípios. Atualmente estamos debatendo a importância de se consolidar o Pacto Interfederativo, que compatibilize a autonomia e as responsabilidades das três esferas de governo. Um Pacto com respaldo jurídico e que permita que os gestores atuem de forma cooperativa, solidária e com responsabilidades bem definidas, permitindo maior eficiência nas ações de saúde e a melhoria das condições de saúde da população.

DESAFIOS

Eu apontaria seis grandes desafios:

1) Continuar lutando pela aprovação imediata da EC 29, o que garantirá melhoria no financiamento. Vencida esta etapa, recuperar o financiamento previsto no Capítulo da Seguridade Social da Constituição Federal, o que garantirá um financiamento consistente, solidário e sustentável para o SUS.

2) Fortalecer o Pacto pela Saúde como uma agenda prioritária dos gestores das três esferas de governo, utilizando-se desta estratégia para a consolidação do SUS e, sobretudo, para a execução de ações solidárias e cooperativas;

3) Mudança do modelo de atenção à saúde com foco na promoção da saúde e na organização de redes de atenção e linhas do cuidado, que possibilitem a integração, interdisciplinaridade e autonomia dos entes na execução das ações de saúde;

4) Definir estratégias para o enfrentamento das desigualdades regionais, vazios assistenciais e concentração de serviços;

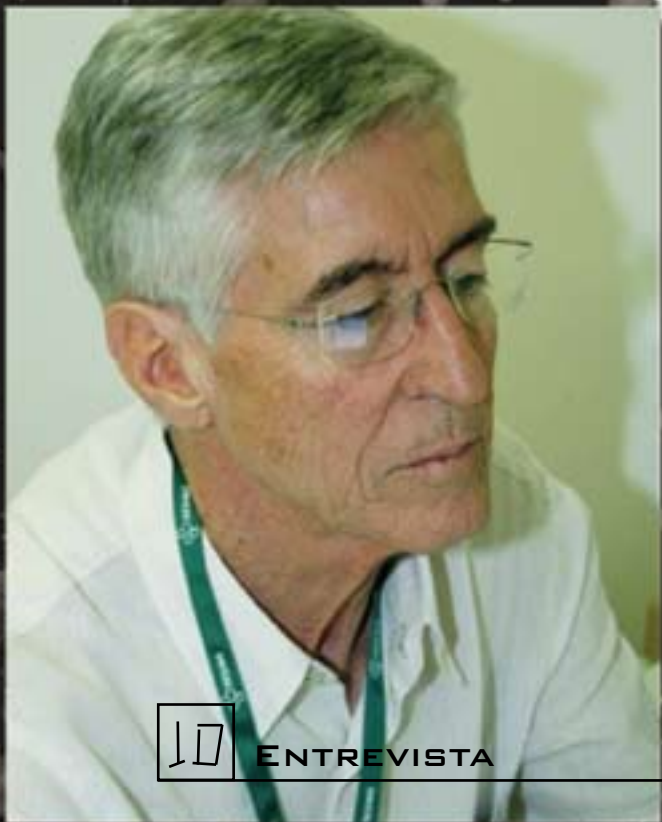
5) Buscar um financiamento global para a atenção à saúde, rompendo com a política de incentivos e "caixinhas". Contudo, enquanto não se construa o financiamento global, avançar na atual proposta de bloco de financiamento, permitindo os vasos comunicantes entre os mesmos e tornando o bloco de gestão, hoje fragmentado em várias ações, em um grande apoiador da gestão municipal, o que reforçará a eficiência e autonomia da gestão municipal;

6) Contribuição com a promoção de uma política de gestão do trabalho que possibilite a valorização do trabalho e do trabalhador de saúde, com destaque para a implementação de carreiras municipais de saúde, princípio seminal para a consolidação do SUS. Também é importante a implementação da política de educação permanente em saúde de forma integrada com a política de educação em saúde nas três esferas de governo.

O médico José Maria Borges conhece de perto os desafios de gerir o Sistema Único de Saúde em uma cidade de grande porte. Por duas vezes secretário municipal de saúde de Belo Horizonte, ele acumula ainda a experiência de ter sido secretário de saúde do Estado de Minas Gerais. Graduado pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, fez pós-graduação em Tropical Public Health – London School of Hygiene and Tropical Medicine em Londres. Para o médico, um dos grandes desafios do SUS é fazer uma revolução completa na organização da atenção primária.

O SUS NOS SEUS 20 ANOS

Não há dúvidas de ser o maior programa de inclusão social já concebido e implantado no campo das políticas sociais no continente. Tem ainda gargalos a serem vencidos, principalmente num financiamento adequado para a assistência.



SUS e CONASEMS guardam relação de absoluta complementaridade.

O PAPEL DO CONASEMS

As políticas públicas podem ser concebidas de forma centralizada, mas sua execução só pode efetuar-se no município. Assim, a visão dos municípios sobre a concepção de políticas é essencial. Coube ao CONASEMS, nestes vinte anos, incorporar a opinião, traduzindo a visão dos municípios para a melhor formatação e execução dos programas nacionais de saúde. SUS e CONASEMS guardam relação de absoluta complementaridade.

MARCOS HISTÓRICOS DO SUS

Embora hoje estejamos readequando e reformulando, no Pacto Pela Saúde, o papel dos Municípios, Estados e Governo Federal, um momento importante na evolução do SUS foi a valorização e responsabilização dos Municípios na NOB - A Municipalização é o Caminho.

MUNICIPALIZAÇÃO

A municipalização continua sendo um marco fundamental. É no âmbito do Município que as ações ocorrem e as respostas precisam ser dadas com agilidade e qualidade. É na organização de um sistema municipal competente na atenção primária, como unidade motora dos outros níveis no próprio município, na microrregião, na macrorregião, nos estados e no país que o SUS deverá avançar e vencer os desafios ora identificados.

DESAFIOS

Revolução completa na organização da atenção primária, não só dando a ela qualidade e resolutividade, mas o papel de centro coordenador e irradiador de toda a organização do SUS. Financiamento adequado, definido em Lei Ordinária da Saúde e Assistência. Controle Social, onde a sociedade como um todo esteja representada e não apenas segmentos organizados. Gestão profissional e educação permanente em todos os níveis do sistema, entre outros. ■

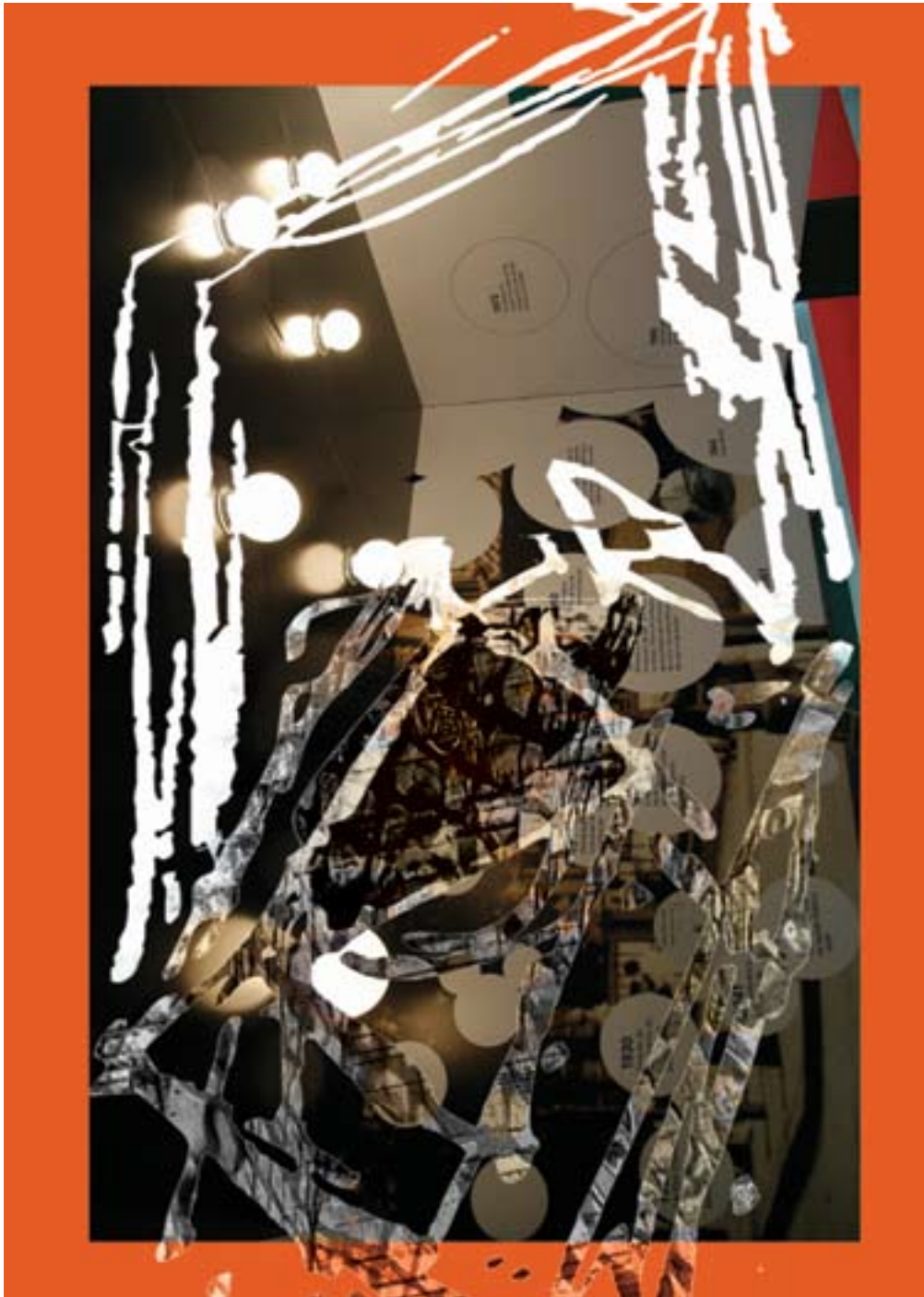


Ilustração: Felix Mariano

COMISSÃO CORREGEDORA TRIPARTITE COMEÇA A FUNCIONAR

Uma boa notícia para gestores de saúde e profissionais do Sistema Nacional de Auditoria. Finalmente foi instituída a Comissão Corregedora Tripartite, que terá o desafiante papel de deliberar sobre os mecanismos de fiscalização da aplicação de recursos. A repórter Valéria Feitoza mostra quais são as expectativas em torno do trabalho da comissão.

Após 12 anos de discussão, gestores do Sistema Único de Saúde comemoram a publicação da Portaria 2.123/07, que instituiu a Comissão Corregedora Tripartite (CCT). Esta Comissão representa na prática a criação de um espaço democrático de diálogo, envolvendo as três esferas de governo responsáveis pelo funcionamento do SUS.

O Sistema Único de Saúde foi concebido e implantado para ter sua gestão e fiscalização descentralizadas, com atuação solidária entre a União, os estados e municípios. A própria lei federal 8.080/90 determinou em três artigos a criação de um Sistema Nacional de Auditoria (SNA), "em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal". O SNA foi regulamentado por meio do Decreto 1.651/95 que prevê a criação da CCT, com a função de identificar distorções no SNA, propor soluções, resolver impasses, requerer providências para apuração de denúncias e aprovar a realização de atividades de controle, avaliação e auditoria nos casos em que a autoridade competente se mostrasse omissa ou incapaz de executá-las.

Hoje, ao mesmo tempo em que celebram este avanço, gestores debatem a definição do funcionamento e a metodologia de trabalho da CCT, com base nas atribuições estabelecidas no Decreto citado acima. Além disso, a Comissão está em processo de discussão para estabelecer quais as prioridades a serem discutidas daqui para frente.

Segundo José Luiz Riani, diretor do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), a criação da CCT representa um amadurecimento e um avanço, pois houve o fortalecimento de uma outra visão sobre o que é o SUS hoje e também sobre a importância do caráter tripartite em todos os aspectos do sistema.

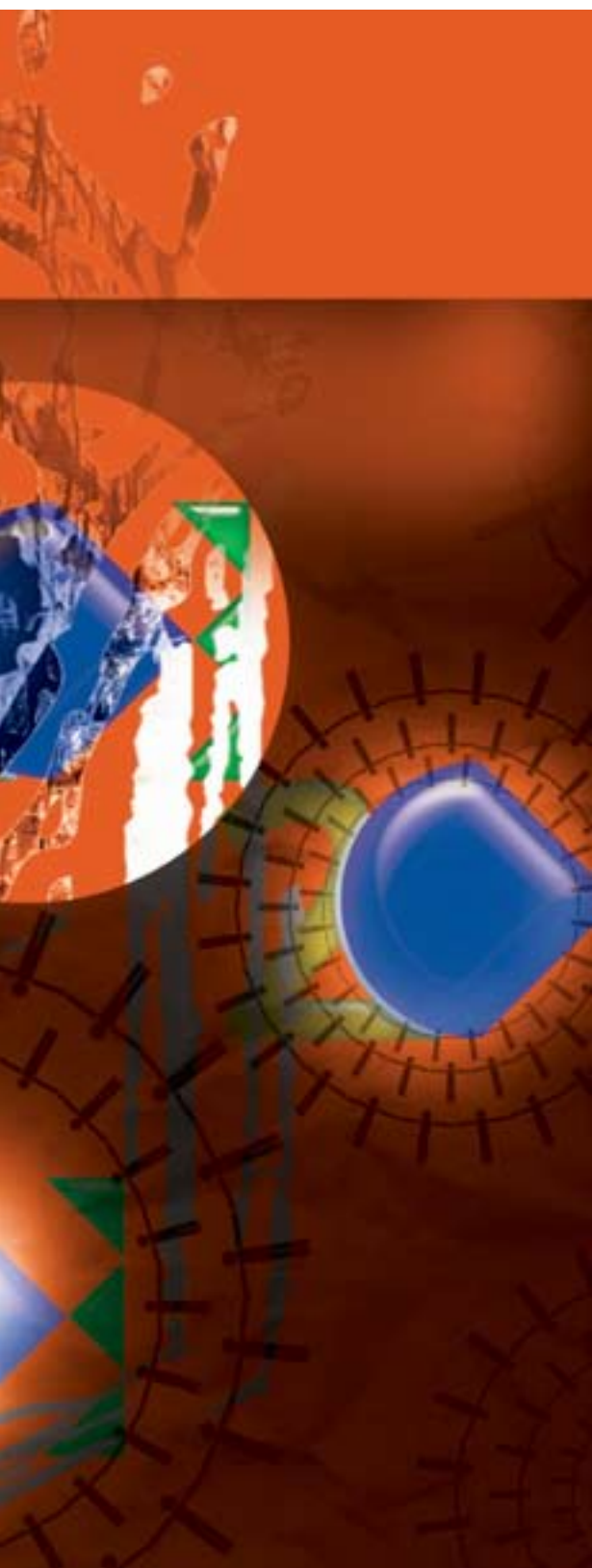
A consultora jurídica do CONASEMS, Lenir Santos, e o vice-presidente da entidade, Antônio Carlos Figueiredo Nardi, lembram o longo processo de discussão para que se avançasse até a criação da CCT. Eles concordam, entretanto, que a criação dessa comissão marca o início de um processo de reorganização e correção de problemas que dificultam o funcionamento do SUS.

Ainda em fase inicial, a CCT começa a debruçar-se nas questões práticas, da aprovação do regimento aos problemas mais emergenciais a serem resolvidos. "O que percebemos é que precisamos discutir questões de vários tipos: do conceito de auditoria à estrutura de fiscalização nos estados e municípios, passando pelas metodologias", resume José Luiz Riani.

