

MINISTÉRIO DA SAÚDE

# Projeto Saúde 2004

---

CONTRIBUIÇÃO AOS DEBATES  
DA 12ª CONFERÊNCIA  
NACIONAL DE SAÚDE

---

BRASÍLIA – DF  
2003

Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Organização Pan-Americana da Saúde.

## **PROJETO SAÚDE 2004**

### **Contribuição aos debates da 12ª Conferência Nacional de Saúde**

Brasília – DF  
2003

# Projeto Saúde 2004

## **Coordenação Geral:**

### **Ministério da Saúde**

Valcler Rangel (SPO/SE)

Luiz Antonio Nolasco (SPO/SE)

Flávio Oliveira (SGP)

### **Fund. Oswaldo Cruz/Esc. Nacional de Saúde Pública/Esc. de Governo em Saúde**

Patrícia T. R. Lucchese

Antonio Ivo de Carvalho

### **Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde**

Miguel Malo

## **Coordenação Técnica:**

Maria Elizabeth Diniz Barros (coord.)

Janice Dornelles de Castro

Virgínia Almeida

Hugo Vocurca Teixeira

### **Apoio Técnico às Oficinas**

Dayse Aguiar

Marcelo Apgaua

Simone Gueresi

### **Grupo Assessor FIOCRUZ:**

Clarice Melamed

Dayse Aguiar

Marcos Mandelli

Paulo Sabroza

Rosana Magalhães

### **Suporte Logístico:**

Mariana Abreu de Assunção (SPO/SE/MS)

Rita de Cascio (SPO/SE/MS)

Honório Figueiredo (SPO/SE/MS)

Hudson Nunes (SPO/SE/MS)

# 1. Apresentação

O projeto *SAÚDE 2004* é uma iniciativa da Escola Nacional de Saúde Pública/Escola de Governo em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, desenvolvida em parceria com a Secretaria-Executiva, a Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, a Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), com o apoio do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud). O projeto visa a subsidiar o planejamento governamental setorial, em especial a implementação do PPA 2004-2007 e a formulação de diretrizes para elaboração do Plano Nacional de Saúde, bem como o processo de preparação da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Objetiva, principalmente, contribuir para a ampliação da visão dos problemas relativos ao cuidado à saúde do cidadão brasileiro, explorando novos canais de interlocução com diferentes segmentos da sociedade civil e política, para a requalificação ou inclusão de temáticas ainda não identificadas ou insuficientemente trabalhadas na dinâmica político-institucional do SUS, a partir de uma perspectiva regional de problemas nacionais e locais.

Consiste no levantamento e na análise de problemas relacionados ao acesso às ações e aos serviços de saúde e à operação do sistema, a partir do diálogo do Ministério da Saúde com diferentes atores sociais que interagem com o Sistema Único de Saúde, mas não têm participação direta nos espaços institucionais formais de gestão participativa do SUS.

Com esse propósito, suas atividades foram organizadas para captar diferentes percepções e múltiplas visões dos problemas que atingem a população brasileira, por meio da escuta a vários atores sociais, das diferentes regiões do país, com atuação relacionada ao Sistema Único de Saúde, em reuniões organizadas com esta finalidade.

Espera-se, assim, não apenas subsidiar o desenho de intervenções públicas de caráter nacional, sintonizadas com a diversidade de situações regionais, que sejam capazes de produzir impactos na capacidade de resposta do sistema frente às necessidades e demandas da heterogênea população brasileira, como desenvolver metodologias participativas de formulação política, planejamento e gestão do SUS, a serem disseminadas pela Escola de Governo da ENSP.

As atividades do Projeto Saúde 2004 incluíram a realização de duas etapas de reuniões com diferentes grupos de interlocutores sociais e políticos. Na primeira etapa foram realizadas cinco Oficinas de Trabalho, para as quais foram convidados a participar três interlocutores de cada

macro-região, selecionados em função de suas distintas interfaces com a ação setorial, segundo critérios previamente definidos, e buscando assegurar a participação de todos os estados. As cinco Oficinas reuniram, respectivamente: 1) ONGs voltadas a populações em diferentes ciclos de vida; 2) Movimentos sociais/ organizações não governamentais com ação em diferentes áreas setoriais relevantes para a saúde; 3) Auditores de Tribunais de Contas e Procuradores do Ministério Público; 4) Parlamentares das três esferas de governo; e 5) Gerentes de unidades de saúde de referência regional. Nesta etapa, foram trabalhadas as seguintes questões com os participantes:

1. Qual é, em relação à saúde, o principal problema que atinge a população com a qual você trabalha?
2. O que você considera que é a causa mais importante desse problema?
3. O que precisa ser feito, na sua opinião, para enfrentar ou superar os problemas?

Na segunda etapa do projeto, foi realizado o Encontro Nacional de Interlocutores Sociais no qual os mesmos interlocutores, reunidos por região de origem, discutiram os resultados obtidos na primeira fase, com vistas à hierarquização e detalhamento dos principais problemas regionais identificados e das proposições para o seu enfrentamento.

Nesta etapa, foram trabalhadas as seguintes questões:

1. Qual é, dentre os problemas identificados, o mais importante, aquele cuja superação significará mudança decisiva na situação de saúde de sua região?
2. Identifique três situações que caracterizem e indiquem a ocorrência do problema na sua região.
3. O que você considera que é a causa mais importante desse problema?
4. Quais são as ações mais relevantes para enfrentar ou superar este problema?

Além destas etapas, o projeto contou com uma etapa preliminar em que se produziu uma síntese dos problemas identificados na dinâmica político-institucional da gestão do SUS, em vários documentos institucionais oficiais correspondentes ao período 1999/2002, tendo como ponto de partida o Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Neste momento, analisa a abrangência nacional, regional e/ou local dos problemas identificados pelos interlocutores nas reuniões e as especificidades regionais das causas identificadas e proposições

apresentadas, para posterior análise da sensibilidade das diretrizes setoriais e dos programas de governo aos problemas levantados, classificados pelo projeto nos seguintes campos/categorias: *agravos ou doenças, acesso, qualidade, gestão e cultura política*.

Espera-se, ainda, que seus resultados possam subsidiar o desenvolvimento de metodologias participativas associadas ao processo de planejamento e à formulação de estratégias para melhorar a performance do sistema de saúde.

O presente documento, considerando a oportunidade de divulgação parcial deste esforço coletivo e a riqueza e a complexidade da contribuição dos interlocutores que participaram das Oficinas de Trabalho e do Encontro Nacional de Interlocutores Sociais adianta, em caráter preliminar, uma primeira síntese dos principais problemas, causas e proposições por eles registrados durante as Oficinas na primeira etapa de reuniões, como subsídio aos debates da 12ª Conferência Nacional de Saúde<sup>1</sup>.

O panorama da realidade brasileira local e regional aqui apresentado certamente contribuirá para a análise da saúde que temos e do SUS que queremos.

## **2. Os problemas de saúde, segundo o olhar dos diferentes grupos de interlocutores do projeto**

Todos os grupos de interlocutores identificaram o acesso às ações e serviços como dificuldade vivida pela população com a qual trabalham ou presente na área em que atuam. A descrição de como esta dificuldade se expressa variou nos distintos grupos. Os interlocutores das ONGs e dos Movimentos Sociais selecionados pelo projeto, descreveram situações de marginalização no acesso e/ou discriminação no atendimento a alguns grupos de cidadãos pelo sistema de saúde (prostitutas, índios, negros, homossexuais, idosos, crianças e adolescentes em situação de risco e dependentes químicos). Na Oficina com as ONGs foi colocada a dificuldade de identificar onde o serviço pode ser obtido e quem é o responsável por sua provisão como um dos fatores determinantes da dificuldade de acesso. O grupo de interlocutores dos Movimentos Sociais identificou como problemas de acesso a ausência de atenção

aos distúrbios psicológicos e psíquicos e a dependentes químicos em geral e a falta de atendimento à criança e ao adolescente em situação de risco social. Já os auditores dos Tribunais de Contas e procuradores do Ministério Público apontaram a excessiva concentração do sistema, seja nos grandes centros urbanos/capitais, seja nos grandes hospitais, como determinantes da dificuldade de acesso. Os gerentes, por sua vez, indicaram a demanda reprimida e a super utilização da urgência/emergência, como expressões da dificuldade de acesso, decorrentes do contingenciamento de consultas especializadas e do fato de o sistema de atenção básica, em sua forma de organização atual, não estar sendo resolutivo. Na reunião dos parlamentares, referiu-se à dificuldade de acesso em todos os níveis de complexidade do sistema, chamando-se a atenção para a concentração da oferta de serviços nos centros urbanos, e para a má distribuição geográfica dos serviços de saúde como causas principais. Os parlamentares apontaram também a especial dificuldade que encontram as populações rurais e indígenas para ter acesso ao sistema.

