

O SUS É SUB FINANCIADO

Dr. Gilson Carvalho, médico sanitarista, fala aos secretários municipais de saúde do Pará sobre a consolidação do SUS, após 20 anos da sua implantação, e também de como está, hoje, a alocação de recursos para saúde no Brasil em relação à outros países da América Latina.

Na entrevista ao informativo COSEMS, abordou ainda, questões relacionadas a Estratégia da Saúde da Família, Organizações Sociais como gerenciadoras de hospitais públicos, Contratualização e implementação do Pacto pela Saúde no país.



Dr. Charles Tocantins (assessor do COSEMS/PA), Dr. Gilson Carvalho (Médico Sanitarista) e Dr. Jader Gardeline (Presidente do COSEMS/PA), em entrevista ao Informativo

FALA SECRETÁRIO



Praça da Paz e Av. Marechal Rondon - Rondon do Pará

O Informativo COSEMS/PA, criou um espaço para os secretários municipais de saúde onde possam publicar artigos sobre seu município. Nesta edição o Secretário de Rondon do Pará, Dr. Raimundo Amorim, fala sobre os Agentes Comunitários e Equipe de Saúde da Família. (Pág. 08)

COSEMS FINALIZA DEBATES

O COSEMS/PA vem participando de debates junto ao Governo do Estado, a respeito de vários temas de suma importância ao sistema de saúde. (Leia Pág. 07)



Representantes do Estado e dos Municípios, na Plenária da CIB/PA, em 28 de agosto de 2007.

PALAVRA DO PRESIDENTE

As últimas semanas foram decisivas para a saúde do Estado, depois de vários meses de debates e discussões a Comissão Intergestora Bipartite, aprovou a Programação Pactuada e Integrada Assistencial/2007, na discussão que permitiu a viabilização da programação, o COSEMS reivindicou e conseguiu junto ao Gestor Estadual, um valor adicional de R\$ 4.200.000,00 (quatro milhões e



A Entidade vem trabalhando para que as reivindicações mais imediatas dos gestores locais sejam atendidas

duzentos e reais), para serem alocados nos municípios plenos que registraram maiores perdas financeiras. Além da aprovação da PPI, a CIB de setembro, sobre a distribuição dos recursos destinados ao Estado do Pará através da Política de

neste campo existe uma extensa pauta que vem sendo objeto de negociação constante com a Secretaria Estadual de Saúde.

Nesta edição, quero registrar a saída do Dr. Paulo Edson

Furtado que durante o tempo que esteve a frente da Secretaria Municipal de Saúde de Belém sempre colocou-se a disposição da Entidade e do Movimento Municipalista, e em nenhum momento apartou as reivindicações da Capital aos demais Municípios do Estado do Pará. Como prova dessa parceria Belém foi confirmada como sede do XXIV Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde, que tem data prevista para ocorrer em abril de 2008.

Por fim precisamos intensificar nosso movimento e assim conquistarmos novas vitórias.

Jader Gardeline

MINISTÉRIO DA SAÚDE AUMENTA O VALOR DO REPASSE DE CUSTEIO PARA ESTRATÉGIAS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS)



A partir da competência agosto, o valor do repasse do incentivo para pagamento dos ACS's será de R\$ 532,00 (quinhentos e trinta e dois reais) por Agente/mês. A

Portaria MS/GM nº 1761/07 vem atender reivindicação histórica dos municípios que sempre custearam os encargos da seguridade social. O Ministério da Saúde, em nota disponibilizada em seu site, informa que de acordo com dados calculados pela área previdenciária e trabalhista os custos dos encargos sociais somam 28% sobre o salário base.

O COSEMS/PA entende que os recursos ora disponibilizados, devem ser prioritariamente empregados no custeio dos encargos sociais e se posiciona pelo uso dos recursos para pagamento do adicional de férias (alguns municípios não pagam) e remuneração da insalubridade, considerando que há exposição a riscos na atividade dos ACS's. Havendo sobra de recurso, este deve ser utilizado na implementação e melhoria das condições de trabalho dos Agentes. Veja a nota da Entidade Nacional sobre o tema:

RECOMENDAÇÃO DO CONASEMS AOS MUNICÍPIOS

Assunto: Portaria 1.761, de 24 de julho de 2007, que fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação de Agentes Comunitários de Saúde.

Para fortalecer a Política Nacional de Atenção Básica e a estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Saúde da Família, o Ministério da Saúde criou um incentivo do nível federal para os municípios.