É papel do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) verificar a conformidade da aplicação de recursos da saúde com os padrões estabelecidos ou ainda detectar situações que exijam maior aprofundamento. O Sistema pode iniciar um processo de auditoria a partir de uma demanda e/ou após avaliar a necessidade de realizar a ação.

A consultora Lenir Santos afirma que um dos enfoques da comissão será refletir sobre a forma de atuação dos auditores federais. "Isso deverá ser analisado pela Comissão e deverão ser propostas mudanças que permitam ao Denasus apurar malversação de recursos sem, contudo, invadir o poder discricionário do administrador na aplicação dos recursos na saúde", pondera.





Segundo Antônio Nardi, vice-presidente do CONASEMS, “precisamos debater a forma como os auditores realizam seu trabalho que, em nossa opinião, deve ter o enfoque pedagógico. O auditor não pode partir do pressuposto de que todo gestor é mal intencionado, por isso sua atuação deve ser de cunho educativo e, sobretudo, de maneira democrática, a fim de possibilitar a escuta e a garantia de que a análise do processo seja isenta e transparente”.

O objetivo é adequar o cumprimento de portarias e normatizações, seguidas pelos auditores ao analisar as aplicações de recursos, sem que, de certa forma, a administração fique engessada. “Para os gestores, muitas vezes parece que o auditor não entende o real funcionamento do SUS e o emaranhado de normas que regem o sistema, e tem dificuldade em manter uma coerência”, analisa Antônio Nardi.

Para facilitar o trabalho da gestão municipal, Lenir Santos sugere que os auditores se concentrem mais na forma como o plano de saúde é cumprido do que na forma como o gasto foi realizado. Essa é uma questão que pode ser disciplinada na comissão. “O auditor não pode entrar na seara que está no poder discricionário do administrador. É o administrador quem deve decidir se, diante de uma determinada situação, deve agir desse ou daquele modo”, completa.

José Luiz Riani explica que, em todas as auditorias, os gestores estaduais e municipais têm o direito de apresentar documentos que justifiquem a forma de aplicação dos recursos e que eles são analisados antes que o processo seja encaminhado. Porém, alguns gestores reclamam da dificuldade de comunicação que às vezes impossibilita a apresentação de defesa em tempo hábil.

Riani atribui isso à dificuldade de organização e diálogo entre os entes envolvidos no processo e também destaca que a CCT terá papel fundamental para resolvê-los. “Pode ser que, ao longo das reuniões, a comissão chegue à conclusão de que algumas portarias precisam ser revistas. Também estamos mudando a forma de apresentação dos relatórios de auditorias para facilitar a defesa ponto a ponto, e vejo a necessidade de se distribuir melhor as tarefas entre União, estados e municípios no processo de fiscalização”, enumera. “De qualquer forma, o objetivo final é garantir o acesso do cidadão ao sistema de saúde, e nisso todos estamos de acordo”, conclui.

COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO CORREGEDORA TRIPARTITE

- I - velar pelo funcionamento harmônico e ordenado do SNA;
- II - identificar distorções no SNA e propor à direção correspondente do SUS a sua correção;
- III - resolver os impasses surgidos no âmbito do SNA;
- IV - requerer dos órgãos competentes providências para a apuração de denúncias de irregularidades que julgue procedentes; e
- V - aprovar a realização de atividades de controle, avaliação e auditoria pelo nível federal ou estadual do SNA, conforme o caso, em Estados ou Municípios, quando o órgão a cargo do qual estiverem afetadas mostrar-se omissas ou sem condições de executá-las. ■



Ilustração: Wilson Neto e Jadson Alves

OS MARCOS HISTÓRICOS DA MUNICIPALIZAÇÃO NA SAÚDE

Por Nelson Rodrigues dos Santos

O que a Municipalização representa para o SUS

Por mais de uma década, a partir do final dos anos 70 do século passado, a sociedade e o legislativo apoiados pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira foram ampliando, aprofundando e legitimando o debate sobre um sistema público de saúde com base nas necessidades e direitos de toda a população e por isso norteado pelos ousados princípios e diretrizes da Universalidade, Integralidade, Igualdade, Participação, Descentralização com ênfase na Municipalização e a Hierarquização/Regionalização. A grande ousadia consubstanciou-se na aprovação Constitucional em 1988 e na Lei Orgânica da Saúde em 1990, sendo que a concretização e o avanço da municipalização significaram o maior impacto da ousadia, devido não só à surpreendente politização do movimento municipal com base nos direitos sociais, como à coragem cívica de assumir na prática, mesmo sob condições adversas e de risco, constituindo-se no fator decisivo da maior inclusão social conhecida, por meio de uma acertada política pública, em apenas uma década (anos 90).

Antes, por volta de 40% da população era excluída de qualquer dos subsistemas existentes, dependendo somente da caridade. Não por outro motivo 2007 encerrou-se com 27 mil equipes de saúde de família cobrindo 87 milhões de pessoas, além de 2,7 bilhões de atendimentos ambulatoriais, 610 milhões de consultas, 212 milhões de atendimentos dentários, 150 milhões de vacinações, 403 milhões de exames laboratoriais, 10,8 milhões de internações, 2,1 milhões de partos, 3,1 milhões de cirurgias (215 mil, cardíacas), 23 milhões de ações de vigilância sanitária, o controle da AIDS mais avançado dos países do 3º mundo e outras realizações que atestam surpreendente esforço e eficiência quando o financiamento público per-capita permanece um dos mais baixos do mundo.

No bojo deste histórico papel, o coletivo das Secretarias Municipais de Saúde sempre gerou uma vanguarda de secretários(as) que traduz a inexorável pressão das necessidades diárias da população, resultante da própria proximidade física, política e social, por meio de uma permanente reação em busca não só da cobertura e inclusão como também da Integralidade e Igualdade. Como bela lição política, o universo das SMS vem nestes 20 anos identificando esta vanguarda e elegendo-a para as direções nacional e estaduais. Algumas SMS dessa vanguarda, poucas, mas muito emblemáticas, estão conquistando as camadas médias da sociedade que deixam de optar por planos privados de saúde. Esta mesma vanguarda debate hoje, com grande experiência e consequência, a estratégia da implementação dos princípios e diretrizes da Hierarquização/Regionalização, isto é, da articulação e ordenamento das redes regionais de serviços e cuidados integrais à população, em negociação e pactuação com as Secretarias de Estado da Saúde.

As raízes e a trajetória da municipalização

O movimento municipal de saúde nasce ao final dos anos 70, simultaneamente ao nascimento do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, e suas primeiras entidades: o CEBES e a ABRASCO. Foram dois nascimentos paralelos, não articulados entre si naquela época, mas ambos no bojo do movimento maior que se ampliava em toda sociedade, o das lutas pelas liberdades democráticas contra a ditadura. Os primeiros encontros regionais e nacionais de secretarias e departamentos municipais de saúde datam desta época, e a seguir no início dos anos 80, os primeiros Colegiados ou Associações estaduais de secretários municipais de saúde são criados e intensificam atuação por nova política nacional de saúde que reconheça novos papéis dos municípios, como foi o caso dos convênios das Ações Integrais de Saúde em 1983. Estes colegiados e associações já são atuantes embriões dos futuros COSEMS.

Na organização da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, as 12 vagas estipuladas inicialmente para a delegação dos municípios foram, em duas semanas de intensivos pleitos, elevadas para 80, bancada esta que além de participar ativamente nos temas centrais da conferência, reuniu-se várias vezes e aprovou um relatório próprio que foi lido e aprovado na plenária final da conferência e anexado ao relatório final. Neste relatório próprio já estava preconizada a criação de entidade nacional das SMS.

Na composição da Comissão Nacional da Reforma Sanitária que atuou intensivamente em 1987 e 1988 e cujo relatório final foi o maior respaldo às discussões na Assembléia Nacional Constituinte, os Municípios estavam representados por dois secretários municipais que coordenavam dois colegiados: o do estado de São Paulo e o do estado de Minas Gerais. Este processo rico e democrático gerou a criação dos COSEMS nos Estados e por final, em 1988, o CONASEMS. Hoje, o movimento municipal na saúde debruça-se sobre o desafio da construção da Regionalização e de novas parcerias e pactuações com o CONASS e o Ministério da Saúde, sob o signo do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, e com a visão de que a célula sistêmica do SUS em construção é a Região de Saúde. ■

Nelson Rodrigues dos Santos é Médico sanitársta, diretor CEBES(Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) e presidente do IDISA Instituto de Direito Sanitário Aplicado





A Saúde na Paraíba

João Pessoa é considerada a segunda cidade mais arborizada do mundo. O Ministério da Saúde destacou a capital paraibana como o primeiro lugar em atendimento odontológico e a população comemora a queda nos indicadores de mortalidade infantil. Como mostra o repórter Ivandro Oliveira, os bons resultados, verificados também em outras cidades da Paraíba, são frutos de um esforço coletivo.

A Paraíba fica no ponto extremo oriental do Brasil. Com área de 56 mil km² e pouco mais de 3,3 milhões de habitantes, o Estado se notabilizou por seus contrastes naturais e pelo privilégio de abrigar belezas como a Ponta dos Seixas, lugar do continente americano mais perto da Europa e da África. Com 223 municípios, a sua capital é João Pessoa, a terceira cidade mais antiga do país.

Com a conquista recente de bons índices na saúde, o estado avança na redução da mortalidade infantil e no crescimento da expectativa de vida do seu povo. Os indicadores positivos são resultado do bom trabalho realizado nos municípios. João Pessoa (localizada na Zona da Mata), Catolé do Rocha (região do Sertão) e Riacho de Santo Antônio (Cariri) são bons exemplos de gestão que buscam aperfeiçoar a prestação de serviços dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segunda cidade mais arborizada do mundo, título conferido por técnicos das Nações Unidas durante a Eco 92 (evento internacional realizado no Brasil), João Pessoa aposta na melhoria da qualidade de vida dos seus habitantes. Para tanto, busca disponibilizar uma rede de serviços e cuidados que respeitem os cidadãos. A organização da rede de saúde na cidade é uma meta constante que vem norteando os investimentos. A gestão municipal tem aplicado recursos próprios acima dos limites constitucionais de 15%, chegando, nos últimos três anos, a investir em média 17% na melhoria dos serviços, além dos recursos federais que recebe.

De acordo com a secretária de saúde de João Pessoa, Roseana Meira, foi necessário resolver vários problemas que estavam acumulados ao longo do tempo na saúde da cidade. "Agora temos nossas unidades funcionando dentro das condições necessárias para atender a população. Nesse ano de 2008, até junho, estaremos entregando à população oito Unidades Integradas, que abrigam quatro Equipes de Saúde da Família e contam com estrutura completa e moderna, inclusive com marcação de consulta e exames especializados nas unidades, coleta para exame laboratorial, além de reformas nos hospitais", anuncia.

Nesta gestão foram inauguradas 11 novas Unidades de Saúde da Família (USF), que abrigam quatro equipes e são responsáveis pela atenção primária. Cada unidade teve um custo médio de R\$ 550 mil com recursos próprios. As 44 equipes de saúde da família, formadas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de odontologia e de enfermagem, além dos agentes comunitários de saúde, são responsáveis pelo atendimento de 52 mil famílias. A previsão é que sejam entregues mais 4 USF ainda em 2008, contendo no total 16 equipes.

Para o aposentado Otacílio Pessoa, 67 anos, morador do bairro do Cristo Redentor, a abertura da 'USF Espaço Saúde', que foi inaugurada recentemente, representa melhor atendimento para a população necessitada: "Hoje é um dia feliz para nossa

comunidade. Agora não preciso mais me deslocar para conseguir atendimento" – disse o aposentado, que mora no bairro há mais de 27 anos.

Diversas experiências de promoção da saúde e prevenção às doenças estão sendo desenvolvidas nas USF. Aos poucos, os profissionais e a comunidade estão construindo práticas de saúde participativas. Alfabetização de idosos, grupos de caminhadas, artesanato, fitoterapia, grupos de gestantes, terapia comunitária, trabalhos artísticos com adolescentes, teatro no combate à dengue e controle da hipertensão são algumas demonstrações do que vem ocorrendo nas relações diárias entre equipes de saúde e comunidade.





Para a secretária de João Pessoa, a grande aposta é a constituição de uma política de saúde centrada no usuário e em defesa da vida, tendo a educação permanente como estratégia de gestão para transformar a prática. "O desafio é a construção de qualidade e humanização, movimentos como o acolhimento tem se colocado como instrumentos de mudança, facilitando o acesso a produtos de saúde e maior escuta das necessidades da população".

O acolhimento com classificação de risco, um dispositivo implantado nas USF, representa uma nova maneira de receber o usuário que busca o serviço de saúde. Se antes o atendimento ocorria por ordem de chegada e por cronogramas engessados ('dia da mulher', 'dia da criança', ou 'dia do idoso'), atualmente as equipes de saúde realizam, sempre às 7h e às 13h, uma escuta qualificada dos usuários, organizando a atenção a partir das necessidades de cada um e fazendo o encaminhamento individual, estabelecendo prioridades e criando um fluxo lógico.

A atenção especializada e os serviços hospitalares também passam por mudanças. Algumas delas são reformas e construções, credenciamento de novos leitos de UTI e ampliação da oferta de consultas e exames.

O Hospital Municipal Santa Isabel (HMSI), que funciona como uma espécie de pronto-socorro da cidade, ganhou mais quatro leitos de UTI, totalizando atualmente 10 leitos. Foi feita uma reforma no hospital cujo orçamento ficou em torno de R\$ 335 mil (recursos próprios).

A oferta de consultas e exames é, a exemplo de outras cidades, uma das grandes dificuldades que o município enfrenta. De acordo com a administração municipal, o excesso de usuários demandados para o município, em alguns casos, está muito além das pactuações estabelecidas, e ainda existe a demanda espontânea que chega à cidade. O esforço da secretaria tem sido aumentar a oferta de algumas especialidades como consultas em pneumologia, que teve uma ampliação de 1.584 em 2004, para 3.078 em 2008; gastroenterologista, que saltou de 1695 em 2004 para 2578 em 2008; ou mesmo no conjunto geral de especialidades, que ampliou de 43.180 consultas realizadas em 2004, para 58.697 previstas para 2008.

Existem dois serviços em parceria com o governo federal que têm ajudado a qualificar o atendimento no município de João Pessoa. Um deles é o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), que recebeu em 2006 uma nova sede com padrão internacional. O Samu de João Pessoa está entre os primeiros do país que mantém convênio com a Polícia Rodoviária Federal para o socorro aéreo de helicóptero a possíveis vítimas de acidentes nas rodovias federais que cortam o Estado.

Outro serviço importante é realizado no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), que tem uma sede no Centro e outra em Mangabeira. A partir do estabelecimento de uma linha de cuidado em Saúde

Bucal, o Ministério da Saúde destacou a capital paraibana como primeiro lugar em atendimento odontológico especializado no Nordeste, atingindo mais de 13% da população. No que se refere ao atendimento básico de saúde bucal, a cidade ocupa a quinta posição e os serviços oferecidos atingem mais de 56% da população.

A Secretária Municipal de Saúde, Roseana Meira, diz que a construção de uma rede de cuidados no município de João Pessoa vai além das obras que estão sendo entregues. Para ela, a construção e fortalecimento do SUS ocorre a partir da participação e envolvimento da população, dos trabalhadores e dos gestores: “Só vamos construir um Sistema Único de Saúde de verdade, resgatando o direito do cidadão, a qualidade da atenção, a humanização e a integralidade, se tivermos uma equipe de pessoas que construa esse projeto, acreditando na importância dessas idéias e sendo militante do SUS.” – observa. Por isso a gestão tem investido na recomposição de perdas salarial ao longo dos últimos dez anos. “Estamos apresentando Plano de Cargos, Carreira e Remuneração para trabalhadores efetivos da SMS-JP, isso possibilita crescimento e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde”.