De uma forma geral, todos os segmentos identificaram problemas na garantia da atenção integral e isso está mais relacionado com a dificuldade de acesso à atenção no nível das especialidades (média complexidade).

O segundo campo de problemas mais referido pelos diferentes grupos de interlocutores pode ser definido como problemas relacionados à *qualidade da atenção*. Estes foram considerados relevantes para os interlocutores das ONGs, dos Movimentos Sociais, dos Tribunais de Contas e Ministério Público e para os Parlamentares. Cada segmento apontou problemas diferentes em relação à qualidade do sistema. Para os primeiros a dificuldade de comunicação (os pacientes não compreendem os profissionais de saúde), e o atendimento fragmentado do paciente em lugar de um atendimento integral, que veja o paciente como um todo, são as maiores expressões da falta de qualidade. Na Oficina com os interlocutores dos Movimentos Sociais, bem como naquela que reuniu profissionais dos Tribunais de Contas e Ministério Público e na que reuniu parlamentares, foi a baixa resolutividade das unidades de referência que mereceu destaque, vista como consequência de uma estrutura inadequada e da insuficiência de profissionais (este também poderia ser classificado como um problema de acesso aos níveis de maior complexidade do sistema). Os interlocutores dos movimentos sociais destacaram ainda a existência de mortes e doenças evitáveis como um

indicador da falta de qualidade da atenção. Uma situação específica do Estado do Rio de Janeiro, o “colapso da rede hospitalar”, foi apontado como um dos principais problemas na reunião dos parlamentares.

A formação profissional inadequada foi apontada, tanto pelos interlocutores das ONGs quanto pelos interlocutores dos Movimentos Sociais e pelos parlamentares, como um dos determinantes da baixa qualidade da atenção prestada.

A estrutura inadequada, expressa pelo atendimento precário, pela má distribuição de medicamentos e pelas filas, juntamente com as cobranças indevidas, foi apontada pelo grupo dos Tribunais de Contas e Ministério Público como o principal problema de qualidade. Da mesma forma os parlamentares ressaltaram a falta e o alto custo de medicamentos e o seu desperdício e desvios na ponta do sistema – às quais acrescentaram a insuficiência de recursos financeiros. Os gerentes de unidades, ainda que não os tenham incluído como prioridade, referiram problemas de qualidade da atenção básica como causa do excesso de utilização do sistema de urgência e emergência .

Um outro campo de problemas mencionado foi o relativo a *agravos ou doenças* que acometem a população. Os interlocutores das ONGs, os dos movimentos sociais e os parlamentares, destacaram-nos como prioritários, sendo as doenças parasitárias identificadas pelos três grupos. Ao que tudo indica, ainda que tenham perdido importância como causa de morte, as doenças infecciosas e parasitárias persistem com presença importante na morbidade e parecem afetar especialmente alguns grupos participantes destes segmentos. Cabe ressaltar que foram identificadas como causas desses problemas, condições sócio econômicas precárias e a falta de saneamento básico. Também foram apontadas pelos dois primeiros segmentos a fome e a desnutrição, indicando a necessidade de políticas intersetoriais para o enfrentamento dessas questões.

Outro agravo, apontado especialmente na Oficina com as ONGs, relaciona-se ao abandono e à ruptura de laços familiares na nossa sociedade, que levam as pessoas à depressão e afetam emocionalmente, principalmente, as crianças. Outros agravos referidos são as doenças cardíacas, hipertensão, diabetes e as DSTs, além da tuberculose, hanseníase e a malária, destacadas pelos parlamentares. Novamente fica clara, nas falas, a necessidade de políticas intersetoriais para o enfrentamento da questão da saúde.

Problemas classificados na categoria *cultura política* foram abordados pelos interlocutores dos movimentos sociais, dos tribunais de contas



e Ministério Público e pelos parlamentares. Os três segmentos expressaram o desconhecimento pelos cidadãos dos seus direitos como um problema prioritário. Na Oficina com os movimentos sociais a utilização da saúde como objeto de barganha política foi destacada como causa desse desconhecimento, exemplificada com o fato de que é comum o gestor local optar por comprar uma ambulância, para levar os pacientes para serem atendidos em outro município, fazendo-os devedores de favores políticos, em lugar de construir um sistema efetivo de saúde. Foi ressaltada, também, como causa, a baixa divulgação dos direitos dos usuários do SUS, previstos na lei 8080/90. Na reunião dos parlamentares chamou-se atenção, ainda, para a importância de se discutir a política econômica do país, que afeta todo o sistema. E se apontou a falta de controle social e de ética, assim como a corrupção, como graves problemas a serem enfrentados.

Por fim, um último campo de problemas identificados pode ser definido como *gestão*. Problemas relacionados a este campo foram mencionados nas Oficinas com os Tribunais de Contas e Ministério Público, com os gerentes de unidades e na reunião com os parlamentares. Na primeira, a falta de acompanhamento e avaliação dos programas do governo foi o problema destacado. Os gerentes de unidades identificaram dificuldades na regulação e pactuação entre estados e municípios e a falta de leitos. Os parlamentares também assinalaram a dificuldade existente nas relações intergovernamentais, à qual acrescentaram o conflito na interpretação do disposto na EC 29, com a utilização das verbas da saúde para outros fins. A falta de responsabilidade e a incompetência administrativa dos gestores, a falta de definição do papel dos hospitais universitários e a falta de profissionais especializados foram apontados como graves problemas do sistema.

Foram ainda identificados pelo grupo de interlocutores das ONGs *causas estruturais* do conjunto dos problemas identificados, quais sejam: a falta de emprego e educação, os diferentes paradigmas entre sistemas que se inter-relacionam (saúde, educação, segurança alimentar e etc.), a formação acadêmica focada na doença e não na prevenção, o privilégio das ações curativas em detrimento das preventivas e o mercantilismo da saúde. Os parlamentares assinalaram ainda as conseqüências da política macroeconômica e da ênfase no ajuste fiscal como constrangimentos relevantes à construção do SUS.

### 3. Aproximação regional aos problemas de saúde, segundo a perspectiva dos interlocutores

#### 3.1 - Região Norte

Os interlocutores da Região Norte destacaram, em todas as Oficinas, a *difficuldade de acesso* às ações e aos serviços de saúde, principalmente serviços de referência, e a falta de insumos essenciais e medicamentos, como importantes problemas da região, com repercussão direta na qualidade da atenção. As características geográficas regionais tomam o acesso extremamente difícil - quando não o impossibilitam. As populações ribeirinhas ou residentes em municípios menores e mais distantes não contam sequer com serviços básicos suficientes e, em muitos lugares, saúde não é prioridade do governo municipal.

Nas áreas urbanas o acesso também é problema. A sobrecarga de demanda nas capitais é percebida como sua maior expressão. Para a maior parte dos participantes da região, tal sobrecarga decorre principalmente de causas de natureza política, uma vez que os gestores municipais não têm interesse em construir / estruturar os sistemas locais, preferindo *“manter o clientelismo”*. Neste contexto, associam-se a *“falta de estratégia de atenção do gestor de saúde”*; a falta de planejamento - *“não se faz plano de saúde”* -; o *“baixo ou nenhum investimento na estrutura para implementação do SUS”*; a ausência de *“atendimento regionalizado”*, fora da capital do estado. Destacou-se também a falta de política para crianças/adolescentes de rua como um problema importante a ser enfrentado: *“Os meninos de rua não procuram o SUS e o SUS não procura os meninos de rua”*; *“não há atendimento em saúde para eles”*.