O referido incentivo será repassado, fundo a fundo, para os municípios investirem na Atenção Básica. É importante ressaltar que a Portaria MS/GM nº 204/2007 que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, criou um bloco específico para a Atenção Básica. O artigo 6º desta Portaria estabelece que os recursos referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionada ao próprio bloco.

Destá forma, o entendimento é que o incentivo referido na Portaria 1.761/07 pode ser investido em todas as ações desenvolvidas na Atenção Básica. Entretanto, considerando a importância da despreciação dos contratos de trabalho e o pagamento dos encargos sociais, o CONASEMS orienta que os municípios que possuem contratos precarizados, utilizem os recursos do incentivo para a adequação dos contratos de trabalho, de forma a garantir os direitos trabalhistas e previdenciários dos ACS's, o que sem dúvida, contribuirá com o fortalecimento da Atenção Básica.

Vale salientar que não existe nenhum incentivo que seja vinculado ao aumento de salário de qualquer categoria profissional.

Assim sendo, cabe aos gestores municipais decidirem dentro do bloco da Atenção Básica, com coerência ao Plano Municipal de Saúde e aos compromissos assumidos no Pacto de Gestão, em qual atividade ou ação serão utilizados os recursos do incentivo de que trata a referida Portaria.

O importante é a consolidação da Atenção Básica à Saúde como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde e ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde.

EXPEDIENTE

DIRETORIA DO COSEMS/PA

Jader Teixeira Gardeline

Presidente

José Américo Sarmento

Vice-Presidente

Lúcia de Fátima Miranda

1º Secretária

Manoel Evaldo B. Alves

2º Secretário

Paulo Sérgio Alcântara

1º Tesoureiro

2º Tesoureir (em vacância)

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE /CIB

Membros Titulares:

Jader Teixeira Gardeline – SMS de Mojuí;

José Américo A. Sarmento - SMS de

Bragança;

Lúcia de Fátima M. Santos – SMS de Breves;

Manoel Evaldo B. Alves - SMS de Paraupébas;

Kleber Tairone Miranda – SMS de Castanhal;

Eduardo da S. Tuma - SMS de Santana do

Araguaia;

Paulo Edson Furtado – SMS de Belém

Membros Suplentes:

Domingas A. de Souza - SMS de Conceição do

Araguaia;

Vitor Manoel de J. Mateus - SMS de Marituba

Francisco Armando Aragão - SMS de

Altamira;

Luiza Cristina S. das Chagas - SMS de Aveiro;

Paulo S. M. Alcântara – SMS de Barcarena;

Márcia Helena C.P. Tomasí - SMS de

Ourilândia do Norte;

Rejane Olga de Oliveira Jatene - SMS de

Belém.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

Membros Titulares

Jader Teixeira Gardeline - SMS de Mojuí;

Emmanuel Silva - SMS de Santarém

Membros Suplentes

Paulo S. M. Alcântara – SMS de Barcarena;

José Américo A. Sarmento - SMS de

Bragança

ENDEREÇO E TELEFONES DO

COSEMS/PA

Av. Conselheiro Furtado 1086 – Batista

Campos

CEP: 66025-160 – Belém – PA

Fone/Fax: 3223-0271 / 3202-9610 / 3202-

9611

E-mail: cosemspa@conasems.org.br

Home-Page: www.conasems.org.br/pa

“O SUS ESTÁ IMPLANTADO, MAS NÃO TOTALMENTE IMPLEMENTADO”

Dr. Gilson Carvalho, Médico Sanitarista, fala sobre a consolidação do Sistema Único de Saúde após 20 anos da sua formalização constitucional.

COSEMS: *Passado aproximadamente 20 (vinte) anos da formalização constitucional do Sistema Único de Saúde - SUS, podemos afirmar que o mesmo está consolidado?*