Para estabelecer uma nova dinâmica nos serviços de saúde, com o envolvimento e participação de todos os que constroem o SUS na capital paraibana, a gestão municipal vem apostando em algumas políticas como o “matriciamento”, que consiste em encontros de acompanhamento sistemático dos problemas e potencialidades da rede de saúde, em que as equipes dos Distritos Sanitários (DS), o apoio técnico às unidades e as diversas áreas de atenção e de vigilância à saúde compartilham informações e planejam ações a partir da realidade e necessidade das comunidades.

Combater o sedentarismo e ter uma vida saudável também faz parte das ações de saúde da atual gestão. Mais de 1.200 moradores estão participando da atividade João Pessoa Vida Saudável, realizada em seis praças da cidade. Todos os dias, das 5h30 às 8h30, professores e estagiários de Educação Física promovem atividades físicas como alongamento, ginástica aeróbica e localizada, dança e atividades de lazer, além da conscientização sobre alimentação e hábitos saudáveis, ajudando a população a prevenir doenças e obter mais qualidade de vida.

Catolé do Rocha

Na Paraíba, o Sertão é a região que melhor simboliza os contrastes do Estado. Em que pese as dificuldades inerentes a uma região perseguida pelo fenômeno drástico da Seca, o município de Catolé do Rocha, a 444 Km da Capital João Pessoa, tem reunido esforços para avançar na condução e na gestão da saúde pública.

Fotos: Acervo Secretaria de Municipal de Saúde



A busca pela melhoria dos serviços e a preocupação em estabelecer uma verdadeira “rede de cuidados” à população usuária do SUS tem sido uma meta no município, que no início dessa década não dispunha de uma única equipe da Estratégia de Saúde da Família. Oito anos depois, Catolé do Rocha, cidade com mais de 28 mil habitantes, já conta com nove equipes de saúde da família e mais cinco unidades âncoras do programa, perfazendo um quantitativo de 14 equipes, o que representa uma cobertura de quase 90% da população.

Com o estabelecimento de uma linha definida em Saúde Bucal, na parceria com o Ministério da Saúde, Catolé do Rocha implantou um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), que abriga um laboratório de prótese para atender a população do município e de outras cidades. Catolé do Rocha, localizada no Médio Piranhas, é detentora da gestão plena de saúde municipal, condição que a coloca como referência para mais de dez cidades circunvizinhas.

Na atenção básica de saúde, o município tem procurado desprecarizar os vínculos trabalhistas. Os 68 agentes de saúde foram efetivados, em conformidade com a legislação vigente.

“Reestruturamos nossa rede hospitalar e entregamos um novo e moderno hospital a nossa população”, relata com entusiasmo a responsável pelo projeto de gestão na saúde do município, Paulina Maia, ex-gestora municipal de Saúde e hoje Secretária Executiva de Estado da Saúde da Paraíba.

Das iniciativas na área hospitalar, Paulina Maia destaca a construção do Centro Municipal de Saúde, unidade responsável por atender em várias especialidades ofertando exames clínicos e radiológicos. Outra importante conquista foi a criação do serviço de reabilitação em fisioterapia.

Para garantir atendimento integral de qualidade na área assistencial hospitalar, o município de Catolé do Rocha resolveu investir na reforma e ampliação do Hospital Américo Maia de Vasconcelos. A unidade, que encontrava-se com as portas fechadas, recebeu investimentos de quase R\$ 1 milhão e, graças a parceria com o Governo Estadual, reabriu suas portas e já é a principal referência na região polarizada pelo município.

Um orgulho da atual gestão, conta a Secretária Municipal, Rosa Dalva Corrêa, é a estrutura física das unidades assistenciais do município, que seguem a um mesmo padrão arquitetônico. “Há oito anos a gestão tem promovido melhorias importantes nos nossos serviços, o que pode ser conferido em cada posto ou unidade de saúde. Além disso, o acolhimento e a humanização são preocupações constantes da gestão”, comenta.

O município tem se esforçado para aprimorar os serviços de saúde de diferentes maneiras. Aplicou em saúde no ano passado 17% dos recursos

orçamentários, ou seja, acima do preconizado pela lei, que é 15%. Em fase de implantação, a prefeitura firmou parceria com o Ministério da Saúde e deve colocar esse ano em funcionamento um Centro de Atenção Psicossocial (Caps).

Riacho de Santo Antônio

Com uma extensão territorial de 107,5 km², localizado no Cariri Oriental da Paraíba e com uma população de 1.524 habitantes, Riacho de Santo Antônio está a 200 km da Capital João Pessoa e é outro bom exemplo de eficiência na gestão municipal.

Criado em 1994, o jovem município concentra 54% da sua população na zona urbana, sendo 46% dela localizada na Zona Rural. A população do município tem um poder aquisitivo reduzido, sustentando-se por meio da agricultura de subsistência, pecuária com perfil de caprinovinocultura e bovinocultura de leite e corte, além de 5% de emprego público municipal e programas do Governo Federal. As atividades secundárias e terciárias são bastante reduzidas. O setor industrial é inexistente e a busca de novos empreendimentos do governo municipal é muito grande.

Em que pese o cenário de dificuldades, o município possui uma cobertura de 100% da Estratégia de Saúde da Família. “Para um município desse porte, foi um grande desafio a implantação do Saúde da Família em 1998, sendo um dos primeiros do estado a aderir ao programa na época”, conta Porcina Gomes Trigueiro, gestora da saúde em Riacho de Santo Antônio e presidente do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde da Paraíba

Por se tratar de um pequeno município, apenas uma equipe de Saúde da Família e uma de Saúde Bucal faz a cobertura da população. O município conta com uma Unidade recém reformada de acordo com o padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde na zona urbana e duas unidades âncoras na Zona Rural.

Na parceria com o Governo Estadual, a gestão municipal promoveu grande ampliação em sua rede de serviços, com reequipamento da unidade da zona urbana ofertando, além do atendimento básico, outros serviços como fisioterapia, exames laboratoriais e equipamentos de última geração para que os profissionais da Saúde da Família possam atender com qualidade ao usuário.

A presidente do Cosems/Paraíba salienta que, por ser um município de pequeno porte, “já tivemos grandes desafios que estão sendo superados ao longo dos anos. Ainda falta muito e avançar, uma melhor qualidade de vida para a população é um grande desafio; ampliar os serviços especializados também. E tudo isso só vamos conseguir com a união e a compreensão das três esferas de governo, pois com mais recursos para a saúde iremos solucionar parte dos nossos problemas”.



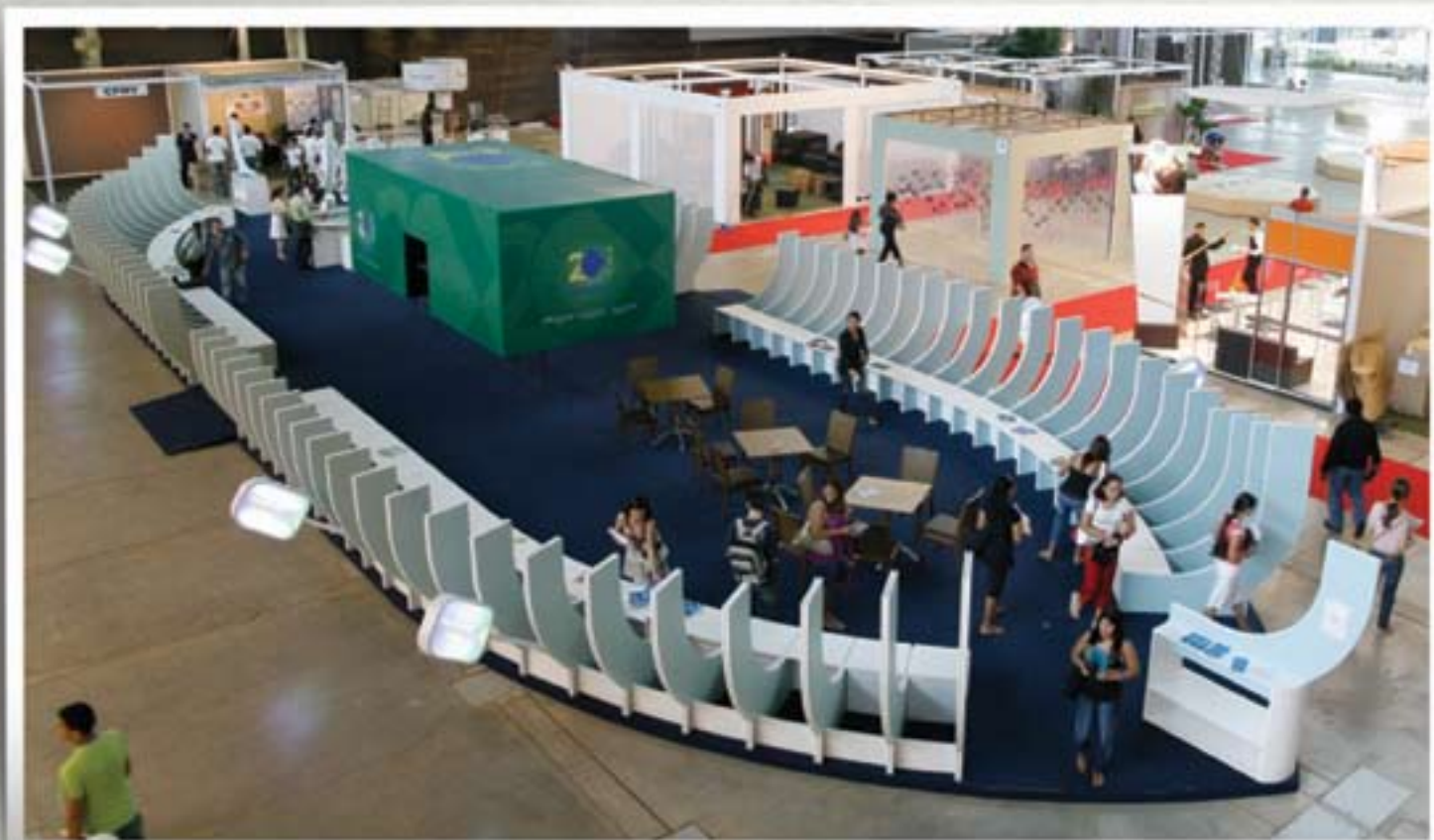
Não obstante as dificuldades, a gestão de Riacho de Santo Antônio tem garantido novos empreendimentos. Uma rede e um programa de computação específico para o atendimento e acompanhamento clínico em todas as salas dos profissionais substituiu o antigo prontuário realizado manualmente. Com isso é possível agendar e elaborar todo o quadro de procedimentos futuros a que o usuário poderá vir a utilizar. O programa auxilia, ainda, o trabalho dos profissionais cruzando as informações do paciente a fim de projetar possíveis agravos de saúde por meio de hipóteses diagnósticas, considerando as condições de saúde, pressão, histórico familiar, e qualquer outra informação referenciada, como medicação prescrita, quadro vacinal, entre outros.

Procedimentos de Média e Alta Complexidade são referenciados para a região pactuada na Programação Pactuada Integrada. Em decorrência da grande demanda nos serviços especializados, o município aderiu ao Consórcio Intermunicipal de Saúde do Cariri Oriental (SISCOR), que oferece consultas e exames especializados como Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Dermatologia, Urologia, Ultra Som, dentre outros.

Nos últimos oito anos, não há um único registro de óbito em criança menor de 1 ano de idade. Esse indicador recebeu reconhecimento pelo UNICEF. O pequenino Riacho de Santo Antônio é um dos municípios da Paraíba com melhor desempenho no acompanhamento da criança. "Isso se deve ao importante trabalho desenvolvido pela Atenção Básica, principalmente no pré-natal", justifica a gestora municipal da Saúde.

Implantado desde 2001, o programa de atenção à saúde bucal tem cobertura no município de 100% da população e, aos poucos, vem se estruturando progressivamente. Hoje, com modernos consultórios odontológicos instalados, o município quer ampliar ainda mais essa assistência. O Saúde Bucal trabalha com um Escovódromo em suas ações de promoção e prevenção nas escolas e associações. Palestras, escovação supervisionada, bochecho com flúor, entrega de Kits (escova, creme dental e fio dental), além da busca de lesões de cárie ativa, exame preventivo de câncer de boca e outras doenças correlatas são levados de forma itinerante.

"Temos nossas unidades funcionando dentro das condições necessárias para atender a população. É claro que só isso não basta, porém temos lutado no sentido de melhor prover a assistência", finaliza Porcina Gomes Trigueiro. ■



Fotos: Jaime Souza

DEBATES EM MEIO À FLORESTA

Peculiaridades da região Amazônica, financiamento da Saúde e garantia da integralidade da atenção à saúde foram alguns dos temas discutidos no XXVI Congresso do CONASEMS. O evento, realizado em conjunto com o V Congresso da Paz, foi palco de importantes homenagens aos 20 anos do SUS e do CONASEMS, além de contribuir com o debate sobre saúde e cultura de paz, como mostram as repórteres Cibelle Souza e Ana Ferreira.



Uma avaliação crítica dos 20 anos de existência do Sistema Único de Saúde, um debate aprofundado sobre o futuro do SUS e uma intensa reflexão sobre o papel do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) como protagonista do desenvolvimento das políticas públicas essenciais ao atendimento integral da população na área da saúde. Assim podem ser resumidas as principais discussões do XXIV Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e V Congresso Brasileiro de Saúde, Cultura de Paz e Não-Violência. O evento, realizado de 8 e 11 de abril em Belém (PA), reuniu cerca de 2 mil participantes, entre autoridades, gestores e profissionais do setor. Pela primeira vez, o congresso ocorreu no norte do Brasil e, por isso, foi fortemente influenciado pelas características da região amazônica, presentes desde a concepção estética dos espaços à inclusão das peculiaridades regionais nos compromissos firmados para melhorar a saúde pública brasileira.

O presidente do CONASEMS e secretário de Saúde de Belo Horizonte (MG), Helvécio Miranda Magalhães Júnior, destaca que essa foi a maior edição do congresso. "Esse evento atendeu plenamente as nossas expectativas. Houve uma grande participação de autoridades e gestores de regiões que tradicionalmente não participam até por conta das dificuldades de locomoção, pelo isolamento geográfico", disse ele, referindo, especialmente, às equipes sediadas em municípios dos estados do Norte. "Discutimos os desafios do atendimento médico-hospitalar na região

amazônica e aprofundamos as principais questões da saúde pública nacional", enfatizou. Os resultados do encontro foram listados na Carta de Belém, com 70 compromissos divididos em cinco grandes tópicos. O documento foi formalmente entregue pelo CONASEMS ao Ministério da Saúde e ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em 24 de abril.

Com o tema central 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) e do CONASEMS – Integralidade e Equidade com Sustentabilidade –, o congresso ofereceu um panorama das conquistas obtidas pelo SUS até agora, mas também se voltou para as perspectivas futuras desse que é considerado por muitos a maior política pública de inclusão social do país. Nesse sentido, a luta pela garantia de financiamento para os próximos anos foi um dos assuntos que permearam todos os debates.