A falta de mecanismos de referência é mais uma face desse problema e se manifesta intra e inter estados. Em alguns casos - como o do Tocantins - é grande o fluxo de saída de pessoas para outros estados (inclusive para fora da região) e de chegada de outras, originárias de estados com piores condições de cobertura às suas populações, seja pela ausência de serviços seja pela distância maior, sem que se tenha administração e controle da situação.

Além disso, de acordo com alguns relatos, os gestores municipais não apenas *“encaminham doentes de ambulância para o hospital mais próximo”*, como *“não investem na rede e não pagam pelos serviços prestados em outra localidade”*. Em muitos casos, *“o pagamento para TFD (Tratamento Fora de Domicílio) não é realizado”*. Ademais, para os interlocutores da Região Norte *“é preciso ampliar o número de leitos de UTI, há concentração de leitos, é preciso ampliar e dar suporte, através de unidades intermediárias”*. A falta de resolutividade da atenção básica nos municípios, por desinteresse dos gestores, é apontada como um dos fatores determinantes da dificuldade de acesso ao sistema, por resultar em sobrecarga de demanda nas capitais, especialmente nos serviços de média e alta complexidade. Há, também, insuficiência de profissionais e estrutura inadequada caracterizando uma situação de *“mega-estruturas hospitalares que não condizem com a condição regional”*). Foi ainda apontada a existência de irracionalidades nos investimentos, havendo *“construções que não são finalizadas”*.

Quanto ao financiamento do SUS, três aspectos foram destacados pelos participantes da região Norte. Na reunião com os parlamentares, uma questão extremamente relevante foi levantada, relacionada aos mecanismos de financiamento do SUS, que utilizam a base populacional como critério de partilha. Haveria subfinanciamento dos sistemas municipais, como decorrência de haver contagem apenas da população urbana no Censo do IBGE, que não alcançaria a população rural e indígena, dispersa, que corresponde, em alguns municípios, a mais de 50% da população total. Em razão disso, os municípios teriam dificuldade em assegurar a essas populações até mesmo ações básicas, como vacinação. Os interlocutores dos tribunais de contas e Ministério Público destacaram a necessidade de *“tratamento diferenciado”* no processo de definição do montante de recursos financeiros federais a serem repassados para a região, pois a *“a base de cálculo tem sido a produção histórica e o Norte não tinha oferta de média e alta complexidade”*, ressaltando que o Ministério da Saúde já está desenvolvendo ação nesse sentido. Já os gerentes de unidades de referência identificaram a necessidade de realização de investimentos na aquisição de equipamentos. Chamaram atenção, entretanto, que tão importante quanto adquiri-los é assegurar sua manutenção, *“os contratos de manutenção não contêm garantias da boa prestação de serviços, não são bem formulados”*, *“não são sérios”*; *“os equipamentos nos hospitais públicos são mais utilizados que no setor privado, é preciso haver manutenção”*.

Um outro campo de dificuldades destacadas com ênfase diz respeito à atenção à saúde da população indígena. Um dos problemas apontados foi a alta rotatividade de profissionais nos Distritos Sanitários Indígenas e sua falta de qualificação para o atendimento às especificidades culturais dos pacientes. Para atender a essa população, *“a capacitação tem que ser continuada, é preciso ter um olhar antropológico (por vezes o profissional tem que lidar com onze etnias diferentes); há populações indígenas que falam português e outras que não falam, é preciso considerar isto na capacitação de profissionais”*. Além disso, a população indígena enfrenta grandes dificuldades quando precisa de atenção de maior complexidade e precisa recorrer ao SUS, pois *“o sistema público não se sente responsável pela atenção ao índio”* e não está preparado para compreender sua especificidade e oferecer respostas adequadas.

Em contrapartida a essa crítica, no entanto, houve o registro de que os recursos federais para a operação dos Distritos estão sendo repassados: *“o repasse de recursos da FUNASA para distritos sanitários indígenas, que são operados por ONGs, quase se equipara ao orçamento do município. Mas a distância para se chegar às aldeias dificulta a vacinação e o controle de problemas como hanseníase; os médicos têm dificuldade de acesso às aldeias”*. Assim, embora haja repasse de recursos para o controle de endemias, *“no tempo das cheias, a malária prolifera”*, como consequência das dificuldades de acesso.

Outro problema amplamente debatido foi a ausência de atenção integral na região. Indicou-se como causa não apenas a segmentação e dificuldade de acesso a todos os níveis de complexidade, mas também a falta de uma *“relação integral”*, que *“considere o histórico social do paciente”*, referida pelas ONGs como um dos problemas prioritários a serem enfrentados, pois *“o Estado deve oferecer serviços que atendam as necessidades de homens e mulheres em todo o ciclo vital, de forma integral”*.

Para o enfrentamento dessas questões manifestaram esses atores a expectativa de que a nova gestão governamental federal possa trabalhar essas demandas e formular propostas/programas que contemplem essas diferenças e características da região. Mas, ressaltaram que *“não adianta propor um novo programa se não há uma estrutura adequada (profissionais, instrumental etc.); é preciso discutir com os estados, fazer oficinas/seminários para debater com os municípios as propostas”* de maneira a encontrar alternativas que levem a superar a baixa resolutividade dos sistemas municipais de saúde. As estratégias

devem incluir mecanismos de consulta à população, pois *“há municípios cujo prefeito não tem nem segundo grau e nomeia os secretários; imagine como este município é administrado. As pessoas que vivem lá é que sabem dos problemas e esta discussão tem que envolver essas pessoas, porque os secretários/prefeitos não representam estes problemas”*. Esse descrédito quanto à capacidade de gestão se reproduz em muitas das falas, que expressam o ceticismo com *“apresentações muito bonitas (dos secretários de saúde), mas na realidade aquilo não acontece, não corresponde à realidade concreta”* e reforçam a demandas por maior participação da população nas decisões. Na reunião com parlamentares foi também dada ênfase a problemas decorrentes de corrupção e clientelismo.

A inadequação da formação dos profissionais de saúde que, para a maior parte dos interlocutores, ainda está centrada na doença e não na prevenção - *“o médico despedaça o paciente”*; *“o perfil ainda é muito acadêmico, sem preparo para lidar com pessoas de todas as classes sociais”* - foi considerada como um dos principais determinantes da ausência de integralidade no atendimento clínico.

Foram também abordados problemas relacionados à cultura política e ao exercício da cidadania. Em relação ao desconhecimento, pelos usuários, de seus direitos, considerou-se que é preciso haver maior divulgação do SUS, através de cartilhas e outros meios, pois *“o caboclo ribeirinho às vezes só tem acesso ao rádio, e isso deve ser considerado”*. O desenvolvimento de políticas de comunicação que tomem em consideração as especificidades regionais foi considerado como ação necessária pela maior parte dos interlocutores.

Mais informação foi reconhecida pela maioria dos interlocutores como requisito fundamental ao exercício do controle social: *“os conselheiros de saúde têm sido capacitados nesse sentido e é possível verificar que as pessoas capacitadas se fortalecem, se tornam mais aptas a exercerem o seu papel; durante o processo é explicado o que é um plano de saúde, como deve ser apreciado, o que são políticas sociais, qual o papel do Ministério Público. Entretanto, os gestores não têm interesse nem garantem as condições materiais para essas capacitações”*.

De outra perspectiva, o elevado índice de DSTs, destacado como problema pelos interlocutores das ONGs da região, foi também atribuído à falta de informação, relacionada às condições econômicas precárias: *“é preciso vencer o mito do parceiro único”*.

Por fim, alguns participantes avaliaram que para efetivar o controle social é necessário introduzir mudanças nas regras de funcionamento dos Conselhos: *“É preciso desvincular a presidência do Conselho de Saúde do Secretário de Saúde, o presidente deve ser escolhido pelo próprio Conselho; há conselheiro que se sente intimidado para apontar qualquer irregularidade em uma gestão, na presença do gestor”*.

## 3.2 - Região Nordeste

No diálogo entre os interlocutores da Região Nordeste os aspectos relacionados ao acesso predominaram entre os problemas identificados, estando presentes como prioridade em todas as Oficinas. As principais dificuldades referidas dizem respeito à necessidade de expansão da rede, organização de fluxos e hierarquização da rede, problemas agravados por *“barreiras políticas”*, pois a *“racionalidade técnica se defronta com o uso clientelista da estrutura pública”* (encaminhamentos feitos por prefeitos, vereadores).