GILSON CARVALHO: Eu diria o seguinte: o SUS está implantado, mas não está totalmente implementado. O SUS constitucional que faz parte do ideário dos técnicos da saúde, do período pré-constitucional e da reforma sanitária e foi colocado dentro da Lei Orgânica da Saúde, ainda não é um sistema totalmente implementado, falta sair do papel muita coisa. O SUS tem três (03) objetivos bem claros: o primeiro é identificar e divulgar os condicionantes e determinantes da saúde, e resalto que nós estamos mexendo muito pouco com isso; o segundo objetivo é planejar para diminuir o risco das pessoas ficarem doentes, e neste campo fico me perguntando, o que o SUS tem feito? Estamos tomando para nós as dores de tudo que acontece na saúde e não estamos cutucando as outras áreas. O SUS está atendendo a consequência da falta de salário, emprego, comida, e da falta de saneamento, que não são funções básicas do sistema. Então o que está faltando é identificar e divulgar esses condicionantes; o terceiro objetivo corresponde a três (03) ações específicas, que são as ações de saúde propriamente dita: promoção, proteção e recuperação. Na área da promoção estamos fazendo pouco, precisamos fazer mais. Promover é mexer com as causas das doenças, e só agora, timidamente, estamos mexendo com: o alcoolismo, a alimentação e o combate ao fumo e isso são coisas que tínhamos que está fazendo há muito tempo. Outra área é a de proteção que implica trabalhar os riscos de adoecer, isto é, trabalhar com a questão de vacinação com a garantia de 100% de cobertura populacional, com exames preventivos e outras medidas efetivas para diminuir os riscos de adoecimento. A última área é a dá assistência, ou seja, garantir o tratamento a quem está doente. Por isso digo que são cinco os objetivos do SUS: identificar e divulgar os condicionantes, planejar para diminuir o risco de adoecer, fazer as ações de promoção, proteção e recuperação.

COSEMS: *O que pode ser feito para inserir esta discussão na sociedade brasileira?*

GILSON: Andei divulgando material com esses temas discutindo três eixos: o primeiro diz respeito exatamente ao fato do país não desenvolver e não melhorar as condições sócio-econômicas, não adianta nada agir só no campo da saúde; o segundo diz respeito ao SUS que estamos vivendo, e nesta área estamos responsabilizados por todos os males do País. Toda vez que não digo quem e quais são as causas que estão por trás, o culpado é o serviço saúde. Ora, não somos culpados pela desnutrição. Enquanto pediatra, posso hidratar e corrigir a desnutrição de crianças que procuram o serviço de saúde, mas após quinze dias, um mês, dois meses da alta esta criança retornará ao mesmo meio ambiente e continuará desnutrida. Como é que vai ser? Se não divulgar as

causas da desnutrição, a culpa recai na área da saúde. A mesma coisa em relação aos acidentes de trânsito. Está acontecendo a campanha contra o alcoolismo, pois 61% dos acidentes de trânsito estão ligados ao uso excessivo de álcool, e no fim o culpado vai ser o sistema de saúde que não tem pronto socorro suficiente para atender os acidentados? A culpa é de quem? Do sistema de saúde? E lá de trás. O problema é do alcoolismo e não do sistema de saúde. Quer dizer ficamos responsáveis pelos problemas quando não apontamos as causas. Estou defendendo alguns pontos para essa questão da implementação do SUS: precisamos divulgar o que é o SUS e não só para a população, mas para os gestores, trabalhadores de saúde e para os cidadãos usuários. O que é o SUS? Quais são os objetivos do SUS? Quais seus princípios e diretrizes? Acho que



Médico Gilson Carvalho

temos que explicar para cada funcionário, em cada unidade de saúde o que é SUS. Tenho dúvida se estamos fazendo SUS na integralidade. Eu tenho dito que temos que fazer uma folhinha, que tenha na frente o que é o SUS pegando conceitos da Constituição e da Lei Orgânica da Saúde, e no outro lado identificando o que o SUS faz, outra luta que estamos perdendo é a luta da comunicação. O sistema que faz dois bilhões e meio de procedimentos/ano, não pode ser jogado as traças, não pode ser dito que ele é ruim, que não faz nada, que não funciona, e tudo isso porquê não o divulgamos. Porque as secretarias de saúde não fazem um resumo dizendo que as unidades têm tantos trabalhadores de saúde e ofertam tantas consultas, vacinas e internações. Enfim, é preciso divulgar mais. Porque somos cobrados todas às vezes que um paciente não consegue ser internado ou fazer exames? Basta ter um fato ruim para neutralizar tudo de bom que foi feito. Estamos perdendo a guerra da comunicação, ao não divulgarmos o que fazemos; o terceiro diz respeito às ações específicas de saúde que precisam ser otimizadas e integradas no compo da promoção, prevenção e atenção.

COSEMS: O ex-Presidente, *Fernando*

Henrique Cardoso, dizia que o problema do SUS não era só a falta de dinheiro, mas também era a má gestão. Há razão nesta afirmação? E em relação à alocação de recursos para saúde, como é que o Brasil está na conjuntura da América Latina? Temos pouco dinheiro para saúde? Há má gestão? Ou são as duas coisas?