Financiamento

Uma boa notícia animou os participantes. Já durante a realização do congresso, o Senado Federal aprovou, na noite de 9 de abril, a regulamentação da Emenda Constitucional 29 (EC 29), que disciplina o repasse de verbas para a saúde. A aprovação do Projeto Substitutivo do senador Augusto Botelho (PT-RR) ao PLS 121/2003, de autoria do senador Tião Viana (PT-AC), garante um acréscimo de R\$ 23 bilhões para a Saúde até 2011. O texto original alterava a forma de

definição do orçamento do setor, da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) para 10% das receitas correntes brutas da União. Por um acordo entre os partidos políticos, costurado pela Frente Parlamentar da Saúde, o percentual de 10% foi escalonado.

Com isso, o orçamento da saúde para 2008 sofrerá um acréscimo de 8,5% – cerca de R\$ 5,5 bilhões. Em 2009, essa correção será de 9,0%; em 2010, de 9,5%; e em 2011 chegará aos pretendidos 10%. A regulamentação da EC 29 também estabelece percentuais mínimos de investimentos em saúde para municípios (15%) e estados (12%) e define o que são serviços de saúde. O texto foi reencaminhado ao Senado para readequação e aprovado por unanimidade no dia 6 de maio.

Agora, após aprovado pelo Senado voltou para análise na Câmara dos Deputados, e o principal objetivo é manter os percentuais. Médico e defensor da regulamentação da Emenda 29, o presidente da Casa, Arlindo Chinaglia, já se comprometeu a colocar o texto na pauta de votação, mas adverte apenas para o fato de o projeto ter sido aprovado no Senado sem o cálculo prévio de impacto orçamentário. Isso é um dado importante já que a Saúde não conta mais com o aporte de recursos vindo da extinta Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF). “A conquista é extremamente importante, mas vamos ter de trabalhar duro pela aprovação do projeto na Câmara e pela sanção por parte do presidente Lula”, comentou o presidente do CONASEMS, Helvécio Magalhães.

Vice-presidente do CONASEMS, José Sival Clemente da Silva reitera que a entidade está ciente do desafio. “Vamos fazer um ação de sensibilização junto à Casa e mobilizar os Conselhos de Secretários Municipais (COSEMS) de cada estado para entrarem em contato com os deputados que lhes representam. Somente com o financiamento garantido, poderemos fazer respeitar a Constituição, que determina o acesso gratuito da população aos serviços de saúde”, disse Sival. A expectativa do Conselho é ver a regulamentação aprovada em definitivo ainda este ano.

Integralidade com Equidade

Além da sustentabilidade financeira do SUS, o XXIV Congresso do CONASEMS também se preocupou com a questão da integralidade e da equidade. A primeira é vista como a abordagem do coletivo e do individual dentro dos contextos social e familiar; a garantia de assistência tanto por meios curativos quanto preventivos; as práticas que contribuam na construção de linhas de cuidado; e a interligação de políticas – “nem sempre ligadas apenas aos gestores de saúde”, como lembra José Sival – que ajudem a concretizar a promoção da saúde.

Já a equidade implica que todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde. Como, no entanto, o Brasil contém disparidades sociais e regionais, as necessidades de saúde variam e precisam ser vistas de forma descentralizada. “Acredito que uma das maiores conquistas nesses 20 anos de SUS é, justamente, a importância que a regionalização das políticas de atendimento ganhou. Podemos fazer um trabalho, respeitando os fundamentos do sistema, com a identidade de cada município”, analisou a secretária de Saúde de Várzea Paulista (SP) e vice-presidente do COSEMS de São Paulo, Maria do Carmo Cabral Carpintero, que esteve presente nas discussões realizadas na capital paraense e participou de uma oficina sobre o tema.

Para exemplificar a necessidade de conferir às políticas indutoras a “cara do município”, Maria do Carmo apresenta uma das demandas paulistas referentes à Estratégia de Saúde da Família (ESF), que mantém equipes de médicos, odontólogos e enfermeiros, com jornada de 40 horas semanais, em cada cidade. Segundo a secretária, o programa, comprovadamente bem-sucedido, pode ser flexibilizado de modo, por exemplo, a alterar a carga horária e ampliar as especialidades médicas que poderiam integrar um grupo da ESF. Ela conta que o debate surgiu no congresso e espera desenvolvê-lo ainda mais em encontros futuros.

Outra participante do congresso em Belém, a secretária-executiva do COSEMS da Paraíba, Maria Lúcia Dias Oliveira, também trouxe o tema ESF para as discussões. Ela compartilhou com os colegas do encontro nacional os resultados da estratégia em



seu estado. A Saúde da Família cobre atualmente 98% dos 223 municípios paraibanos e, como porta de entrada do usuário no sistema único, tem contribuído para diminuir sensivelmente as taxas de doenças diarreicas e da dengue – enfermidades que causam preocupação no estado. “Para melhorarmos ainda mais a assistência básica, no entanto, ainda temos de lutar muito, especialmente no quesito financiamento. Não somente a União, mas os estados precisam dar a contrapartida aos municípios para que o sistema funcione”, reforçou a secretária-executiva.

Conquistas

Essa troca de experiência – que acaba se traduzindo em propostas de ações – é apontada como um dos pontos altos do congresso, de acordo com o outro vice-presidente do CONASEMS e secretário de Saúde de Maringá (PR), Antônio Carlos Figueiredo Nardi. “Foram realizadas mais de 20 oficinas durante o evento, abordando temas importantes da saúde pública, como acesso a financiamentos e gastos públicos. Com isso, os gestores saem enriquecidos das discussões”, enfatizou ele, lembrando que são tais pessoas que contribuem para o êxito do “maior sistema público de saúde do mundo”.

Na avaliação do presidente do CONASEMS, o SUS, com todas as dificuldades ainda enfrentadas, está consolidado. A maior parte dos transplantes atualmente realizados no país ocorre em hospitais públicos. Além disso, o SUS reduziu expressivamente

a mortalidade infantil e diminuiu em 30% o número de internações hospitalares nas últimas duas décadas.

O desafio agora é, além de resolver a questão do financiamento dos projetos e ações, humanizar o atendimento, reduzindo o tempo de espera e as filas nos hospitais públicos nacionais. “Precisamos implantar, cada vez mais, o modelo de atendimento humanizado e as redes integrais de atenção primária, organizar a assistência, o tempo de urgência, a espera por especialistas”, detalhou o presidente do Conselho. “Os 20 primeiros anos foram para montar o SUS. De agora em diante, precisamos financiá-lo e humanizá-lo”, ressaltou. Helvécio Miranda também faz uma avaliação positiva dos 20 anos de história do CONASEMS. “Temos levado agendas contemporâneas para a frente, como o Pacto pela Saúde e a Emenda 29. Somos grandes protagonistas das lutas políticas, técnicas e operacionais da saúde pública brasileira”, resume.

Amazônia

Entre outras medidas para o futuro, o presidente reiterou que é necessário garantir número de profissionais de saúde suficiente para a região amazônica. Segundo ele, a proporção atual de médico por paciente na Amazônia Legal (formada por nove estados: Amazônia, Pará, Roraima, Amapá, Rondônia, Acre, Tocantins, Maranhão e Mato Grosso) é “insuficiente”.



Essa realidade, pouco conhecida ou às vezes até negligenciada no restante do país, motivou a escolha da sede para a edição 2008 do congresso. O evento foi totalmente pensado para a região Norte. Ocorreu em Belém para que os profissionais da área em todo o país valorizassem os pleitos da região, que enfrenta inúmeras dificuldades devido às suas peculiaridades geográficas.

Durante a cerimônia de abertura do evento, a secretária de Saúde de Belém, Rejane Jatene, ressaltou que as ações de promoção da saúde começam pelos municípios e declarou que é preciso garantir uma atenção básica bem-estruturada, principalmente na Amazônia, onde as ruas são os rios e o trabalho preventivo salva inúmeras vidas. "Aqui, precisamos mais de ambulâncias do que de ambulâncias", comentou a secretária ao se referir às especificidades locais.

Além de precisarem de barcos para chegar às populações ribeirinhas, médicos, enfermeiros e técnicos da região ainda enfrentam doenças tropicais que praticamente foram extintas em outras localidades do país. A Prefeitura de Belém, por exemplo, direciona até 21% de seu orçamento para ações de saúde. Entre elas estão as iniciativas voltadas ao combate a transmissores da doença de Chagas, malária, dengue e filariose (elefantíase). Ainda durante a abertura do congresso, o secretário de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, José Carvalho Noronha, parabenizou o trabalho de combate à dengue realizado na capital paraense. "Belém pode e deve ser referência no combate à dengue nos demais municípios. O trabalho de prevenção realizado pelas equipes de saúde está no caminho certo", ressaltou.

Em parceria com os agentes de saúde, as equipes médicas de Belém também atuam decisivamente para garantir a sobrevivência dos pequenos moradores da região: o número de crianças mortas em cada mil nascidas vivas caiu de 27 em 1997 para 17 hoje. O presidente do COSEMS/PA, Jader Gaderlini, lembrou, no entanto, que nos 143 municípios paraenses muitas pessoas ainda morrem por falta de atendimento médico e estrutura hospitalar: "Populações da grande maioria dos municípios são atendidas em Belém devido à precariedade de atendimento em suas cidades. Nossa realidade é outra e merece atenção diferenciada".

Para o vice-presidente do CONASEMS, Antônio Carlos Nadi, essas particularidades foram bem demonstradas na XXIV edição do congresso. "Creio que conseguimos valorizar essas diferenças regionais e dar a visibilidade que pretendíamos. Mostramos ao Ministério da Saúde que é preciso ter políticas diferenciadas e adaptar os programas para fazê-los funcionar dignamente em cada região do país", concluiu.

Diversidade em Evidência

Cinquenta e nove expositores transformaram o térreo do Hangar Centro de Convenções, em Belém,

em um mosaico da diversidade cultural brasileira e em um painel singular das experiências exitosas em gestão de saúde pública desenvolvidas de norte a sul do país. Na feira "Brasil: Aqui tem SUS", os visitantes tinham acesso a materiais informativo e educativo, além de vídeos institucionais, e puderam até conferir mostras de artesanato e comidas típicas das regiões.

Entre os expositores, estavam a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o Instituto Nacional do Câncer (Incor) e a Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS), além de secretarias municipais. Mas o grande destaque foi o estande do CONASEMS. A assessora técnica da entidade explica que o desafio da equipe organizadora era, num tempo exíguo, preparar uma exposição itinerante sobre os 20 anos do SUS e 20 anos do CONASEMS.

A partir de dezembro do ano passado, além da exposição, foi projetada toda a identidade visual do XXIV Congresso Nacional. O trabalho foi produzido pelo cenógrafo André Cortez. "A sinalização das salas, o caderno do participante, o lounge e, principalmente o estande do CONASEMS tiveram inspiração amazônica", detalhou Sibebe. Os espaços receberam nomes de frutas, árvores, rios e lendas da região. A sinalização teve como referência elementos da arte marajoara – desenvolvida por índios que ocuparam a Amazônia a partir do século I

O estande do CONASEMS, prossegue a assessora, era um barco de 300 metros quadrados. Dentro, nas "costelas ou espinhaço" da embarcação, instalações com projeção de fotos da atual diretoria, computadores com acesso à Internet aberto aos congressistas e visitantes do evento. Nos remos foram apresentadas as prioridades e lutas históricas da entidade e desafios para os próximos anos.

Foi montada uma cenografia para a exposição de forma a representar uma linha do tempo. Era formada por 10 grandes caixas que traziam textos e fotografias buscando destacar os fatos mais importantes e que influenciaram diretamente na construção do SUS nessas duas décadas, bem como a consolidação do CONASEMS.

O histórico começa em 1923, com a aprovação da Lei Elói Chaves que iniciou a Seguridade Social no Brasil; passa pela promulgação da Constituição Cidadã em 1988 que instituiu a Sistema Único de Saúde e termina em 2008 com destaque para a adesão de 20 estados e mais de 2 mil municípios ao Pacto pela Saúde.

Além das imagens, o túnel do tempo ganhou displays de corpo inteiro dos ex-presidentes do CONASEMS. O único falecido – Raimundo Bezerra – foi incluído na caixa da mostra referente ao período (1993/94) que ele foi presidente, ao lado de um poema de autoria do seu sucessor, Armando Raggio. Uma justa homenagem aos idealizadores das ações que têm buscado garantir atendimento digno a milhares de cidadãos e cidadãs brasileiros. Segundo Sibebe Ferreira o que se pretende é que a exposição possa percorrer principais capitais e municípios do país ao longo do ano.



Congresso da Paz

O Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde é realizado em conjunto com o Congresso Brasileiro de Saúde, Cultura de Paz e Não-Violência, que este ano chegou a sua quinta edição. A idéia do encontro é construir, entre os gestores de saúde pública, a noção de que a violência deve ser tratada em diferentes dimensões. Ao contrário de quem tenta combatê-la somente sob a lógica da repressão – que acaba apenas atingindo os sintomas –, os organizadores do encontro buscam cultivar entre os participantes a reflexão de que toda uma cultura precisa ser mudada, em prol de ações visando a paz, até porque as conseqüências da violência trazem graves problemas para o setor saúde.

“A violência é um fenômeno muito complexo que sofre influência de políticas econômicas, de assistência social, de educação e segurança e que tem impacto direto sobre a saúde pública. Daí a importância de elaborar projetos em parceria, em rede, voltados para a prevenção”, afirmou o psiquiatra Jonas Melman, coordenador da oficina Cultura de Paz realizada no encontro, e assessor técnico de Cultura de Paz, Saúde e Cidadania da Secretaria Municipal de São Paulo.

Para exemplificar como a epidemia social da violência impacta na saúde pública, consideremos as mortes por trauma – causadas principalmente por acidentes de trânsito e projéteis de armas de fogo ou por arma branca, como faca. Enquanto no mundo o trauma é atualmente a terceira maior causa de mortes, só perdendo para as doenças cardiovasculares e o câncer, no Brasil a situação é mais grave, pois o trauma fica em segundo lugar nesse ranking, com 130 mil mortes por ano ou 10,8 mil por mês. O número de seqüelados também está na casa das centenas de milhares.

Do total de óbitos, cerca de 38 mil decorrem da violência no trânsito. O pronto atendimento é um fator importante nesses casos. A taxa de mortalidade chega a 30% quando a cirurgia é realizada até quatro horas após o ocorrido. Passado esse período, sobe para 90%. Impacto na rede pública de saúde mais do que provado.

“O problema é que toda a nossa sociedade está estruturada em uma cultura de violência, que permeia o nosso dia-a-dia. As relações sociais são dominadas por autoritarismo, dominação e busca desenfreada pelo poder”, complementou Melman. Isso se reflete na agressividade no trânsito, no ambiente de trabalho (em que milhares de pessoas desenvolvem doenças por conta do assédio moral de chefes e do excesso de estresse) e em casa (violência doméstica).

De acordo com o psiquiatra, à Saúde cabe protagonizar uma interligação com outros setores do governo e da sociedade para ações de prevenção eficazes. Alguns exemplos de estratégias a serem adotadas: a) formação de rede de cuidado destinada tanto à vítima quanto ao agressor; b) melhoria do sistema de informação, com notificação obrigatória de casos de violência (sexual, doméstica etc); c) trabalho em rede, sem deixar de lado as diferenças regionais; d) humanização dos serviços de saúde.

Tal humanização, completa Jonas Melman, deve abranger os dois lados do sistema: o usuário e o cuidador. Hoje, o primeiro, ao chegar a um hospital com filas quilométricas e sem possibilidade de ver seu problema resolvido, sente-se, com razão, violentado em sua cidadania. O segundo muitas vezes também está “adoecido”, em razão da falta de equipamentos, da carga horária excessiva, dos salários insatisfatórios. “É preciso investir em estrutura, em formação e capacitação de pessoas, na educação permanente. Vale o esforço para espalhar a cultura de paz”, arrematou o especialista.