A demanda reprimida, em todos os níveis de complexidade, com acesso demorado, lento, foi percebida como o maior problema pelos gerentes das unidades de referência. Isso ocorre por falhas no processo de gestão, determinando inversão na busca do atendimento – *“deveria ser primeiro o básico e depois o especializado, de forma progressiva. Mas como o paciente vai ao ambulatório e não resolve o problema, procura a urgência/emergência”*. Falta cobertura e resolutividade na atenção básica; a triagem para encaminhamentos é inadequada, inclusive entre municípios e entre estados: há desconhecimento da disponibilidade de vagas e não há adequada avaliação da gravidade do problema e sua priorização para encaminhamento. Foi referida também a falta de programa institucional de apoio ao paciente crônico, que não tem acesso a medicamentos para se manter em casa. Na oficina com parlamentares foi enfatizada a falta de medicamentos, atribuída aos elevados custos dos mesmos, aos recursos insuficientes e aos desperdícios e desvios na ponta. Para o enfrentamento desse problema, recomendaram o estímulo à produção em laboratórios público e a redução de custos através da quebra de patentes e da isenção de impostos para os medicamentos de distribuição gratuita.

A sobrecarga da demanda foi, ainda, associada à alta concentração de serviços em algumas cidades, enquanto em muitos locais não há

nenhum: “*não é uma questão de racionalização e sim de fundar uma rede concretamente*”; “*o acesso aos serviços no interior é zero e a resolutividade nenhuma*”. Para os representantes de Tribunais de Contas e Ministério Público, a principal dificuldade reside no fato de que, usualmente, a regionalização visa ordenar ou racionalizar o que já existe, mas “*no Nordeste significa criar serviços onde não há*”, tarefa que se defronta com a dificuldade de fixação de profissionais.

Também nesta região o descompromisso de alguns gestores (prefeitos, secretários estaduais e municipais de saúde) foi referido. Como agravante, “*as pactuações (NOAS, PPI) têm caráter político e não a preocupação com os resultados para a população*”.

De um modo geral, os atores fizeram críticas e apontaram limites à estratégia de expansão de cobertura através do PSF. Ainda que presente em muitas localidades, o PSF “*não está integrado à rede existente, não há referência e contra-referência*”, que consideram fundamental para um PSF resolutivo. É visto como um serviço isolado que “*por vezes se resume à contratação de um médico que não sai do consultório ou trabalha em duas localidades ao mesmo tempo*”.

Nas Oficinas com movimentos sociais e ONGs outras questões foram destacadas, relacionadas ao acesso e à qualidade da atenção provida pelo PSF na região. Forte ênfase foi conferida à necessidade de “*ampliar o conceito de família que informa o PSF, considerando formas comunitárias de convívio*”. Foi apontada a baixa resolutividade das unidades de saúde pois, com a massificação do PSF, “*vão se extinguindo as políticas programáticas (programas verticais) em nome da horizontalidade, mas o modelo não foi suficientemente trabalhado e os públicos alvo vão deixando de ser atendidos em suas necessidades e particularidades*” (referindo-se principalmente à Saúde da Mulher e DST's/AIDS). Apontaram também a insuficiência de equipes de PSF em relação à demanda, “*há locais onde a equipe passa uma vez por mês e atende só o que é mais urgente*”.

Foi referido, ainda, por esses interlocutores, o despreparo dos profissionais para lidar com diversas questões (sexualidade; portadores de HIV; mulheres, jovens / adolescentes vítimas de violência doméstica e sexual). Para esses atores, há “*desigualdade de gênero no PSF*”:

*“ a idéia de gênero no PSF leva  
a uma reflexão sobre a concepção  
do PSF e do que é família, que  
estão aquém das idéias que o*

*movimento dos direitos da mulher têm colocado; a “família” para o PSF inclui prostitutas? O PSF vai à casa de “famílias”, a filosofia do programa na dá conta”.*

*“o PSF está instalado como modelo no Nordeste mas está sendo construído de forma inadequada, sobretudo para as mulheres; não dá conta dos direitos reprodutivos, sexuais, das necessidades da população; a testagem para HIV, apesar de haver capacitação, tem sido mal conduzida no PSF, não há aconselhamento; não dá conta das mulheres violentadas, da abordagem à violência contra as mulheres”.*

A revisão da estratégia foi sugerida: *“o PSF deve ser discutido enquanto modelo de atenção, a formação profissional, a prática médica, a medicalização da atenção”,* destacando-se a necessidade de repensar práticas do programa, pois *“o PSF parece ter mantido no tempo a cultura higienista, entra nos cômodos, entra nas casas, invade de modo forte; é uma cultura que não estamos conseguindo reconstruir”.*

Críticas ao programa também foram apresentadas pelos representantes dos órgãos de controle externo: *“alguns municípios só têm PSF porque a União manda o dinheiro, e não há fiscalização, não há transparência do uso do dinheiro”; “há desde situações onde o PSF é “desnaturado” ou é ruim até aquelas onde é inexistente”.*

A necessidade de fortalecer processos de monitoramento, controle e avaliação foi colocada com ênfase pelos participantes ligados ao controle externo: *“o acompanhamento dos programas é deficiente, os programas são gerados sem nenhuma previsão de acompanhamento, são criados apenas para fazer fluir dinheiro e são tantos que por vezes são desconhecidos”; “os Conselhos de Saúde estão à margem dessa situação, os Tribunais e o MP não compreendem e menos ainda os Conselhos; não há racionalidade nem possibilidade de controle em uma engrenagem onde as peças não estão engatadas”.*



Como medida para enfrentar esse problema, além da instituição de processos mais eficientes - *“uma articulação em rede, a existência de indicadores de avaliação e desempenho que subsidiem o planejamento”* - foi recomendado que *“os demonstrativos devem ser simplificados, padronizados, serem de fácil entendimento para qualquer pessoa”*. Ressaltaram que *“é preciso haver apoio técnico para organização dos sistemas locais, pois nem sempre os problemas são por descaso e má vontade mas por dificuldade para fazer direito”*. Também se recomendou melhorar e simplificar as formas e instrumentos de comunicação: para que seja possível *“criar uma cultura de controle e avaliação, é importante que a informação para o controle social exercer fiscalização possa circular democraticamente”*. A capacitação de conselheiros deve ser fortalecida e contar com a participação dos órgãos de controle e também de entidades profissionais (OAB, Conselho de Contabilidade etc.). A fragilidade do controle foi, ainda, associada à falta de conscientização da população sobre seu direito à saúde e aos serviços.

A insuficiência de recursos e a gestão inadequada foram enfatizadas, pelos gerentes, como causas dos problemas de acesso e qualidade: para eles, há *“escassez e distribuição desigual de recursos”* e ressaltaram que *“é preciso elaborar planos de saúde e agendas com metas claras e quantificadas; é preciso “colocar na mesa o tamanho do cobertor curto”, da insuficiência de recursos”*. As tabelas estão defasadas e há fragilidade administrativa: há *“falta de equipamentos de informática para gerar relatórios capazes de mostrar a produção, o que acarreta sub-dimensionamento, termos de faturamento, e penaliza os hospitais”*. Também se destacou a necessidade de *“haver mobilização das Casas Legislativas, no debate sobre o financiamento”*.

Na Oficina das ONGs, que destacou a desnutrição como um importante problema da região, houve longo debate sobre as condições de saúde e seus determinantes. As condições socioeconômicas precárias, a falta de emprego, de educação, de inclusão foram identificadas como causas da ocorrência e da manutenção dos agravos mais comuns (doenças infecciosas e transmissíveis, desnutrição etc.): Em muitas situações, *“há acesso aos serviços de saúde e acompanhamento dos casos, mas as condições de vida afetam as condições de saúde de forma dramática; o índice de marginalidade e prostituição é muito alto”*.

Problemas de acesso são mais graves para alguns segmentos, destacados pelas ONGs e movimentos sociais: os serviços não estão preparados para atender especificidades de homossexuais,

de profissionais do sexo: há “*marginalização das populações gays, gerando baixa de auto-estima*”. Diagnósticos mal feitos por abordagens inadequadas, dificuldade de acesso aos serviços do SUS e insumos, como preservativos, desestimulam esses segmentos a cuidar da saúde. Foram relatados casos em que o preconceito e a discriminação de várias ordens nos espaços de atendimento clínico resultaram na não detecção de doenças instaladas e na saída de pacientes do SUS sem o devido tratamento.