GILSON: São as duas coisas, isso é muito claro. Tem um discurso que reclama por mais dinheiro, mais dinheiro e mais dinheiro, esse é um discurso fraco e sozinho. O outro discurso era da gestão do Fernando Henrique quando Ministro da Fazenda, que afirmava a ineficiência dos gastos na área de saúde. Convivi com o ex-Presidente, eu na SAS (Secretaria de Atenção a Saúde) e ele no Ministério da Fazenda. Na época, o Murilo Portugal trabalhava com ele, e era o grande economista no governo de Itamar Franco, e que veio agora no governo Lula para ser Secretário Executivo do ex-Ministro Palocci. E sempre o discurso do Murilo Portugal era o seguinte: “você (da saúde) são ineficientes, temos muito dinheiro na saúde, porém vocês gastam mal.” Em relação a este tema há cinco (5) caminhos: O primeiro é juntar recursos. O SUS é sub financiado. O dinheiro que usamos, se compararmos com outros países, segundo os dados oficiais de 2003 da Organização Mundial de Saúde - OMS, é pouco. Calculado de forma per capita, o Brasil está na faixa de US\$ 600,00 (seiscentos dólares) por habitante/ano. Se pegarmos países que estão na parte de baixo do mapa, como a Argentina e Uruguai, verificamos que estes estão na faixa de US\$ 1.000,00 (hum mil dólares) habitante/ano. Se olharmos Portugal e Espanha constatamos que estão na faixa de US\$ 1.500,00 (hum mil e quinhentos dólares). Já os países que estão no outro lado como Israel e Japão, os mesmos estão na faixa de US\$ 2.000,00 (dois mil dólares). Existe outra turma está na faixa de US\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos dólares) como é o caso da Inglaterra e Canadá. Se observarmos na ponta extrema estão os Estados Unidos com US\$ 5.711,00 (cinco mil setecentos e onze dólares). Portanto a diferença do que é gasto no Brasil e nos Estados Unidos é de dez vezes. É importante ressaltar que eu não estou defendendo o sistema americano, pois acho que é um modelo de saúde extremamente perdulários, cheios de falhas, e está sob a tirania de quem produz remédios, equipamentos, planos de seguros e planos de saúde, além de ter seu custo elevado pela atuação de advogados de porta de hospital. Fato que faz com que esse sistema não seja um paradigma. Mas vamos olhar para países como Israel e Japão que têm sistemas de saúde eficiente e gastam de três ou quatro vezes mais que o Brasil. Ainda com uma ressalva, a renda per capita desses países são melhores e estão em superiores condições em relação aos fatores condicionantes e determinantes da saúde. Ainda gastamos por ano no SUS a faixa de R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) de internações por diarreia. A diarreia vem da pobreza e da má condição da água. E mesmo com estas internações estamos

perdendo 6.000 (seis mil) pessoas/ano. Precisamos sim aumentar recursos e isso não tem saída, mas aumentar só o recurso nesse sistema errado não resolve nada. Segundo, além de aumentar os recursos é necessário combater a corrupção e melhorar a eficiência do SUS. Em razão dos fatores condicionantes e determinantes que citei, podemos afirmar que há urgente necessidade de desenvolver esse país, garantir mais emprego e renda à população. Dados da UNICAMP demonstram que de cada 100 jovens com idade de trabalho apenas 45 entram no mercado, e 55 estão fora. Para aumentar recursos precisamos cumprir a Emenda Constitucional nº 29, e pagar o que devemos ao sistema. A União tem um débito com a saúde desde o ano 2000. Só no ano de 2005, dos vinte e sete Estados, vinte não cumpriram o que determina a Emenda Constitucional e é preciso pagar isso, esse passivo. Terceiro, é necessário aprovar a regulamentação dessa Emenda, que têm dois pontos fundamentais: 1) aumentar recursos da União que é pouco, ocasionando um aumento de R\$ 19,4 bilhões de reais do dinheiro federal para a saúde, assim o orçamento previstos para esse ano passa de R\$ 45,8 bilhões para R\$ 65,2 bilhões. 2) Eliminar de vez as trucagens do entendimento do que seja gasto com a saúde, separando os recursos relacionados aos condicionantes e determinantes que são de outras áreas como: saneamento, alimentação, entre outras. Existe também um detalhe: como os recursos da saúde estão amarrados proporcionalmente a arrecadação se combatermos a sonegação conseguiremos mais dinheiro, sem precisar aumentar impostos. Quarto, é avaliar a eficiência. Precisamos ser mais eficientes: compramos, armazenamos e distribuímos mal, quem tem na secretaria de saúde controle de saída das coisas? Nós temos controle de entrada e não controles de saída. Temos que informatizar mais e administrar financeiramente melhor. A Quinta, é fazer o SUS, que não estamos fazendo. Então fica assim: aumentar os recursos, combater a corrupção, melhorar a eficiência, fazer modelo SUS e por fim mudar o Brasil, essas são as cinco (05) saídas.