Para a secretária de Saúde de Várzea Paulista (SP) e vice-presidente do COSEMS de São Paulo, Maria do Carmo Cabral Carpintero, as discussões sobre paz foram um dos pontos altos do encontro de Belém. “Tratar a violência como assunto que diz respeito à saúde pública é uma preocupação ainda incipiente na maioria dos municípios, mas acredito que as primeiras sementes estão sendo plantadas”, afirmou a secretária.



Medalha

Ainda no âmbito do Congresso Brasileiro de Saúde, Cultura de Paz e Não-Violência, o CONASEMS concedeu, pelo quarto ano consecutivo, a medalha Dom Hélder Câmara. A homenagem se destina a entidades da sociedade civil que desenvolvem ações práticas e com resultados consistentes pela saúde e paz. Nas edições anteriores, seis organizações – uma de cada região e outra indicada pelo município sede do evento – recebiam o reconhecimento. Este ano, o CONARES (Conselho Nacional de Representantes Estaduais) optou por prestigiar uma única iniciativa: o Projeto Saúde & Alegria (PSA). “Trata-se de uma experiência consolidada e exemplar, que mostra a realidade da região amazônica e as soluções encontradas por essa comunidade”, explicou Rose Marie Inojosa, consultora do CONASEMS.

Criado no Pará em 1987, o PSA atua em comunidades extrativistas dos rios Amazonas, Tapajós e Arapiuns, localizadas na zona rural dos municípios de Santarém, Belterra e Aveiro (oeste do estado). Há cinco anos, iniciou gradualmente a ampliação de sua cobertura para 143 localidades, envolvendo cerca de 30 mil beneficiários.

Com uma equipe de médicos, agrônomos e educadores de diversas áreas, o projeto apóia processos de desenvolvimento comunitário, com atividades gerenciadas pela própria população. Os técnicos visitam as comunidades regularmente promovendo ações voltadas à promoção da saúde e da igualdade de gênero, produção e manejo agroflorestal, geração de renda, arte e cultura, comunicação popular e pesquisa participativa.

O trabalho do PSA inclui programas como combate a endemias, multivacinação, estímulo ao pré-natal, assistência odontológica, rádio comunitária, implantação de sistemas de energia renovável, agricultura familiar, formação de lideranças juvenis e oficinas de circo, entre tantos outros. “Compartilhamos essa vitória com as comunidades e com as prefeituras parceiras, co-responsáveis por todas essas conquistas”, frisou o coordenador do Saúde & Alegria, Caetano Scannavino. Eugênio Scannavino, fundador do PSA, completou: “É muito raro hoje em dia quem tem um trabalho assim, que faça sentido na vida, não voltado só para si mesmo e dinheiro. Sei que é difícil, mas saberíamos viver diferentemente?”. Ainda bem que não. ■





FUNDAÇÃO EZEQUIEL DIAS: INVESTIMENTOS EM NOVAS UNIDADES

A Fundação Ezequiel Dias (FUNED) de Belo Horizonte tem se notabilizado pela produção de 40 tipos diferentes de medicamentos, de soros e do grande investimento em pesquisas. A repórter Caroline Almeida mostra como a fundação vem crescendo.

Criada em 1907, a Fundação Ezequiel Dias é hoje um dos cinco maiores laboratórios farmacêuticos públicos do país. Localizada em Belo Horizonte, a Funed produz 40 tipos de medicamentos de classes terapêuticas variadas, como analgésicos, antibacterianos, antidepressivos, dermatológicos cardiovasculares, vitaminas, antiretrovirais, entre outros. O trabalho da fundação também se destaca pela produção de soros, pesquisas na área da saúde pública e nas ações de Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental.

A Funed surpreende pela capacidade de produção. Apenas em 2007, foram distribuídos cerca de 1 bilhão de unidades farmacêuticas. Por ano, o investimento chega a R\$ 42 milhões. Os medicamentos são encaminhados a todos os 853 municípios mineiros que integram o Projeto Farmácias de Minas e também para o Ministério da Saúde, para atender a portarias oficiais e a programas específicos, como aqueles voltados para Hanseníase, Lúpus, Hipertensão Arterial, Diabetes e Aids.

Atualmente, medicamentos comuns na vida de milhões de brasileiros, como o Captopril, Diazepam, Paracetamol e Ácido Acetil Salicílico, fazem parte da lista de remédios mais solicitados à fundação. O pedido é feito pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, com base nas programações repassadas pelos municípios.

Para o presidente da Funed, Carlos Alberto Gomes, a instituição tem um importante papel social, assegurando aos usuários do Sistema Único de Saúde o acesso a medicamentos e serviços de qualidade. "Quando a fundação foi criada, nosso foco era a pesquisa, hoje é diferente, temos alcançado marcas históricas na produção de medicamentos. Nossas ações são voltadas para promoção e proteção da saúde pública de Minas e do Brasil. Contribuímos fundamentalmente para a ampliação do acesso aos medicamentos, participando de projetos que visam garantir também o uso racional destes produtos", resume.

A Funed é ligada ao Governo do Estado de Minas Gerais e seus recursos provêm do tesouro estadual e da venda de soros e medicamentos às três esferas governamentais. As outras fontes de financiamento são provenientes de convênios e fontes de pesquisa de órgãos fomentadores, como a Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (Fapemig), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), entre outras.

Segundo Carlos Alberto Gomes, a Funed tem se esforçado para alcançar sua autonomia financeira. "Desde 2003, com a implantação de um programa de gestão integrada, alinhada com as diretrizes do planejamento estratégico do Governo de Minas, trabalhamos para alcançar nossa auto-suficiência financeira. E temos caminhado no rumo certo.", avalia.



Ilustração: Jadson Alves

Soros

Além dos medicamentos, a Funed produz também nove tipos de soros, entre antitóxicos e antipeçonhentos, mediante pedidos do Ministério da Saúde para atender às demandas do Programa Nacional de Imunizações. A produção da fundação representa 35% de toda a demanda nacional por soros.

A maioria deles são próprios para tratamento de acidentes com serpentes venenosas, como a cascavel, jararaca e corais verdadeiras. Para fabricação dos soros, a Funed possui um serpentário para criação e manutenção de serpentes e outros animais peçonhentos, para extração dos venenos necessários à produção destes soros e também para pesquisas biotecnológicas.

O controle de qualidade está presente em todo o processo, desde a extração do veneno até as análises biológicas, físico-químicas, microbiológicas e controle de material de embalagem. Os demais soros produzidos pela Funed são para picadas de escorpiões, ferimentos graves por mordedura de animal com suspeita de ter contraído raiva e o antitetânico.

Vigilância Sanitária, epidemiológica e ambiental

A Funed também se destaca pelas ações de vigilância sanitária. No ano passado, a fundação tornou-se referência nas análises laboratoriais de amostras de leite, por causa do problema ocorrido no interior de Minas, quando técnicos encontraram água oxigenada em alguns tipos e marcas de leite. Na época, os profissionais da Funed fizeram todas as análises das amostras apreendidas pela Polícia Federal e pela Vigilância Sanitária de Minas Gerais e Goiás. Os outros materiais analisados são: água, alimentos, ração animal, cosméticos, ar ambiente, material biológico e sangue.

Este ano, a Fundação Ezequiel Dias recebeu o prêmio Banas de Qualidade, concedido a empresas e profissionais que atuam na área de gestão de qualidade, considerado um dos mais disputados do mercado.

Em 2007, 53 ensaios produzidos por profissionais da Funed foram certificados pela Rede Brasileira de Laboratórios Analíticos (Reblas). "Nossos projetos de pesquisa em andamento mostram que desenvolvemos investigações científicas relevantes, agregando e aplicando tal conhecimento e também gerando benefícios para toda a população de Minas Gerais. A Fundação está inserida numa tendência mundial de promover a aplicação do saber criado nas instituições de pesquisa", frisa Carlos Alberto Gomes.

Pesquisa científica

No que se refere à pesquisa científica, a Funed tornou-se referência com estudos a partir de venenos de animais peçonhentos. Em 2006, a instituição

obteve a primeira patente antifídica do Brasil. Atualmente, são mais de 30 projetos, todos voltados para o desenvolvimento de novos produtos na área da saúde pública.

A Funed também presta serviços especializados, como o diagnóstico molecular de doenças virais, com o intuito de identificar e caracterizar os agentes virais de interesse em saúde pública; a pesquisa da bioprospecção de plantas medicinais, para a inovação farmacêutica e o uso sustentável da biodiversidade; e a divulgação e documentação de todas as pesquisas por meio de uma biblioteca científica. Os trabalhos são financiados principalmente pela FAPEMIG, CNPq e pela própria Funed.

Sede própria

Toda a produção é feita na sede que fica no bairro Gameleira, Região Noroeste de Belo Horizonte, num terreno de aproximadamente 45 mil metros quadrados. No mesmo local funcionam os laboratórios para diagnóstico de doenças e de vigilância sanitária e ambiental, o centro de pesquisa e toda a área administrativa.

São mais de 800 servidores públicos, sendo que 43% deles têm curso superior completo, mestrado ou doutorado. A eles somam-se cerca de 160 bolsistas de iniciação científica e estagiários. "Somos um verdadeiro patrimônio para os mineiros. Todos os meses recebemos visitas de várias instituições, universidades e escolas. Temos orgulho de compartilhar os nossos conhecimentos", destaca Gomes.

Para atender toda a demanda, que segundo o presidente da fundação, vem aumentando consideravelmente, a Funed vai construir outras duas unidades fabris, que estão em fase de conclusão de projetos. Uma delas será de biofármacos, medicamentos produzidos a partir de organismo vivos – células ou bactérias, que têm seu DNA modificado com o intuito de gerar proteínas específicas. A previsão é que estas novas unidades estejam em funcionamento em 2010, ampliando ainda mais a oferta de medicamentos a toda a população de Minas Gerais e do Brasil.

Além da sede industrial, a Funed possui uma fazenda experimental, localizada em Betim, na Região Metropolitana de Belo Horizonte. São aproximadamente 120 hectares de pastagens, 20 hectares de capineiras, sete nascentes de pequenos riachos, uma infra-estrutura de laboratório de produção de plasma hiperimune, maquinário, implementos agrícolas e equipamentos de produção de plasma.

Na fazenda são criados equinos, destinados à montaria, reprodução, pesquisa, e potros em crescimento; ovinos e caprinos, destinados à pesquisa e produção de sangue para o Setor de Meio de Cultura do Instituto Otávio Magalhães. Em 2001, 140 hectares da fazenda foram transformados na primeira floresta estadual do estado de Minas Gerais (Unidade de conservação segundo o IEF), denominada Floresta Estadual São Judas Tadeu. ■



Territórios da Cidadania

Por Miriam Belchior

O Brasil vive um momento de crescimento econômico e vem reduzindo as desigualdades sociais. As estatísticas mostram que nos últimos anos 20 milhões de brasileiros deixaram as classes D e E, melhorando suas condições de vida. Se hoje já se pode visualizar este outro tipo de crescimento, mais igual e solidário, o momento também aponta que esta é a hora de avançar.

Por essa razão, a Agenda Social do Governo Federal, neste segundo mandato do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, tem como objetivos centrais a continuidade da redução das desigualdades sociais e da garantia dos direitos de cidadania, especialmente das populações mais pobres.

Fazem parte dessa estratégia, entre outras ações, a ampliação dos benefícios do Programa Bolsa Família, o Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), o Programa Mais Saúde, a unificação dos programas voltados para a Juventude e o recém lançado Territórios da Cidadania – programa que visa a redução da pobreza rural. A gestão integrada dessas políticas propõe, ainda, a pactuação federativa entre a União, os Estados e os Municípios.

Neste contexto, o Territórios da Cidadania nasceu com o objetivo de superar a pobreza no meio rural, por meio de uma estratégia de desenvolvimento territorial sustentável. Crescer com igualdade é o desafio contemporâneo do meio rural brasileiro.

As populações rurais, particularmente as situadas nos menores municípios, são as que têm maior dificuldade de acesso às políticas públicas. Questões como educação, saúde e geração de trabalho e renda para estas populações se impõem se queremos de fato um País mais igual.

Assim, o Territórios da Cidadania, numa estratégia de atuação territorializada e integrada, com estímulo à discussão e planejamento local, busca superar estes limites e possibilitar que estas regiões alcancem, ao longo do tempo, melhores condições econômicas e sociais.

Os Territórios são formados por um conjunto de municípios unidos pelo mesmo perfil econômico e ambiental, com identidade social e cultural. Em 2008, foram selecionados 60 Territórios em todos os estados brasileiros, envolvendo 958 municípios. São os que apresentam o menor índice de desenvolvimento humano nas diversas Unidades da Federação e concentram boa parte dos agricultores familiares, assentados da reforma agrária, quilombolas e indígenas, entre outros públicos prioritários.

Para cada um dos Territórios constituiu-se um Colegiado, composto por entidades da sociedade, prefeituras e órgãos federais e estaduais, que é o espaço de discussão e do planejamento do desenvolvimento do Território e, sobretudo, o espaço de realização e integração de políticas.

Em síntese, são dois os grandes desafios do Programa: fazer com que as políticas públicas cheguem, de fato, a estas regiões e integrar as diversas políticas existentes nas diversas áreas e nos diferentes níveis de governo.

Um dos grandes eixos do Programa, não temos dúvida, é a saúde. Embora nesta área tenhamos um sistema definido e consolidado, a proposta de Territórios de Cidadania favorece a atuação em rede, mesma lógica que permeia o SUS, tanto na organização do sistema como nas instâncias de gestão inter-governamentais.

Assim, além dos desafios citados acima, esse programa coloca, acima de tudo, a necessidade de articulação das diversas redes já existentes ou em estruturação (SUS, SUAS, Educação, etc.). A idéia fundamental é construir um processo de integração efetivo, com equipes múltiplas onde couber, cruzar cadastros, montar estatísticas para definir ações e diretrizes nestes territórios e buscar novas formas de atuação na prestação de serviços para públicos específicos, como quilombolas; ribeirinhos; assentados, etc.

É importante lembrar que as ações nos Territórios não podem se restringir ao Governo Federal: os governos estaduais e municipais não só estão convidados como devem se integrar a esta proposta. Neste sentido, estamos indo a cada Estado, mobilizando os gestores municipais e estaduais em torno de um Acordo de Cooperação.

Junto com esse Acordo de Cooperação, também estamos criando o Comitê Estadual do Programa, como espaço de proposição e integração de ações envolvendo as três esferas de governo.