### 3.3 - Região Sudeste

Quanto à Região Sudeste, apenas os problemas relacionados à baixa qualidade dos serviços foram citados como prioritários em todas as oficinas, ainda que com formulações diversas. Isso aponta a primeira diferença em relação às demais regiões – em todas as outras a dificuldade de acesso foi citada em maior número de oficinas. Isso não significa que a questão do acesso esteja resolvida na Região Sudeste. Há gargalo apontado com ênfase no acesso à média e alta complexidade: muitas falas referiram a insuficiência nos serviços de referência secundária e terciária; o difícil acesso a atenção integral a saúde; a dificuldade de acesso a serviços e insumos de saúde; a falta de leitos hospitalares, a demanda reprimida: “o acesso aos serviços de média complexidade é o problema. A atenção básica foi melhorada com a implantação do PACS e do PSF” e “o problema está entre a atenção básica e a alta complexidade, embora a última também seja insuficiente; é difícil o acesso às especialidades médicas e aos hospitais”; “é difícil o acesso aos serviços do SUS, houve sucateamento do sistema; para obter uma consulta a pessoa dorme na fila, depois passa por triagem, aguarda até a data marcada, os problemas só se agravam”.

A ampliação da atenção básica por meio do PSF não resolveu o problema, na visão das ONGs e movimentos sociais selecionados como interlocutores da região pelo projeto. As principais observações se referem ao processo de implantação, que foi feito “*como se tudo estivesse sendo resolvido com ele, não fosse preciso mais nada, mas as mulheres continuam adoecendo e morrendo; não há médicos formados/capacitados para serem médicos de família; as mulheres querem ginecologistas, porque psiquiatras não aprendem a fazer pré-natal no dia seguinte*”.

A oferta reduzida de leitos hospitalares foi destacada pelos gerentes de unidades de referência, e atribuída por eles aos baixos valores da tabela de procedimentos, que provocam o desinteresse da rede privada em prestar atendimento. É necessário aumentar os valores da tabela e realizar “*auditorias preventivas*” nos hospitais. Os parlamentares também destacaram a “*crise do setor hospitalar, principalmente na urgência/emergência*”.

O problema da demanda reprimida, na percepção desses atores, está relacionado à atenção básica ineficiente, à oferta reduzida de especialistas, à oferta reduzida de exames de média e alta complexidade. Para eles, é fundamental que haja medidas voltadas para o fortalecimento da atenção básica e o estímulo aos consórcios intermunicipais de saúde.

A principal expressão da baixa qualidade pode ser percebida na seguinte fala:

*“O atendimento médico... não relaciona o problema de saúde com o contexto da pessoa. Os profissionais não incorporaram um princípio do SUS que é a humanização do atendimento.”*

O atendimento de má qualidade se deveria, assim, principalmente à “*má canalização de recursos humanos*”, à “*inadequada formação dos profissionais*”, à “*falta de compromisso com o sistema de saúde*”, mas também à insuficiência de insumos e equipamentos, devendo haver mais investimentos. O aumento de demanda, com a implantação do PSF, também evidenciou o problema da falta de referência na rede serviços e a “*não otimização do sistema de saúde*”. O SUS deve ter diretrizes nacionais para formação continuada dos profissionais “*incorporando a questão das discriminações; é preciso recuperar os princípios do SUS*”.

A regulação muito complexa e fragmentada foi uma das dificuldades destacadas pelos representantes de tribunais de contas e Ministério Público. Para eles, o Ministério da Saúde deve entender que “*não está fazendo regulação para Brasília mas para municípios, muitas vezes pobres, onde não há capacidade para compreender o seu teor. O técnico que elabora precisa entender que nem todos têm a mesma capacidade de compreensão*” (da linguagem técnica). A verticalização do processo também foi criticada: “*os instrumentos de gestão e as*

*normatizações são impostos de cima para baixo, por parte do Ministério da Saúde e isso é ruim, é preciso um tempo de amadurecimento para sua implementação, para adequar os instrumentos de acordo com as diferentes dificuldades e realidades, sob pena de induzir a fraude para que se cumpram as portarias”.*

Foi também referida a baixa resolutividade da atenção básica (*“há poucas portas de entrada e quando há, trata-se apenas de fazer encaminhamento – o PACS/PSF vai pelo mesmo caminho, se contamina da lógica tradicional, o médico não cumpre carga horária”*). Há ausência ou insuficiência de farmácia básica, não há fluxos estabelecidos nem controle para entrada e saída de medicamentos, inclusive para doações; há muita perda e os medicamentos não chegam aos pacientes. Foi recomendada a elaboração de protocolos para a atenção básica, para evitar os abusos de pedidos de exames e de prescrições de medicamentos, *“o que é grave para um país que quer custear um sistema como o brasileiro”*. Essa visão foi predominante nas oficinas 1 e 2 (movimentos sociais e ONGs).

A falta de integração e convergência das ações foi destacada pelos representantes de movimentos sociais, para os quais está-se trabalhando muito nas questões pontuais da alta complexidade, os gestores trabalham *“no varejo”*, de maneira informal e não na lógica da construção do sistema.

Problemas como riscos e agravos (verminose e fome), gestão deficiente e despolitização foram citados em apenas uma oficina cada.

Os movimentos sociais destacaram a falta de saneamento básico e a ocupação desordenada do espaço urbano, relacionadas ao modelo de desenvolvimento no País: *“saneamento básico não é só água e esgoto, esta é uma visão reducionista do poder público”; “há crianças e idosos em “lixões” para aumentar a renda e garantir o seu sustento, é importante implantar coleta seletiva de lixo com participação da sociedade, o envolvimento é fundamental para se obter êxito, pois retirar as pessoas deste tipo de atividade à força gera marginalidade”; “há uma tendência de privatização do setor saneamento, com base numa certa crença de que o serviço é caro e o Estado deve ser desonerado, o que é um equívoco - saneamento deve ser associado à saúde pública, mas cada vez se investe menos”*.

Houve crítica severa ao *“modelo privatizante”*: com a gestão terceirizada, *“as organizações sociais não observam os princípios do SUS, se orientam por seus próprios princípios organizacionais (estatutos),*

*não há controle social, por vezes há terceirização de serviços numa mesma organização social (“terceirização da terceirização”)*. Nesse contexto, os Conselhos de Saúde não têm tido força suficiente para decidir sobre a alocação de recursos. Houve recomendação de que a 12ª Conferência Nacional de Saúde avalie o impacto das organizações sociais na saúde.

Os participantes da Oficina dos Tribunais de Contas e MP também apontaram limites do controle externo: *“a ação do Ministério Público é no varejo e... prejudicial ao Sistema. ... muito focado em processos específicos e de alta complexidade”*; *“o Ministério Público deve saber dialogar e interagir com os atores e não entrar de sola, para que seja possível instituir mudanças”*; *“o MP deve colaborar com os Conselhos de Saúde, trabalhar junto e apoiar”*; *“O MP precisa ter interface com o Conselho local de saúde. E no dia em que o primeiro conselheiro for punido (por não desempenhar bem as suas funções) o sistema irá funcionar. O Conselho não faz porque o MP não cobra e não age efetivamente para que ele amadureça”*.

Informar melhor a população sobre seus direitos e suas responsabilidades no controle sobre o sistema foi destacada como ação necessária: é preciso *“combater o desconhecimento dos direitos e deveres, promover campanhas e explicá-los de forma ampla e simples como no ônibus (como no carnaval com a AIDS) – de modo contextualizado e simples”*.

Enfrentar a crescente mercantilização da saúde, que resulta em medicalização crescente, foi necessidade ressaltada pelos representantes dos movimentos sociais da região: *“a saúde não deve estar nos “pacotes comerciais”*; *antigamente a Organização Mundial de Saúde dava as diretrizes, agora é a Organização Mundial do Comércio*; *a “saúde não deve ser tratada como mercadoria”*. Destacaram que vários países da América Latina, no Fórum Social Mundial de 2002, apontaram que o que tinham em comum em termos de saúde era a mercantilização, *“as empresas (farmacêuticas) vêm a mulher como grande alvo de lucro com os medicamentos, há uma medicalização da mulher em todas as fases da vida”* (citando como exemplo o uso de reposição de hormônios).