COSEMS: Houve uma grande expectativa que o Governo Lula atendesse todas as reivindicações do setor saúde. Pode se esperar mais deste segundo mandato?

GILSON: De esperança nós sempre nos enchemos, qualquer governo que chegue sempre nos enchemos dela, e pela primeira vez o país teve na história recente um governo denominado, tido, havido e declarado como governo de esquerda, com proposta voltada para o social e composto em sua maioria de pessoas progressistas. Então, realmente frustrou expectativas. Não posso dizer que está pior do que estava, estou esperançoso e sei identificar coisas que evidentemente melhoraram, eu diria que não melhorou do jeito que queríamos, imaginávamos e desejávamos. A própria montagem do Ministério da Saúde continua incerta, acho que para nós fazermos o SUS temos que fazer o Ministério Único da Saúde, para fazermos uma política só, dentro do Ministério. Algumas coisas evoluíram, como o PSF (Programa de Saúde da Família), mas é preciso deixar claro que fazer Atenção Básica é outra coisa diferente. A nossa luta é fazer da Atenção Básica os cuidados prioritários da saúde, que casualmente pode se chamar PSF ou outros nomes, mas devem dá ênfase ao atendimento primários das pessoas. A primeira abordagem das pessoas é fundamental, então nesse particular houve melhora. Se você verificar o valor do próprio PAB fixo, só para ter uma idéia, em 1996 se tinha

em mente que o valor seria de R\$ 12,00 (doze reais), ele foi implantado em 1998 a R\$ 10,00 e ficou com o esse valor até o ano de 2003, agora se tem o valor de R\$ 15,00 com proposta de chegar a R\$ 18,00. Mas mesmo reconhecendo esses avanços as nossas expectativas eram grandes e se frustraram. Não poderia dizer que regrediu, mas não andou com a velocidade que precisávamos, ainda estamos andando em ritmo lento e para corrigir distorções anteriores é preciso correr mais.

COSEMS: Em reunião do CONARES (Conselho Nacional de Representantes Estaduais de Saúde), realizada em maio, após pronunciamento de vários Secretários de Saúde, ficou evidenciado que as equipes de PSF têm dificuldades de garantir o horário de 40 horas semanais para o profissional médico. Na nossa região em algumas localidades tal horário é utópico, como fazer para que este programas se torne realidade na Amazônia, e ainda mais, como fazer para que muitas das equipes não sejam fictícias?

GILSON: Vamos separar duas coisas essenciais: primeiro, o cinismo administrativo, e isso tem que acabar. No meu entender se não deu para fazer um contrato com profissionais de saúde de 8 horas, vamos fazer um acordo possível de 2, 4 ou 6 horas. E como posso fazer isto se amanhã eu vou ser punido pela auditoria do Ministério da Saúde? Quer dizer, além de ter a suposta questão moral fingindo fazer o que não faço, tenho a questão administrativa com implicações legais, bem isso é uma questão. A Segunda questão é a posição hegemônica do Ministério da Saúde determinando que todo profissional de PSF tem que cumprir 40 horas semanais, e isto no meu entender não é adequado para todas regiões do Brasil. Tem que haver formas alternativas, por exemplo: tenho às vezes um médico na cidade, que já está lá trabalhando em seu consultório Particular, e ele quer continuar tendo sua clientela própria, como posso fazer para trazer esse profissional para dentro do sistema? Com tal conjuntura, precisamos discutir tais questões e potencializar a rede básica da saúde com os profissionais disponíveis.

COSEMS: Há aproximadamente 03 (três) anos o Ministério da Saúde encaminhou questionários aos Conselhos Municipais de Saúde, solicitando confirmação do cumprimento da jornada médica de 40 horas semanais nos PSF's, a maioria fez a confirmação, mesmo sendo de notório conhecimento que tal horário não era seguido. Como o senhor analisa esta postura dos CMS's?