Mais do que um conjunto de ações, o Territórios da Cidadania é uma estratégia de atuação. Nosso esforço, portanto, deve ser redobrado para que os objetivos sejam atingidos: inclusão produtiva das populações pobres dos territórios; planejamento e integração de políticas públicas; universalização de programas básicos de cidadania; e ampliação da participação social. ■

Miriam Belchior é Sub-chefe de articulação e monitoramento da Casa Civil / PR

Ilustração: Jadson Alves



Memória

Por Helma Katia

A Paz

Gilberto Gil

Composição: Gilberto Gil & João Donato

A paz invadiu o meu coração
De repente, me encheu de paz
Como se o vento de um tufão
Arrancasse meus pés do chão
Onde eu já não me enterro mais

A paz fez um mar da revolução
Invadir meu destino; A paz
Como aquela grande explosão
Uma bomba sobre o Japão
Fez nascer o Japão da paz

Eu pensei em mim
Eu pensei em ti
Eu chorei por nós
Que contradição
Só a guerra faz
Nosso amor em paz

Eu vim
Vim parar na beira do cais
Onde a estrada chegou ao fim
Onde o fim da tarde é lilás
Onde o mar arrebenta em mim
O lamento de tantos "ais"

O Brasil de boca aberta

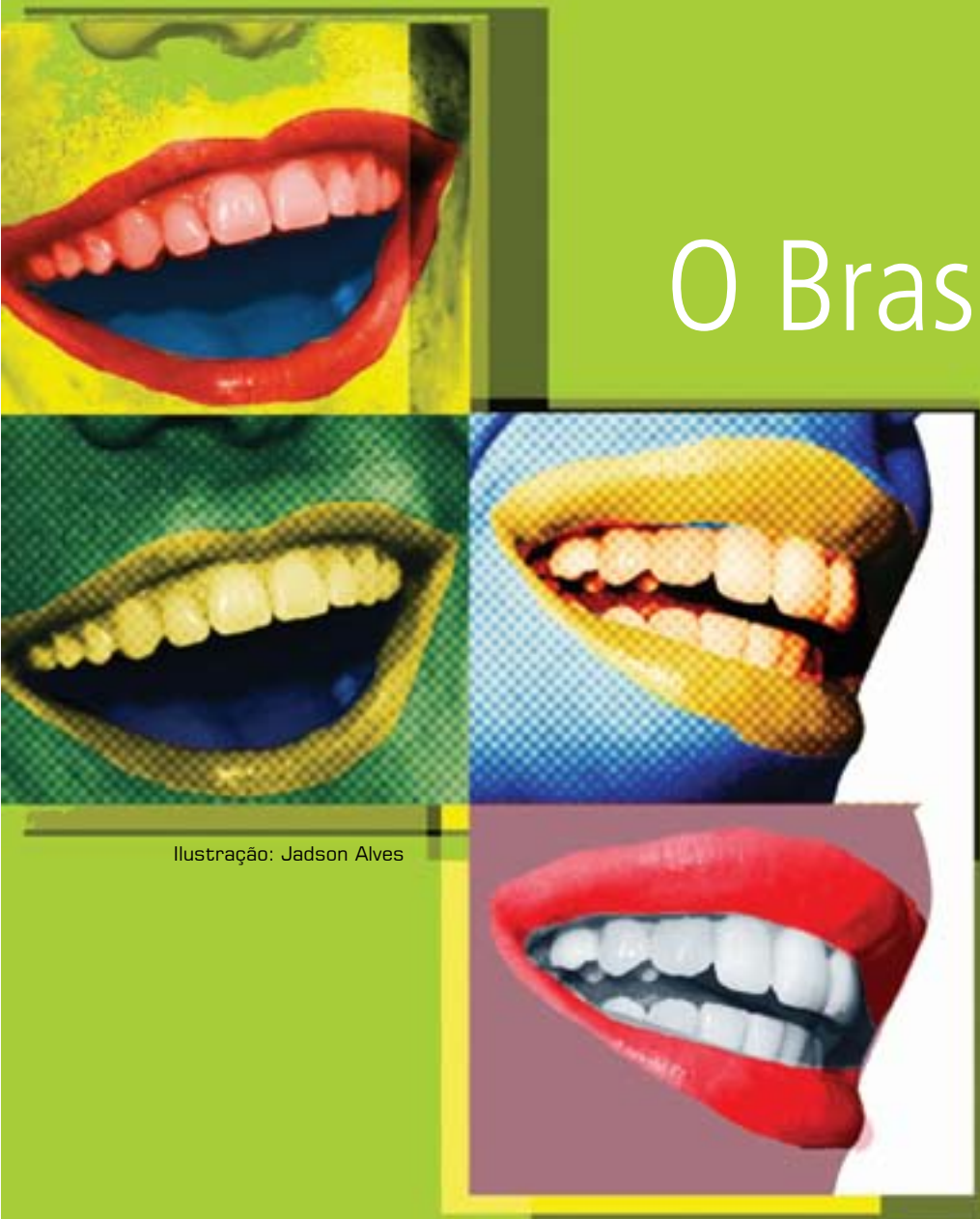


Ilustração: Jadson Alves

O Brasil, antes considerado um país de desdentados, vem conseguindo mudar consideravelmente o perfil de saúde bucal dos seus habitantes. Como mostra a repórter Sheila Messerschmidt, a mudança é resultado de um programa do governo federal denominado Brasil Sorridente, em parceria com o trabalho realizado pela Estratégia de Saúde da Família nos municípios.



Fotos: Acervo Secretarias de Municipais de Saúde

A saúde começa pela boca e o país já pagou com muitos dentes e dores a indiferença que envolvia o assunto. Embora as doenças bucais não sejam encaradas exatamente como uma ameaça, representam um sério problema à saúde pública. Há um novo caso de câncer de boca por hora no país, e as demais enfermidades, ainda que não sejam letais, afetam diretamente a qualidade de vida ao resultarem em limitações sociais e funcionais para o indivíduo.

A boa notícia é que os índices de cárie dentária e de doença periodontal estão em declínio nas últimas décadas, embora ainda sejam considerados altos em nosso país. Até 2004, apenas 3,3% dos atendimentos odontológicos feitos no Sistema Único de Saúde (SUS) correspondiam a tratamentos especializados. Quase todos eram procedimentos mais simples, como extração dentária, restauração, pequenas cirurgias, aplicação de flúor. Para se ter uma idéia da falta de acesso ao atendimento, em 2002, estimava-se que 28 milhões de brasileiros jamais haviam sentado em uma cadeira de dentista. A lógica, que vem mudando gradativamente, era a da desigualdade, onde recebia tratamento quem tinha dinheiro para arcar com uma consulta particular.

Aos poucos, o Brasil está superando a história de abandono e deixando de lado o estigma de ser um país de desdentados. Pela primeira vez, o governo federal está investindo consideravelmente na saúde

bucal das classes menos favorecidas. A Política Nacional de Saúde Bucal, chamada de Programa Brasil Sorridente, levou o foco para a atenção básica aos cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito. Um processo que parte da compreensão de que a saúde bucal é fundamental para a saúde geral e para a qualidade de vida.

O coordenador nacional de saúde bucal do Ministério da Saúde, Gilberto Pucca Júnior, avalia que já é possível acompanhar o impacto das ações, em especial na redução do número de extrações dentárias. Desde 2002, cerca de 2 milhões de dentes deixaram de ser extraídos. "Este é um importante indicador de saúde e que demonstra a melhora da qualidade na atenção à saúde bucal no país", revela Pucca.

O Brasil Sorridente recebeu, entre 2003 e 2006, investimentos de mais de R\$ 1,2 bilhão. Em 2007, foram investidos acima de R\$ 600 milhões, valor mais de dez vezes superior ao que foi investido no ano de 2002. Entre 2007 e 2010, o montante investido pelo Ministério da Saúde deverá alcançar mais de R\$ 2,7 bilhões.

Os investimentos se refletem em atendimento. Nos últimos seis anos, 58 milhões de pessoas a mais passaram a ser cobertas por equipes de saúde bucal, totalizando mais de 79 milhões de



pessoas (um aumento de 276% na cobertura). Para auxiliar os gestores, o Ministério da Saúde elaborou o Caderno de Atenção Básica em Saúde Bucal (nº 17), lançado em janeiro de 2007. A idéia dos cadernos é contribuir nas ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde.

Evolução

A Política Nacional de Saúde Bucal tem por base dados do Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira, concluído em 2003. É o maior e mais amplo levantamento epidemiológico em saúde bucal já realizado no país. Reuniu, ao todo, informações de mais de 100 mil exames, realizados em 250 municípios de todas as regiões.

No ano seguinte, realizou-se a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, decisiva na formulação da Política Nacional de Saúde Bucal. As principais linhas de ação estabelecidas para o Brasil Sorridente foram a inserção da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, a ampliação da atenção especializada, por meio de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e laboratórios de próteses dentárias, e a fluoretação de águas de abastecimento público.

Dados do Ministério da Saúde relatam que, atualmente, há 16.372 equipes de saúde bucal atuando em 4.399 municípios. Até o mês de março de 2008, haviam sido implantados, no país, 640 CEOs, que realizam procedimentos de complexidade média, como pequenas cirurgias e tratamento de raízes e gengiva. Já os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) chegaram a 295 unidades, em março de 2008. Eles devem atender à demanda por serviço protético.

Pode-se relacionar o consumo de água fluoretada com a resistência dos dentes à cárie. Pesquisas mostram que o índice de cárie/obturação nos municípios que não têm água fluoretada foi 49% maior entre crianças de 12 anos e 15% maior entre adolescentes, se comparado ao índice dos municípios que consomem água fluoretada.

Entre 2005 e março de 2008, foram implantados no país 583 novos sistemas de fluoretação, abrangendo 434 municípios em onze estados, beneficiando 5,8 milhões de pessoas. Para dezembro deste ano, a meta do Ministério da Saúde, em convênio com secretarias estaduais de saúde, é implantar mais 126 novos sistemas de fluoretação.

Patos (PB)

O desconhecimento na área ainda leva muitas autoridades públicas a destratarem a saúde bucal.

Há quem considere que tratamento odontológico é muito caro, e, por isso, não quer nem ouvir falar no assunto. Um engano, já que desenvolver bons programas de saúde bucal, adequados às necessidades da população, pode custar muito pouco em relação aos benefícios proporcionados. Basta fazer a coisa certa.

Pelos quatro cantos do país, brasileiros que antes sequer sabiam usar uma escova de dentes corretamente estão recebendo atenção odontológica integral. Um dos modelos bem-sucedidos de atendimento à população está no sertão paraibano. No município de Patos (PB), onde a população é de pouco mais de 97 mil pessoas, a cobertura da Estratégia de Saúde da Família abrange 100% da população, com um total de 34 equipes.

A responsável técnica pelas ações estratégicas e especializadas em Saúde Bucal no município, Gigliana Cavalcante, acredita que a atuação das equipes de saúde bucal tem mostrado o potencial de mudança da atual realidade, o que já é um sinal de acerto do caminho adotado. Em 2005, foram implantados de forma descentralizada novos serviços especializados de pronto-atendimento odontológico noturno (das 18h às 22) em duas unidades. Os resultados positivos surgiram já no ano seguinte.

Procedimentos como a exodontia (extração de dente) diminuíram significativamente, resultado tanto da conduta conservadora dos dentistas, quanto da melhoria da saúde bucal em decorrência da maior quantidade de procedimentos coletivos, como escovação supervisionada e aplicação de flúor.

A cidade conta com um CEO, inaugurado em setembro de 2006, onde já foram atendidos 4.959 usuários. Os recursos vieram, além do Fundo Nacional de Saúde, do próprio município, que investiu recursos próprios na aquisição de equipamentos e materiais permanentes clínicos. O resultado foi um acréscimo de 86% no número de procedimentos odontológicos realizados atualmente, se comparado ao ano de 2004. Para 2008, são esperados, via Fundo Nacional de Saúde, mais R\$ 97 mil para compra de diversos equipamentos odontológicos, entre eles, nove cadeiras de atendimento.

Um dos parâmetros mais usados como indicador de saúde bucal refere-se ao número e percentual de crianças livres de cárie. A OMS diz que pelo menos 50% das crianças com cinco anos de idade devem estar nessa situação. Entre as crianças matriculadas nas creches da rede municipal de Patos com esta idade, apenas 38% eram isentas de cárie. O desafio estava posto: reduzir a vulnerabilidade às cáries, como também o reparo de lesões já existentes.

Cada uma das oito creches passou a receber cobertura de uma equipe de saúde bucal. São 1.500 crianças na faixa etária de dois a cinco anos. As ações incluem reuniões com pais para despertar a co-responsabilidade na prevenção, oficinas com educadores para sensibilizá-los a participarem das atividades em sala de aula, a promoção de escovação supervisionada e a realização de mutirões para execução de restaurações.

Como resultado, o município alcançou a estabilização de lesões iniciais de cárie e dentre as crianças identificadas com cárie, 28% concluíram o tratamento em sete meses de duração do programa. “É uma demonstração de como a parceria educação-saúde pode dar bons resultados quando o assunto é prevenção”, comemora Gigliana.

A equipe também sabia da necessidade de realizar atividades fora da unidade de saúde para conscientizar a população sobre a importância da saúde bucal. Para isso, pôs em prática um plano de ação educativa. “Enfrentamos algumas dificuldades, já que a população resistia em participar de atividades educativas sobre saúde bucal, porque não achava importante e necessário”, conta Gigliana.

Em uma praça, montou-se um verdadeiro “escovódromo”, para alertar os pais sobre a importância da consulta odontológica para manutenção da saúde bucal. Teve palestra, dramatização, teatro de fantoches, café da manhã e 130 escovações supervisionadas por dentista.

Campo Grande (MS)

No extremo brasileiro oposto à Paraíba, num dos estados da fronteira oeste do país, Campo Grande (MS) dá a sua receita. As ações básicas para promoção de saúde bucal já existiam quando a atual gestão assumiu, mas foram ampliadas. Na rede pública de ensino, foi colocado em prática o programa de prevenção “Sorria com Saúde”, com a realização de atividades coletivas, como escovação supervisionada, aplicação de flúor e palestras sobre higiene e saúde bucal. Também de olho nas crianças, foi criado o Odontomóvel, ou atendimento odontológico móvel. Ônibus que antes estavam sem uso foram adaptados para se tornarem consultórios dentários. Até agora, são duas unidades com dois consultórios cada para atendimento de crianças de zero a cinco anos, inclusive na zona rural.

Campo Grande conta, atualmente, com sete policlínicas odontológicas que prestam atendimento aos estudantes durante a semana e à comunidade aos sábados. Há dois CEOs e dez novas equipes de saúde bucal na Estratégia do Saúde da Família, hoje com 56 equipes.



De acordo com o coordenador de assistência odontológica do município, Gilmar Trevizan, o último levantamento epidemiológico realizado em Campo Grande foi em 1999, e apresentou um índice de cárie abaixo do preconizado pela OMS. “Estamos organizando um novo levantamento para 2009. Mas, de acordo com o que apuramos anualmente sobre as necessidades nas escolas, acreditamos que esse índice tenha diminuído”, revela.

Gilmar conta que o município oferece tratamento odontológico a toda a população: as equipes de saúde da família atendem, em suas áreas de abrangência, todos os ciclos de vida, dos bebês até os idosos, seja nas unidades móveis, nas policlínicas, nas unidades de saúde, nos CEOs ou nas unidades 24 horas, que oferecem tratamento de urgência.

A prevenção e a educação ainda são os melhores caminhos quando falamos em saúde bucal. E é com elas que o município quer contar para reduzir índices de cárie, de perda de dentes e de doenças comuns da boca. “Segundo o último censo do IBGE, um grande número de brasileiros não tinha acesso ao tratamento dentário por falta de oportunidade e conhecimento da importância da saúde bucal. Talvez falte o reconhecimento da boca como parte importante da saúde como um todo, o que é uma questão cultural, que vai muito além do medo, da falta de hábito ou de oportunidade”, analisa Gilmar.

Arapongas (PR)

No sul do país, o município de Arapongas (PR) criou maneiras de estender o atendimento a toda população. Do recém-nascido ao idoso, do estudante ao trabalhador, as estratégias de ação de saúde bucal levam atendimento odontológico aos mais variados públicos.

Para a população que trabalha, existe a opção de ir ao dentista a partir das 18 horas, sem precisar faltar ao trabalho. Aqueles que trabalham em outros turnos têm atendimento das 7 às 17 horas, inclusive no horário de almoço. As quatro unidades atendem, em média, 514 pessoas por mês. Já no CEO são atendidas, em média, outras 550 pessoas por mês. Também são confeccionadas 120 próteses totais por mês no laboratório que funciona dentro do CEO.