### 3.4 - Região Sul

Os resultados relativos à região sul representaram a clara distinção de origem dos participantes, alguns ligados a movimentos rurais e ecológicos e outros de instituições tipicamente urbanas. Isso possivelmente explica a diferença de enfoque, nas oficinas 1, 2 e 4, com ênfase na defesa da medicina preventiva, e nas 3 e 5, mais voltadas para a discussão de aspectos relacionados à assistência médica e hospitalar. A primeira, ao fazer a crítica da “*cultura medicalizante*”, citada por um parlamentar, pode ser expressa na seguinte fala:

*“O SUS traz um novo paradigma, mas há um descompasso com outros sistemas, como por exemplo o educacional: enquanto o SUS está focado no ser humano, o sistema educacional continua centrado na doença.”*

Problemas decorrentes da inadequada formação dos profissionais, especialmente os médicos, que não teriam uma atitude humanizada, de acordo com os princípios do SUS, orientando-se por seus próprios interesses, foram referidos pelos representantes de ONGs. Contudo, um dos participantes argumentou que, como consequência de uma cultura de medicalização fortemente alimentada pela mídia, a própria população tem uma percepção de que o médico que não solicita exames e não receita remédios após uma consulta, não é bom profissional.

O aparecimento de doenças parasitárias e crônicas no meio rural como um problema importante da região sul pode ser surpreendente, mas decorre do perfil das ONGs e movimentos sociais presentes, como também da diversidade intra-regional do país. Para esses atores, a exclusão social tem provocado a procura pelos assentamentos, que não têm condições/estruturas adequadas; falta saneamento básico, que provoca verminoses; as mulheres têm problemas psicológicos, depressão, em função das condições de vida (não têm o que dar de comer aos filhos): “*se achava que depressão só dava em rico mas dá em pobre também*”; a alimentação é inadequada e insuficiente: “*saúde também entra pela boca das pessoas*”. O saneamento básico insuficiente foi citado também na oficina com parlamentares.

Outra questão, que surgiu apenas na Região Sul, foi a necessidade de políticas públicas que atuem sobre algumas situações de risco ligadas

ao processo produtivo: *“como o SUS vai lidar com a agrotóxicos, com os danos causados pelas indústrias (...) os mutilados das indústrias químicas, portadores de câncer e/ou intoxicação? Já existem maneiras de diagnosticar, identificar o produto causador e imputar / aumentar a responsabilidade das empresas.”* *“Hoje o SUS fica com os “pepinos” causados pelas indústrias privadas, isso não é justo”.*

Questões relacionadas à gestão do sistema, que produzem impactos sobre o acesso e qualidade da atenção, foram enfatizadas na Oficina 5. Para os gerentes de unidades de referência, o excesso de utilização dos serviços de urgência/emergência, a demanda reprimida e a falta de leitos hospitalares são problemas interligados, assim como as suas soluções. Falta resolutividade da atenção básica, há dificuldade de acesso mas também há demanda excessiva para procedimentos de média e alta complexidade; problemas na oferta também estão associados à falta de rotinas, protocolos e capacitação das equipes e dos profissionais. A estrutura das emergências (concepção do espaço físico, processos) é inadequada: *“qualquer que seja o problema, o espaço físico é o mesmo”.*

A dificuldade de acesso ao atendimento hospitalar ocorreria menos por falta de leitos que pela falta de assistência farmacêutica e ambulatorial e ao gerenciamento eficaz dos leitos. Usualmente, *“os hospitais não se reconhecem como integrantes de um sistema, gerentes hospitalares não se sentam à mesa para pactuar com a rede, em todos os níveis de complexidade: se eu não reconheço o outro, não posso ter uma oferta adequada, por exemplo de SADT (serviços de apoio diagnóstico e terapêutico), que na maioria das vezes estão nos hospitais; não se discute a participação das unidades na rede, os recursos diversos que estão na rede, falta articulação entre os serviços, o hospital também pode contribuir para qualificar a atenção básica”.* *“Não temos tido criatividade para pensarmos enquanto um sistema, como partes de um sistema, pensamos individualmente, enquanto hospitais”.*

Existem problemas de disponibilidade de leitos de UTI, não em toda a Região, mas na distribuição regional, apontaram os participantes da oficina 5 (gerentes), o que indicaria a necessidade de *“pensar a rede na microregião”*, tornando disponível um conjunto maior de equipamentos e maior número de profissionais. Da mesma forma, *“é preciso articular os serviços hospitalares com a comunidade e com a rede de atenção à saúde”.*

Há, para os gerentes, necessidade de repensar os mecanismos de pagamento, eliminando o pagamento por procedimentos: *“o financiamento*

*induz um modus operandi que não está baseado no uso da melhor tecnologia para os problemas, todos os prestadores disputam as mesmas áreas de prestação de serviços, todos querem ter alta complexidade”; “o que o Sistema remunera bem tem excesso, e aquilo que é mal remunerado falta em toda a rede.”. Os problemas e deficiências de gerência hospitalar também poderiam ser minimizados, na percepção desses atores, se o gestor federal promovesse assessoria e capacitação dos gerentes hospitalares como, por exemplo, cursos sobre incorporação de tecnologias. Também foram considerados necessários centrais de regulação e sistemas de informação precisos.*

A integração entre as unidades e os níveis de atenção foi recomendada também na oficina 3 (tribunais de contas e MP). Um dos participantes afirmou que

*“o SUS opera na ótica de arquipélago, os diversos segmentos têm opiniões diferentes e trabalham como ilhas isoladas. É preciso estabelecer pontes entre estes órgãos e interlocutores”*

Foi citado também o fato de que, em alguns locais, ainda se cobra por serviços prestados pelo SUS e a necessidade de uma campanha massiva de informação aos usuários na imprensa, que deveria deixar de fazer uma *“caricatura ruim do Sistema”*, e tornar-se importante ator no processo de divulgação e formação.

O cipoal normativo foi referido como uma dificuldade importante ao controle externo: *“o Ministério da Saúde edita portarias todos os dias e sua publicação significa “cumpra-se”, mas as procuradorias não são tão rápidas para responder a isso”*. Para esses atores, é preciso haver um movimento mais intenso contra a improbidade e a impunidade e o fortalecimento do controle interno ao sistema *“ não se cria um sistema adequado de auditoria, não se criam defensorias públicas; o Estado não cria mecanismos para fiscalizar a si próprio, porque isso criaria pressões cada vez maiores”*. Ressaltaram que o MP não pode ser *“tábua de salvação”* de todos os problemas do sistema: *“se todas as falhas, por ignorância ou má fé, forem processadas, não haverá espaço para tantos processos”*.

Ainda na oficina 3, foi sugerido aos conselhos de saúde adotar a realização de audiências públicas, para evitar a orientação da política definida apenas pelo gestor ou a decisão *“despreparada e pouco*



*adequada à realidade”. Ademais, “seria uma estratégia de ampliar a participação e o controle da sociedade e não só dos segmentos representados pelos conselheiros”. Para colaborar com a capacitação dos conselheiros, “o Ministério Público tem um papel importantíssimo”.*

O desconhecimento dos usuários quanto aos seus direitos estaria associado à lógica clientelista no SUS: *“por um lado, há uma grande ignorância sobre o sistema e, por outro, sendo o SUS uma política de direito social, não interessa informar; em termos da consciência do cidadão sobre seu direito, o discurso sanitário brasileiro é uma reserva de poder para pequeno grupo de iniciados e para o público em geral não é acessível, inteligível”*. Nos estratos menos informados não há uma preocupação de desenvolver a cidadania, o exercício de seus direitos – acham que recebem favores. E, o mais grave, os próprios gerentes e profissionais de saúde desconhecem o marco regulatório do sistema: *“há agentes de saúde que não conhecem o SUS”*. Nesse quadro, a precariedade de acesso ao sistema, foi compreendida como uma *“questão sociológica mais profunda, que não se resolve por medidas jurídicas – a sociedade brasileira não reivindica, não assumiu para si que o sistema é dela”*. Para a sociedade brasileira (e para muitos gestores), *“o SUS é para os pobres e pela história do Brasil tudo que é para pobre é ruim ou não está disponível, a sociedade não está imbuída do sentido de que é dona do SUS”*. No entendimento da maior parte dos atores, a estrutura do controle social é muito nova, está conhecendo um processo de amadurecimento cívico, e é preciso investir no seu fortalecimento.

Questões atuais da agenda política também estiveram presentes nos debates: a necessidade de enfrentar a crescente mercantilização da saúde e o papel crescente da OMC em definições estratégicas do setor, como a disponibilidade de medicamentos. Também se discutiu a dimensão econômica e comercial da medicalização. A liberação do uso e cultivo de produtos transgênicos foi também referida, por seu possível impacto sobre a saúde: *“qual será o impacto na saúde, não se sabe quais serão as conseqüências, é preciso discutir ecologia, meio ambiente, e não só o SUS, pois saúde é mais do que o SUS”*.

### **3.5 - Região Centro-Oeste**

As duas questões que predominaram nas discussões durante as Oficinas, com participantes da região Centro Oeste, também foram

o acesso e a qualidade da atenção. Houve, no entanto, uma ênfase específica a questões relacionadas à saúde indígena que merece destaque, particularmente nas duas primeiras Oficinas, com ONGs e Movimentos Sociais, possivelmente decorrente da circunstância de que essa população constitui-se em público alvo de mais de uma das entidades participantes.

Reconhecendo a necessidade de tratamento diferenciado a essa população, apontaram dificuldades para a implementação de políticas específicas. Como destacou um dos participantes: *“direitos diferenciados podem ser confundidos com privilégios”*.

Para esses interlocutores, *“a saúde indígena não tem um gestor de Estado – continua sendo relegada a outros atores, não governamentais”* ressaltando que *“há 05 fontes de custeio para atender a população indígena e ela não é atendida”*. Os principais problemas foram localizados na dificuldade de manter equipes profissionais adequadamente preparadas e na inadequada estratégia de gestão da política. Em relação aos recursos humanos, ressaltaram que os profissionais de saúde devem considerar o contexto onde realizam suas práticas, onde vivem as pessoas que atendem e que há grande dificuldade em relação à qualificação dos profissionais de saúde para atender à população indígena, que exige mais do que o preparo específico relacionado ao tratamento dos problemas de saúde: *“a barreira ocorre também por falta de acolhimento às diferentes culturas, o que acarreta até marginalização; não há postura de reconhecimento das diferenças”*. Reconhecem, porém, que a formação de novos quadros tem um componente relacionado ao mercado e aos salários, sendo preciso haver salários diferenciados.

Quanto à gestão da política, foi reconhecido que houve avanços no marco institucional, com os distritos sanitários indígenas regulamentados por lei e a transferência de recursos pela FUNASA às entidades executoras das ações de saúde nas aldeias. Mas chamaram a atenção para a insuficiência dos mesmos: *“o problema é que fora das aldeias (onde há estratégias de “Saúde da Família”, inclusive) há uma barreira imposta pelo próprio sistema (SUS) para atender essa população específica; em Cuiabá, o sistema atende pessoas da Colômbia, do Acre, de outros municípios do estado, mas não tem organização para atender os índios”*. Reclamaram também da precariedade do processo de monitoramento e avaliação: *“não há relatórios, documentação produzida pelo gestor governamental, o Ministério da Saúde, sobre o impacto das ações implementadas”*. Os interlocutores das ONGs disseram estar pressionando

o MS neste sentido, para que haja uma política e uma implementação mais adequadas.

Na primeira Oficina, esses mesmos atores enfatizaram também o aumento do número de pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas nas aldeias, percebido como decorrência da sedentarização das populações indígenas em função da diminuição da área de deslocamento nas terras indígenas e entorno (cercados por latifundiários e monocultura de soja e algodão), da contaminação e morte de animais (caça e pesca), do aumento de consumo de alimentos industrializados e do uso abusivo de bebidas alcoólicas.

Para esses interlocutores, o enfrentamento desse problema transcende a área da saúde e exigirá medidas que incluam a revisão das demarcações e ampliação das terras indígenas, o reconhecimento de diferentes modos de produção e o apoio à produção de alimentos através do incentivo à cultura no modelo tradicional de alimentos próprios de cada povo, *“recuperando o local e o valor da agricultura tradicional”*.

Mas não se restringem às populações indígenas as dificuldades de acesso e qualidade. A atenção integral a saúde e as ações de saúde preventiva permanecem como promessas ainda não cumpridas. Em todas as Oficinas foram referidos problemas. O atendimento é precário, faltam medicamentos; não há regionalização; profissionais não cumprem horário; os valores da tabela SUS são insuficientes e a distribuição de recursos não considera desigualdades regionais (dados epidemiológicos, sócio-econômicos). Entendem que, para superação desses problemas, é preciso haver regulamentação do artigo 35 da Lei 8080/90; elevação do teto financeiro, revisão da tabela SUS, melhor remuneração dos profissionais, em particular, dos médicos (ressalvando: *“com controle de ponto”*); e, fiscalização mais eficaz sobre medicamentos pelos Conselhos de Saúde. Os parlamentares propuseram a construção de hospitais regionais e a disseminação de unidades móveis para atendimento a populações rurais.

Na maior parte dos Estados persiste a prática da *“ambulancioterapia”*: os municípios encaminham os doentes de ambulância para o hospital mais próximo. Não investem na rede e não pagam pelos serviços prestados em outra localidade. Particularmente os participantes das Oficinas dos Tribunais de Contas e Ministério Público, os parlamentares e os gerentes de unidades de referência cobraram maior comprometimento dos gestores (prefeitos, secretários estaduais e municipais de saúde) com a estruturação dos sistemas locais e a ampliação e qualificação da

rede básica. Também consideram indispensável a institucionalização de sistema de referências e a correspondente compensação financeira dos que realizam atendimento de pacientes de outros municípios/estados.

Os membros dos TC e MP identificaram o acompanhamento deficiente dos programas governamentais como problema importante, a ser superado em todas as esferas de governo. Os sistemas de auditoria de saúde não estão estruturados, inclusive na esfera federal : “o SNA / DENASUS não está estruturado - se no próprio Ministério da Saúde é assim, fica complicado dar o exemplo”; “não há Plano de Carreira, Cargos e Salários para o DENASUS”.

Também identificaram a necessidade de articular os órgãos fiscalizadores para tornar possível o planejamento integrado e coordenado das ações do TCU, TCE's, DENASUS, Secretaria Federal de Controle e Ministério Público.

Apontaram, ainda, dificuldades relacionadas com o sistema de informação: “*não há alimentação correta dos bancos de dados, os dados são pouco confiáveis, o que dificulta a obtenção de indicadores*”. Consideram indispensável a ação do MS com vistas a interligar e promover a correta alimentação dos sistemas de informação, com introdução de mecanismos de crítica para os dados inseridos nos mesmos e capacitação dos responsáveis pelos dados, de modo a garantir a atualização das informações.

Há falhas na atuação dos conselhos de saúde por manipulação na sua formação e por ausência de consciência e de capacitação, especialmente no que se refere à identificação de prioridades: “*os conselheiros estão pouco capacitados para avaliar planos de saúde*”.

A despolitização, a desinformação, o desconhecimento dos usuários sobre o seu direito a saúde são percebidos como limites ao controle social. Entender a saúde como um favor do Estado e não como um direito reproduz as condições que determinam o acesso restrito aos direitos humanos em saúde. É preciso superar esta percepção e “*avançar na percepção do direito à saúde como o direito à vida*”. Para os participantes da Oficina com movimentos sociais, é importante “*construir nova cultura da relação Estado x Sociedade*” que supere a visão do “*Estado paternalista, construído historicamente, que gera o sentimento de que se recebe um favor*”.

*“A saúde é um direito humano, como outros, o problema são as formas/espços de exigibilidade para construção dessa cultura de direitos”.*

É importante a maior inter-relação entre as diferentes áreas governamentais e *“avançar na “justiçabilidade” do direito à saúde”*. Isto pressupõe ação sobre a organização do sistema, pois o acesso restrito ao direito humano à saúde decorre da estrutura física sucateada e insuficiente: *“é preciso qualificar essa estrutura, adequando-a à proposta do SUS”*.