O município ainda criou ações para chegar na boca dos pequenos. Duas clínicas funcionam em diferentes regiões da cidade para atendimento de bebês. São quatro dentistas que atendem os bebês desde o primeiro mês de vida, realizando um acompanhamento trimestral, que pode seguir até a criança completar seis anos. São atendidas, em média, 300 crianças por mês. As mães participam de palestras que ensinam como cuidar dos dentes de leite e prevenir a cárie. Já as crianças das creches são encaminhadas para as unidades básicas de saúde mais próximas e atendidas uma vez por semana. Somam 144 crianças, em média, por mês.



Na outra ponta da vida, os idosos recebem igual atenção. Cerca de 90 pessoas com pelo menos 65 anos são atendidas num centro de convivência, que mantém um consultório exclusivo.

O coordenador da área de saúde odontológica em Arapongas, José Fernandes, revela que a intenção é ampliar o número de unidades de saúde que realizam atendimento noturno e de emergência 24 horas. Ele acredita que os resultados positivos já estão aí. "A população está mais informada sobre a importância da higiene bucal e prevenção", avalia Fernandes. Para ele, criou-se uma mudança de hábito onde a população passou a escovar melhor os dentes, fazendo uso das orientações recebidas. "Podemos comprovar este quadro através da diminuição de exodontias (extração de dentes) e cáries", ressalta o coordenador.

Pindamonhangaba (SP)

As experiências pelo país mostram que o resultado da atenção à saúde bucal é imediato. Há apenas três anos, na cidade de Pindamonhangaba, interior de São Paulo, não havia sequer uma equipe de saúde bucal no Saúde da Família. A atenção odontológica virou prioridade para a atual administração e, até maio de 2008, 18 equipes de saúde bucal haviam sido introduzidas no programa. A preocupação com a boca passou a ser da equipe de saúde como um todo, e não apenas do cirurgião-dentista. Os serviços de maior complexidade, que anteriormente não eram feitos na cidade, agora são prestados no Centro de Especialidade Odontológica, inaugurado em 2006.

A coordenadora do programa de saúde bucal no município, Angélica Salgado Ribeiro, garante que os investimentos na área nos últimos quatro anos foram os maiores da história da cidade. "A implantação da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família representou um aumento de cerca de 1500 horas mensais no atendimento odontológico, o que significa a possibilidade de se realizarem três mil consultas mensais a mais", calcula Angélica.

Ações que antes eram restritas a participação de crianças matriculadas em escolas e creches públicas foram estendidas para outros grupos populacionais como bebês, gestantes, diabéticos e hipertensos. "A prioridade é que se continue a expandir o número de equipes de Saúde da Família para beneficiar 30% da população da cidade", estima a coordenadora.

Levantamento epidemiológico realizado em 2006 por dentistas do curso de Especialização em Saúde Pública de São José dos Campos constatou que Pindamonhangaba havia cumprido as metas de saúde bucal estabelecidas pela OMS. Aos cinco anos de idade, 54,5% das crianças não tinham nenhuma cárie e aos doze anos de idade, o índice de dentes atacados pela cárie era de 1,7 (a OMS estabelece o máximo de 3,0).

A prevenção sempre tem menor custo, maior alcance e, principalmente, evita os sofrimentos e riscos do adoecimento. "Prevenir é olhar para o futuro", analisa a coordenadora da área. Angélica já constata o aumento na consciência sanitária da população sobre a necessidade de ter uma boa saúde bucal.

No final de abril, uma campanha de prevenção de câncer bucal realizou exames em 533 pessoas que procuraram as unidades de saúde. Dessas, 60 foram encaminhadas ao CEO para uma segunda avaliação. O objetivo é o diagnóstico precoce, já que é através de informação e mudança de hábitos que se pode diminuir o índice da doença e obter sucesso no tratamento.

Boa Vista (RR)

A atenção integral à saúde bucal também desembarcou para lá do Amazonas. Em Boa Vista (RR), a administração municipal tem se dedicado à ampliação das equipes de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família. A intenção é reorganizar a atenção básica no município, que já acontecia, mas de forma descontinuada.

A coordenadora do Programa Municipal de Saúde Bucal, Maria Livoni Bezerra, afirma já ter constatado que, cada vez mais, a população procura o atendimento para realização de procedimentos preventivos e curativos, ao contrário do que ocorria há algum tempo. "Anteriormente, quando um usuário procurava o atendimento, já era para realizar a exodontia (retirada do dente). Hoje, a população se preocupa muito mais com a manutenção da saúde bucal e a preservação dos dentes na boca", conta.

Em parceria com outros órgãos municipais, a Secretaria Municipal de Saúde promove a Mobilização Comunitária, uma ação que ocorre a cada dois meses nos bairros periféricos, em que a demanda é muito grande. Antes de cada mobilização, é realizado um levantamento com os moradores do bairro sobre as principais necessidades da comunidade. "O atendimento odontológico sempre está entre os mais solicitadas", conta Livoni. No dia da ação, cerca de 300 pessoas recebem atendimento e, para dar continuidade ao tratamento, duas unidades móveis permanecem no local durante dois meses.

Além do consultório

Tratar da saúde bucal não se resume a atitudes dentro das quatro paredes do consultório odontológico. Para o professor do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), Paulo Capel Narvai, é preciso ir além. "Não basta tratar doentes, fazer orientações educativas, e recomendar a fluoretação das águas de abastecimento público", adverte.



O professor da USP celebra a concepção do SUS em 1988 como um passo importante na descentralização das decisões no setor da saúde e, portanto, na divisão de poderes. Uma decisão política que contribuiu muito para melhorar a saúde bucal dos brasileiros. “Não se trata mais, agora, de esperar que Brasília ou a capital estadual decidam o que cada município deve ou não deve fazer”, avalia Paulo Capel.

De acordo com o professor, alterar a situação de saúde bucal de cada comunidade é um desafio posto pela política para aqueles que têm de tomar decisões em âmbito local. Ele revela que vários municípios ostentam índices baixíssimos de cárie, similares aos observados em municípios de países como Suécia e Noruega. “Deixamos para trás aquele cenário epidemiológico em que a cárie acometia a todos, era tida como uma “doença democrática”, por ocorrer quase que universalmente”, afirma.

Nas duas últimas décadas do século passado, o Brasil progrediu muito na prevenção e controle de cáries, sobretudo entre as crianças. Saiu de um patamar de quase sete dentes atacados por cárie, aos 12 anos de idade, no início dos anos 80, para aproximadamente três dentes, em média, no início deste século. Dados que demonstram uma redução expressiva, de acordo com o professor da USP. Mas, embora o país tenha conseguido reduzir a ocorrência da cárie, persistem os desafios para assegurar tratamento aos acometidos.

Uma dos caminhos importantes para seguir avançando é diferenciar o que é assistência do que é atenção, quando o assunto é atendimento à saúde. O professor da USP, Paulo Capel, faz a seguinte distinção: “Quando se cuida apenas da assistência, o foco se restringe ao gerenciamento dos serviços, ao conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, estejam doentes ou não. Contudo, ao falar em “atenção”, nos referimos necessariamente ao conjunto de ações e atividades desenvolvidas tanto intra quanto extra setor saúde que, incluindo a assistência individual, não se esgota nela, atingindo grupos populacionais com o objetivo de manter a saúde. Isto requer realizar ações concomitantes sobre todos os determinantes da saúde-doença”.

Ainda segundo ele, “falar em atenção à saúde significa ir além da constatação de que saúde decorre das condições de vida. Erra quem reduz a gestão da saúde à gerência da assistência, pois a prestação de cuidados de saúde às pessoas constitui apenas uma dimensão, não a única dimensão das ações de saúde. Em termos de saúde bucal, por exemplo, é um erro gravíssimo reduzir à assistência as ações que se devem realizar. Ações como fluoretação das águas de abastecimento, adição de flúor aos cremes dentais, ensino da escovação dos dentes, treinamentos e atualização dos profissionais da área, dentre outras, não são assistência odontológica, mas são imprescindíveis para a atenção à saúde bucal.” ■





Júlio Suarez

Por Luis Fernando Rolim Sampaio

JÚLIO E SUAS DUAS ROSAS

Se fue!

Júlio Suarez, um grande cubano, deixou muitos amigos nesse Brasil. Partiu para o México para continuar sua jornada na Organização Panamericana da Saúde. Deixou para trás não só amigos. Aqui, casou um filho, que fica com sua nora brasileira, e um neto, brasileiríssimo.

Hoje, com 57 anos, uma esposa maravilhosa e três filhos - dois cubanos e um já cidadão brasileiro -, nosso amigo Júlio está agora colaborando com os mexicanos na representação da OPAS naquele país.

Aqui permaneceu 5 anos como assessor de Sistemas e Serviços de Saúde da OPAS Brasil.

Não sei se todos sabem (eu não sabia antes de conhecer seu currículo), mas ele é médico, com formação em Psiquiatria e mestrado em Saúde Pública. Professor é fácil imaginá-lo, pela sua paciência e bom humor peculiar. Talvez, por isso, tenha sido convidado por diversas instituições de formação em saúde pública do Brasil e das Américas para lecionar.

Mas para além do professor acadêmico, ele é um professor no cotidiano das relações institucionais e pessoais. É um mestre na construção de redes de amigos e o resultado é visível. Deixou aqui muitos. Podemos até encomendá-lo um estudo, já que se trata também de um "expert" na área de avaliação, mas certamente ele não aceitaria fazê-lo pela impossibilidade de separar o objeto do observador.

Como Diretor do Departamento de Atenção Básica (DAB), eu partilhei muito com ele, no dia-a-dia da construção e desenvolvimento do termo de cooperação do DAB com a área de Sistemas e Serviços de Saúde da OPAS Brasil.

Conheci Júlio quando retornei do Canadá e fui trabalhar como consultor no CONASS. Iniciamos as conversas sobre um seminário para trazer gestores estaduais e provinciais de saúde da América Latina e Canadá ao Brasil, para discutirmos as funções das esferas subnacionais nos diversos países. Foi uma experiência muito interessante que se concretizou em 2005.

Foi aí também que descobri que ele tinha duas Rosas. A Rosa Silvestre, que lhe assessorava no escritório da OPAS e que eu já conhecia do trabalho, e a Rosa "Rosita", sua esposa e companheira que, como ele, deixou amigos e saudades no Brasil.

Dois Rosas, que eu imaginava se tratavam da mesma pessoa, me causaram confusão durante algum tempo. Júlio falava de Rosa em casa, de Rosa em Cuba, de Rosa na OPAS, de Rosa na UnB e eu não entendia muito bem. Até que um dia, antes do seminário, liguei para falar com a Rosa que tinha se prontificado a me ajudar no espanhol dos convites internacionais do evento. Achei meio estranho, pois já tinha viajado com a Rosa para a Colômbia em um evento da OPAS e não tinha percebido que seu espanhol era tão avançado. Enfim, liguei para a Rosa.

Na conversa, rapidamente percebi, pelo sotaque, que não se tratava da mesma Rosa. Era também doce e simpática, mas era fato: o Júlio tinha duas rosas, uma silvestre e uma cultivada em casa, sua esposa que cozinha "Mouros e Cristianos" com carne moída como ninguém.

Minha maior proximidade com o Júlio se deu na construção da ferramenta brasileira de avaliação das Funções Essenciais de Saúde Pública – FESP. Junto com o outro Júlio, o Muller, com Carmem Teixeira, com Renilson Rehen, com Rita Catanelli, com o professor João Cândido, com a Fátima Ticianel, com Maria Lucia Carnelosso e com Rosa Silvestre trabalhamos e nos divertimos muito com o Júlio.

Com ele aprendi que rum se toma puro ou com gelo, sempre com os amigos, e que Havana Club Blue é danado de bom, sô! É certo que Júlio deixou lembranças, mas não duvidamos que o Brasil também vai em seu coração e, na exclusividade do nosso português, ele vai sentir a nossa "saudade"! ■

Luis Fernando Rolim Sampaio é Médico ex-diretor do departamento de atenção básica (DAB/MS).

Rede Gandhi



Por Jonas Melman e Lumena Almeida Castro Furtado

No V Congresso de Cultura de Paz e Não Violência, realizado na cidade de Belém em conjunto com o Congresso do CONASEMS, a reflexão sobre o impacto da violência no campo da saúde pública ganhou visibilidade e destaque na mesa redonda e na oficina da cultura da paz – cuidando do cuidador.

No Pacto pela Saúde de 2008, a proposta de uma atenção integral à pessoa em situação de violência foi assumida como prioridade. Entretanto, a elaboração de políticas públicas para a superação da violência coloca desafios para todos os atores que atuam no SUS. Sem dúvida, o reconhecimento de que a violência tornou-se uma questão importante para o fortalecimento do SUS constitui um grande avanço nos últimos anos, porém esse processo ainda é relativamente recente e não consolidado. Igualmente, a complexidade do fenômeno violento e suas implicações para o setor da saúde exigem uma abordagem intersetorial e transdisciplinar, que procure formular projetos que envolvam e articulem muitos setores do governo e da sociedade.

Pessoas em situação de violência, vítimas e agressores, precisam de ajuda. Estruturar uma rede de cuidados capaz de cuidar de forma integral e humanizada de pessoas feridas é nossa responsabilidade. O estabelecimento de uma rede de cuidados às pessoas em situação de violência, articulada com outras redes de apoio social, é fundamental e implica em investimentos na organização dos serviços, na organização dos processos de trabalho, e principalmente, na educação permanente dos profissionais da saúde. Cuidar de pessoas em situação de violência mobiliza muita resistência por grande parte dos trabalhadores da saúde. Eles se sentem despreparados e inseguros para lidar com a violência. Estes trabalhadores também precisam de ajuda para exercer com competência a complexa função de cuidadores. Um olhar atento sobre muitos dos problemas enfrentados pelo SUS revela que os cuidadores também precisam de cuidados.

Como já foi constatado em muitas situações, a cultura da violência que predomina em nossa sociedade também está presente nos serviços de saúde, o que acaba gerando o aparecimento de diversos tipos de violências institucionais. As políticas atuais para a humanização também têm procurado investir na qualidade da assistência por meio de uma série de dispositivos, buscando o resgate de uma relação de cuidado mais acolhedora e responsável, centrada na defesa da vida, nas necessidades e nos direitos dos usuários, e na possibilidade de uma gestão compartilhada. Esta é com certeza uma política capaz de modificar o quadro de violência institucional na saúde.

É desafiador para os gestores sanitários expandir o olhar na direção de construir projetos de parcerias dentro dos diversos segmentos da saúde, com outras secretarias de governo, com as ONGs, com as igrejas, com as associações de bairro, etc. Mesmo dentro do campo sanitário, apesar dos avanços, ainda é difícil articular as ações da vigilância, da atenção básica, da humanização, da saúde mental, da promoção à saúde. Precisamos olhar para essa fragmentação, entender suas razões.

Todavia, ao colocar na agenda a questão da violência, sabemos que estamos lidando com um fenômeno complexo, que se manifesta de diferentes modos e tem na sua origem múltiplas causas. O esforço de compreendê-lo passa por um olhar mais aprofundado sobre os mecanismos de desigualdade social e exclusão social, sobre a construção sócio-histórica das relações de gênero, entre gerações e raças, e sobre o papel que as diferenças exercem em nossa sociedade.

A transformação dessa cultura da violência na direção de uma cultura da paz exige uma soma de esforços e de recursos. Trata-se de chamamento à inteligência coletiva. Saúde, educação, justiça, segurança, meio ambiente, desenvolvimento social, trabalhando de forma isolada não conseguirão mudanças significativas. Políticas públicas articuladas são mais potentes para prevenir violências, promover a vida e a saúde comunitária. Muitos municípios têm se empenhado nesta direção.

Se já sabemos que a saída é juntar, unir, resgatar o protagonismo coletivo, o pacto solidário, por que apresentamos tantas dificuldades para trabalhar em coletivos?

Onde existem relações humanas, existirão conflitos entre pessoas, grupos, e organizações. Eles são inevitáveis. A diversidade é necessariamente geradora de conflitos. Se o desejo de poder e de reconhecimento são legítimos, notamos uma tendência em muitas pessoas de sempre querer mais poder e mais destaque. É preciso aprender a parar o desejo que vai além da necessidade, colocar limites. Os limites permitem que o diálogo e a negociação possam criar possibilidades de acordos entre os envolvidos. Jean-Marie Muller sugere que nossa cultura é violenta porque está impregnada da "ideologia da violência", que legitima a violência e o uso da força pelo mais forte como um dispositivo eficaz para resolver conflitos.

A violência muitas vezes nasce de um desejo ilimitado que se choca com o limite colocado pelo desejo do outro. O desejo humano não gosta de limites. A vontade de dominar e agir de forma violenta usualmente surge quando os desejos são contrariados. Em algum lugar em nossas mentes, acreditamos que podemos fazer do nosso jeito sem conversar, sem fazer acordos.

A formação de redes voltadas para o fortalecimento dos movimentos em sintonia com uma cultura de paz e não violência depende de nossa capacidade para dialogar e compartilhar os frutos do nosso trabalho conjunto. As redes constituem um valioso instrumento para a garantia dos direitos e a construção da cidadania. A superação do quadro atual de violência depende essencialmente dessa capacidade de articulação de todos os setores sociais. A decisão está ao nosso alcance. Podemos sim aprender a trabalhar em parceria. Em muitos municípios do Brasil as parcerias entre instituições públicas, organizações da sociedade civil e comunidade têm demonstrado a potência dessa estratégia.

A construção dessas redes, como por exemplo a "Rede Gandhi, Saúde, Cultura de Paz e Não-Violência", é uma experiência relativamente nova e, portanto, requer apoio e capacidade de diálogo entre todos os atores envolvidos para compreender e aceitar as inevitáveis dificuldades e conflitos.

O CONASEMS, a partir do último Congresso, está estruturando um grupo que possa apoiar as articulações e as trocas entre os municípios, buscando formular estratégias de fortalecimento de suas experiências. Participe se colocando em contato com o grupo. ■

Jonas Melman é Psiquiatra e assessor da área Técnica de Cultura, Saúde e Cidadania da SMS de São Paulo (melman@terra.com.br)

Lumena Almeida Castro Furtado é Psicóloga e assessora do COSEMS de São Paulo (lumenafurtado@gmail.com)



CARTA DE BELÉM

Os Secretários e Secretárias Municipais de Saúde, reunidos no XXIV Congresso Nacional das Secretarias Municipais de Saúde e V Congresso Brasileiro de Saúde, Cultura de Paz e Não-Violência, no período de 08 a 11 de abril de 2008, na cidade de Belém, Estado do Pará, reiteram seu compromisso com a melhoria da qualidade de vida e da saúde de todos os brasileiros e com a consolidação e defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) como política de Estado. Propõem então, a construção de uma agenda para a Reforma Sanitária Brasileira pautada pelo Pacto pela Saúde, com as seguintes deliberações que nortearão a atuação do CONASEMS, dos COSEMS e das Secretarias Municipais de Saúde:

1. Sobre o Financiamento

1. Defender a regulamentação da EC 29 segundo o parâmetro de 10% da receita corrente bruta e as definições conceituais de ações e serviços de saúde, conforme projetos em tramitação no Congresso Nacional;

2. Defender a incorporação de 6 bilhões de reais ao orçamento da saúde do nível federal para o ano de 2008 reivindicados pelo CONASS e CONASEMS e garantia dos recursos para financiar o PAC – SAÚDE no cronograma prevista, já que o orçamento aprovado para este é insuficiente;

3. Defender mecanismos de segurança jurídica para a regionalização possibilitando repasses de recursos financeiros entre os entes federados, e financiamento estável da União para o funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional;

4. Defender um modelo de financiamento que inclua os custos para a saúde de agravos externos ao setor. Os recursos devem ser oriundos do setor que causou os agravos;

5. Defender um modelo de alocação de recursos

segundo os parâmetros do artigo 35 da Lei 8080;

6. Reforçar com os gestores municipais, estaduais e federal a premência da utilização dos recursos já destinados às vigilâncias;

7. Mobilizar para que a lógica de investimento, incluindo os recursos referentes às Emendas Parlamentares, seja a partir do Plano Diretor de Investimentos pactuado nos Colegiados de Gestão Regional, na Comissão Intergestores Bipartite e na Comissão Intergestores Tripartite;

8. Reivindicar a construção de um Plano Nacional de Investimento com a totalidade dos recursos disponíveis;

9. Reafirmar a necessidade de políticas regionalizadas de saúde baseadas nas necessidades regionais e com critérios específicos de alocação de recursos para regiões com vazios assistenciais tais como fator amazônico, nordestino, regiões metropolitanas, carcerária, pantaneiro, de fronteira, de saúde indígena, entre outros;

10. Combater todas as formas de gerenciamento inadequado dos recursos públicos, de ineficiência e de corrupção nas três esferas de governo;

11. Implementar estratégias de orientação e capacitação técnica para as Secretarias Municipais de Saúde para ampliar a eficiência, eficácia e efetividade de gastos públicos em saúde;

12. Constituir comissão de acompanhamento da construção de uma Reforma Tributária baseada nas responsabilidades de cada esfera de governo;

13. Exigir a progressiva instituição de sistema de transferência de recursos entre entes federados baseado em conta única e caixa único;

14. Defender a responsabilidade tripartite pelo financiamento da saúde, inclusive com transferências pactuadas de recursos dos governos estaduais para os municípios;

15. Defender alocação de recursos financeiros para a estruturação e organização de serviços e qualificação dos profissionais envolvidos na assistência farmacêutica.

2. Sobre a Gestão do SUS

1. Desenvolver a agenda estratégica tripartite referente ao Pacto pela Saúde;

2. Lutar pela regionalização solidária e defender a gestão compartilhada dos sistemas de saúde, assegurando o comando único;

3. Fortalecer os Colegiados de Gestão Regional nas suas dimensões política, administrativa e técnica;

4. Reiterar a necessidade de pactuação na Câmara Técnica da CIT dos processos e instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS, consoantes com a legislação e cronogramas estabelecidos em lei, e revogação do Comitê do PLANEJASUS;

5. Reivindicar a efetivação do Cartão SUS;

6. Solicitar a revisão da Política Nacional de Atenção Básica alterando a regulamentação da estratégia de saúde da família, NASF e outros dispositivos, considerando as diversidades regionais e estabelecendo estratégias financiadas para locais onde não há médicos ou onde não há disponibilidade de 40 horas semanais desses profissionais;

7. Solicitar a extensão do formato do NASF da região norte para toda a Amazônia legal brasileira;

8. Apoiar o fortalecimento do Programa Nacional de Telessaúde como instrumento para qualificação da atenção básica e para a educação permanente em saúde;

9. Defender a qualificação da gestão da assistência farmacêutica, tendo o planejamento como principal estratégia, e capacitação tanto para gestão como para a prescrição, como formas de promoção do uso racional de medicamentos;

10. Construir uma agenda regionalizada voltada para soluções de processos de aquisição de medicamentos, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e pactuação de elencos padronizados de medicamentos;

11. Organizar e articular de forma tripartite um amplo movimento para enfrentamento da judicialização da saúde, incluindo a assistência farmacêutica;

12. Reiterar a necessidade de superação da fragmentação institucional no Ministério da Saúde para agilizar a implementação do Pacto pela Saúde;

13. Estimular a gestão municipal para a construção de projetos locais de intervenção baseados na análise de situação saúde por meio do diagnóstico participativo focado no território, na intersectorialidade e na integralidade;

14. Reiterar o entendimento da promoção da saúde e da organização da atenção básica como estratégias de gestão estruturantes e formuladoras do modelo de atenção voltado para a garantia do cuidado integral;

15. Defender a institucionalização por meio de Lei dos fóruns de pactuação do SUS (CIT, CIB, CGR, e os Pactos) e dos colegiados de representação (CONASEMS, COSEMS e CONASS);

16. Estimular os contratos de ação pública como forma de relacionamento entre os entes federados na saúde, baseado nas suas competências legais;

17. Reiterar a necessidade de mecanismos regulatórios que estimulem a promoção da saúde que incidam inclusive sobre as grandes empresas privadas e públicas;

18. Apoiar políticas públicas transversais na saúde com base no enfoque populacional;

19. Apoiar a implementação da redução de danos como estratégia de enfrentamento das epidemias de Aids, DST e Hepatites;

20. Apoiar a ampliação da capacidade de diagnóstico e tratamento com investimentos para capacitação dos profissionais priorizando o cumprimento das metas do milênio para maior integração entre as ações de prevenção, controle vetorial, notificação epidemiológica e assistência no combate a dengue, malária, tuberculose e hanseníase;

21. Fomentar o debate sobre os Determinantes Sociais da Saúde nos contextos das ações de planejamento e gestão;

22. Reiterar a necessidade de implementação da Política Nacional de Gestão (incorporação e avaliação) de Tecnologias em Saúde no SUS;

23. Estimular a produção de conhecimento científico e popular voltados para reorientação do modelo de atenção com produção de conhecimentos nos serviços e nos espaços de participação da população, na perspectiva de fortalecer/alinhar as práticas profissionais e a dimensão cultural de saúde;

24. Desenvolver estratégias de profissionalização e qualificação da gestão operacional dos serviços de saúde e para a gestão orçamentária, financeira, e contábil da saúde;

25. Solicitar a adequação da política de urgência e emergência para as especificidades da região amazônica, inclusive com a implementação do resgate aéreo;

26. Retomar a discussão em âmbito nacional sobre a Política de Saúde Ambiental, com destaque para a área de saneamento;

27. Reiterar a necessidade de integração dos sistemas de informação, revendo indicadores e marcadores na perspectiva do PACTO PELA SAÚDE;

28. Reconhecer as práticas terapêuticas explicitadas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares com garantia da qualidade, segurança e eficácia nos serviços de atenção à saúde;

29. Investir no fortalecimento da autonomia dos gestores municipais, organizando encontros e oficinas periódicas e descentralizadas, com foco nas ações de Planejamento e Gestão do SUS;

30. Apoiar os estados e municípios na construção das regiões de saúde e dos CGR, a partir da pactuação, monitoramento e avaliação tripartite;

31. Avançar no fortalecimento da atuação dos COSEMS, valorizando-os como espaços de formulação de políticas, de discussão técnica e encaminhamentos operacionais da construção do SUS;

32. Expressar apoio à Política Nacional de Saúde Mental e à diretriz de mudança do modelo de atenção, considerando a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais e incluindo a saúde mental na rede de atenção básica e de forma interligada com todos os serviços e dispositivos em saúde mental visando otimizar o acesso e a qualidade do atendimento;

33. Estabelecer claramente a complementaridade das responsabilidades municipais e estaduais para com

a Saúde Indígena, mantendo o Ministério da Saúde como responsável e articulando a construção do Termo de Pactuação - Atenção à Saúde e seu Plano de Aplicação, a partir de ampla discussão e pactuação local, respeitando a pluralidade do povo indígena;

34. Referendar e apoiar a parceria com o FNEPAS (Fórum Nacional de Ensino de Nível Superior da Área de Saúde) com as instâncias colegiadas de gestão e controle social do SUS com vistas a integrar todas as profissões de saúde nas linhas de cuidado à saúde;

35. Referendar e apoiar a parceria com a Associação Brasileira de Enfermagem nacional, e seções regionais com as instâncias colegiadas de gestão e controle social do SUS com vistas a integrar a enfermagem na construção das linhas de cuidado saúde e implementação dos sistemas de informações em saúde no que compete à enfermagem;

36. Propor o desenvolvimento de uma agenda para a Amazônia Legal com a realização de encontros de CIB na região voltados para estratégias de fortalecimento da atenção básica e sustentabilidade da atenção especializada;

37. Propor a retomada do NAID como forma de efetivar o plano de saúde da Amazônia Legal (PSAL).

3. Sobre a Gestão do Trabalho e a Educação na Saúde

1. Discutir novos modelos de gestão que possibilitem alternativas para a contratação dos profissionais de saúde de forma solidária e cooperativa entre as esferas de governo;

2. Fortalecer a articulação ensino-serviço a partir de contratos entre as secretarias de saúde e instituições de ensino, com definição de responsabilidades e resultados a serem alcançados;

3. Enfatizar a educação permanente como instrumento de gestão e dispositivo de mudanças de práticas no trabalho;

4. Construir uma agenda republicana para a revisão da legislação relacionada à área de gestão do trabalho em saúde;

5. Construir uma agenda conjunta entre CONASEMS, CONASS, Ministério da Saúde e Ministério da Educação para o processo de planejamento e ordenação da formação de profissionais na área da saúde;

6. Lutar pela democratização da comissão nacional de residência Médica, de forma a incluir na mesma a participação dos gestores estaduais e municipais do SUS

7. Organizar um seminário nacional sobre a ordenação da formação dos trabalhadores da área da saúde em parceria com o Ministério da Saúde e o da Educação.

4. Sobre a Participação e Controle Social

1. Construir processos de democratização das relações entre os atores do SUS fortalecendo a gestão participativa;

2. Fortalecer a pactuação com a sociedade na construção dos planos locais e regionais voltados para a promoção da saúde e que incluam as práticas integrativas e complementares;

3. Desenvolver estratégias de inclusão social de direitos da saúde; apoiando os movimentos sociais que lutam por direitos sociais e ampliação da cidadania;

4. Participar do financiamento tripartite para estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde;

5. Participar da construção da conectividade entre os Conselhos do SUS;

6. Dar visibilidade ao Pacto em Defesa do SUS por meio de estratégias e ações de comunicação social voltados para a sociedade como um todo;

7. Reiterar a necessidade de diretrizes sobre o formato das conferências de saúde, com o objetivo de romper com a fragmentação dos temas e diminuir a realização de conferências temáticas;

5. Sobre a Cultura de Paz e Não-violência -

“A essência do ser humano é reescrever o seu futuro”
Guimarães Rosa

1. Atuar para a consolidação da Cultura de Paz e Não-violência como estratégia de promoção da saúde implementando uma agenda intersetorial para o enfrentamento da violência;

2. Promover a educação para a paz através da inclusão de sua prática no cotidiano da atenção à saúde com envolvimento de profissionais e usuários da saúde;

3. Promover o compartilhamento de experiências de Cultura de Paz e Não-violência para formulação de políticas contemplando as diversidades regionais do País;

4. Participar da ampliação, divulgação e implementação da Política Nacional de Humanização;

5. Apoiar e participar do desenvolvimento de uma política nacional de Cuidado com o Cuidador de Saúde;

6. Apoiar a implantação e implementação da notificação compulsória dos casos de violência, e o desenvolvendo de ações intersetoriais de atenção às vítimas e familiares;

7. Construir coletivamente uma plataforma da paz, da superação da naturalidade diante da dor, do sofrimento e da violência;

8. Contribuir para a retomada da campanha do desarmamento em pauta no Congresso Nacional. ■

Belém, 11 de abril de 2008.