O desconhecimento dos usuários quanto aos seus direitos pode ser enfrentado com políticas de comunicação que levem informação de modo acessível: *“devem ser elaboradas cartilhas com linguagem acessível para os usuários e campanhas de publicidade”*.

## **PARTICIPANTES DAS OFICINAS**

### **Oficina 1 – Organizações não-governamentais com público-alvo em diferentes ciclos de vida**

#### A - Região Norte

**a)** CVC - Centro de Valorização da Criança - Belém - PA

Sandra Regina Pinheiro dos Santos

**b)** RAMH - Rede Acreana de Mulheres e Homens - Rio Branco - AC  
Francisca Leite Ferreira

#### B - Região Nordeste

**a)** GACC - Grupo de Apoio as Comunidades Carentes do Maranhão  
- São Luís - MA

Representante: Rosilda Mendes da Silva

**b)** CENTRAC - Centro de Ação Cultural - Campina Grande - PB  
Berenice Ferreira Ramos

**c)** CEPAC - Centro Piauiense de Ação Cultural - Teresina - PI  
Regina Melo Barros

#### C - Região Sudeste

**a)** Visão Mundial - Belo Horizonte - MG

Rosângela Filomena Amaral

**b)** CDHEP-CL - Centro de Direitos Humanos e Educação Popular  
de Campo Limpo - São Paulo - SP

Vileda Madalena Gossler Souza

**c)** VIVENDO - Instituto VIVENDO de Desenvolvimento Integral da  
Terceira Idade - Rio de Janeiro - RJ

Antônio Sena Silvestre

#### D - Região Sul

**a)** CDHAVI - Centro de Direitos Humanos do Alto Vale do Itajaí - Rio  
do Sul - SC

Márcia Ramos de Azevedo

**b)** VIANEI - Centro VIANEI de Educação Popular - Lages - SC

Maria Sueli Heberle Mafra

**c)** RURECO – Fundação para o Desenvolvimento Econômico  
Rural da Região Centro-Oeste do Paraná (trabalhadores rurais)  
- Guarapuava - PR

Jorge Augusto Schanuel

E - Região Centro-Oeste

a) GTME - Grupo de Trabalho Missionário Evangélico - Cuiabá - MT  
Villi Fritz Seilert

b) OPAN - Operação Amazônia Nativa - Cuiabá - MT  
Edson Benedetti Ruiz

## **Oficina 2 – Movimentos Sociais com atuação em setores relevantes para a saúde**

A - Região Norte

a) COIAB - Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira - Manaus - AM

Genival Oliveira dos Santos

c) MMMR – Movimento de Meninos e Meninas de Rua - Macapá - AP  
Abimael Peres Santos

B - Região Nordeste

a) SOS CORPO - Gênero e Cidadania - Recife - PE

Maria Solange Guerra Rocha

b) AACC - Associação de Apoio às Comunidades do Campo - Natal - RN  
Antônia Geane Costa Bezerra

c) GGB – Grupo Gay da Bahia - Salvador - BA  
Marcelo Cerqueira

d) GAPA - Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS - Fortaleza - CE  
Rogério Costa Gondim

C - Região Sudeste

a) ASMARE – Associação de catadores de papel e material reciclável de Belo Horizonte - MG

Luiz Henrique da Silva

b) SOF – Sempreviva Organização Feminista - São Paulo -SP  
Sônia Maria Coelho Gomes Orellana

D - Região Sul

a) Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra – Secretaria Estadual do Paraná - Curitiba - PR

Jandyra Guarnieri

b) CDHAVI - Centro de Direitos Humanos do Alto Vale do Itajaí  
Márcia Ramos de Azevedo

E - Região Centro-Oeste

a) MNMMR - Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua - Brasília - DF

Maria Cristina Silva

c) Movimento Nacional de Direitos Humanos - Brasília - DF  
Reverendo Romeu Olmar Klich

### **Oficina 3 – Tribunais de Contas e Ministério Público**

Procuradoria Geral da República  
Humberto Jacques de Medeiros (coord. do GT da Saúde)

Tribunal de Contas da União  
Luciane Valença Mizuno

Região Norte

AM – Tribunal de Contas do Estado do Amazonas  
Jorge Guedes Lobo

Região Nordeste

CE - Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Ceará  
Luiz Mário Vieira

Região Sudeste

SP - Tribunal de Contas do Estado de São Paulo  
Silvana de Rose

Região Sul

RS - Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul  
Marcelo Husek de Freitas



Ministério Público dos Estados:

Região Norte

PA - Ministério Público do Estado do Pará

Ubiragilda Silva Pimentel

TO - Ministério Público do Estado de Tocantins

Célio Souza Rocha

Região Sudeste

MG - Ministério Público do Estado de Minas Gerais

Josely Ramos Pontes

Região Sul

PR - Ministério Público do Estado do Paraná

Marco Antônio Teixeira

Região Centro-Oeste

MS - Ministério Público do Estado de Mato Grosso do Sul

Carlos Bobadilla Garcia

#### **4 – Reunião com os representantes do Poder Legislativo**

A - Região Norte

a) Vereador

São Gabriel da Cachoeira - Amazonas (mais de 25 mil e menos de 100 mil habitantes)

Representante: Robernilson Otero Barbosa - PPS

B - Região Nordeste

a) Vereador

Camaragibe - Pernambuco (mais de 100 mil e menos de 200 mil habitantes)

Presidente da Câmara: EUGÊNIO VITORINO PTN

b) Deputado Estadual – Paraíba

RICA[RDO COUTINHO - PSB

C - Região Sudeste

a) Vereador

Aracruz - Espírito Santo (mais de 200 mil e menos de 300 mil habitantes)

DIRCEU CAVALHERI - PTN

b) Deputado Estadual – Rio de Janeiro

CIDA DIOGO - PT

c) Deputado Federal – Minas Gerais

SERGIO MIRANDA - PC do B

D - Região Sul

a) Vereador

Porto Alegre - Rio Grande do Sul (mais de 300 mil habitantes)

Representante: Humberto Goulart - PDT

b) Deputado Estadual – Santa Catarina

JOSÉ PAULO SERAFIM - PT

c) Deputado Federal – Paraná

DR. ROSINHA – PT (Florisvaldo Fier)

E - Região Centro-Oeste

a) Vereador

- Hidrolândia - Goiás (menos de 25 mil habitantes)

Representante: Lázaro Silva - PMDB

b) Deputado Estadual – Mato Grosso do Sul

NELSINHO TRAD - PMDB

**Oficina 5 – Gerentes de Unidades de Saúde de Referência Regional**

A - Região Norte

a) Hospital Geral Adriano Jorge -

Mauro Giovani Lippi Filho

c) Hospital Comunitário de Palmas - TO

Dr. Raimundo Nonato da Silva Filho

B - Região Nordeste

a) Hospital Menandro de Faria - BA

Thaís Fraga Nunes

C - Região Sudeste

- a) Hospital Regional D. João Penido - Juiz de Fora - MG

Leatrice Joyce Schubert de Castro

- b) Centro Regional de Especialidades - Cachoeiro de Itapemirim - ES

José Fernando Ferreira Bastos

D - Região Sul

- a) Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná - Londrina - PR

Sinésio Moreira Júnior

- b) Grupo Hospitalar Conceição - Porto Alegre - RS

Lisiane Bôer Possa

E - Região Centro-Oeste

- a) Hospital de Base - Brasília - DF

José Carlos Quinaglia

## Lista de Notas

<sup>1</sup> Não estão incluídas as contribuições registradas no Encontro Nacional dos Interlocutores Sociais. A sistematização e análise de todas as informações acumuladas no conjunto das atividades desenvolvidas, serão divulgadas posteriormente, quando da conclusão do Relatório Final do projeto. Maiores informações poderão ser obtidas junto à Escola de Governo em Saúde/ENSP ([escgov@ensp.fiocruz.br](mailto:escgov@ensp.fiocruz.br)) ou Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do MS ([pns@saude.gov.br](mailto:pns@saude.gov.br)).

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada gratuitamente na Biblioteca Virtual em Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado gratuitamente na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Editoração, impressão e acabamento)

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558

*E-mail:* [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

*Home page:* <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, dezembro de 2003

OS 1542/2003