GILSON: Essa questão é quase de sobrevivência. Os conselhos raciocinam da seguinte forma: ruim com esse serviço pior sem ele. Se disser que não são cumpridas as normas do programa, o Ministério da Saúde não mais mandará os recursos e assim não haverá nenhuma consulta. Isso deixa claro que é inadequado o Ministério da Saúde determinar tempo integral a todas as equipes de PSF's, sem considerar determinadas especificidades. Lembro que na região de vocês, na época da Fundação SESP, os caminhoneiros

eram treinados para tratar a malária, isso é o absurdo dos absurdos na cabeça acadêmica, como é que eu vou ensinar caminhoneiro a fazer diagnóstico e dar remédios para ele tratar dos outros? Mas não tinha outro jeito. É preciso sair de uma visão corporativa e acadêmica para uma visão de realidade. Vocês devem fazer preferencialmente a atenção primária, por isso que digo: o Ministério da Saúde engessou o PSF de cima a baixo no Brasil para ser tudo igual, e isto foi um dos erros.

COSEMS: Como o Senhor vê a necessidade de políticas específicas para nossa região?

GILSON: Acredito que o papel que vocês têm é fazer a adequação do SUS. O SUS tem a espinha dorsal única, e não podemos nos afastar dela. Agora as ramificações têm que mudar de acordo com cada lugar, tendo a consciência, entretanto, que o SUS é único, só que genótipo e fenótipo. No genótipo o centro está aqui, mas em cada lugar vai ter a formatação conforme a sua realidade. Na lógica do financiamento por produção vocês jamais vão conseguir dinheiro e, por conseguinte recursos para investimento e melhoria da saúde. O próprio financiamento do TFD intra regional na Amazônia já é complicado, agora imagina deslocar o paciente daqui para o Sul. Só quando conseguirmos montar uma rede local com resolutividade teremos parte dos problemas resolvidos, e isto só se faz com investimento. Imaginava-se que aquele Programa de Interiorização do SUS viesse atender a questão da fixação de profissionais, mas não atendeu, e só vai atender no dia em que se fizer um programa com remuneração totalmente diferenciada, com apoio à distância (através do sistema de tele-medicina). Esse é o desafio da região Norte.

COSEMS: Aprofundando essa questão, uma das situações que achamos que seria uma luz,

para pequenos municípios do Estado, é a Política Nacional para Hospital de Pequeno Porte (HPP). Porém ao igualar em todo o país os valores por leito a ser distribuído, tanto em municípios do Marajó ou municípios do Sul cria uma ficção, pois os custos na Amazônia são muito maiores. Então pensamos: seria o caso de discutir cada situação e saber quais os municípios e quanto o Governo Federal viabilizaria para cada Estado? O ideal era que se fizesse um estudo que se considerasse a seguinte premissa: "aquele hospital, naquela região, ponderando os valores de mercado, e as dificuldades de fixação dos profissionais só poderá ser viabilizado com determinado recurso". A partir desses estudos o Governo Federal, os Estados e os Municípios discutiriam quanto seriam esses recursos. Pois avaliando a economia de escala e programação assistencial sabemos que não é possível algumas unidades se sustentarem somente do financiamento do SUS. Inclusive alguns municípios apresentam produção fictícia objetivando burlar o sistema. O senhor acha possível a construção de um novo modelo?

GILSON: Acho que é possível. Toda vez que o Brasil passa ser visto de



“ precisamos divulgar o que é SUS e não é só para a população, mas para os gestores, trabalhadores de saúde e para os cidadãos usuários ”

maneira centralizada, estabelecemos políticas públicas injustas, temos que descentralizar e discutir em nível de Bipartite, passando mais poder aos Estados para correção das distorções locais. Quanto à burla ou a prática da produção fictícia acho ruim. O caminho é não burlar. Por mais difícil que seja a situação não vou fraudar nada, vou lutar para que seja feito o correto. Agora eu vou provocar: quais são os estudos fáticos que vocês têm? Quais são as contribuições das universidades para poder ajudar a fazer essa programação? Hoje, vocês estão discutindo um modelo para Amazônia, saiu inclusive uma tese do CONASEMS. Tenho três opções: internar num hospital que não tem economia de escala (que é o caso de vocês), ou transportá-la às vezes com um custo muito maior, ou criar políticas que viabilizem o funcionamento de Hospitais de Pequeno Porte. Então, esses estudos que estou falando, de modo informal, para vocês alguém tem que fazer.

COSEMS: O senhor está afirmando que faltam estudos direcionados à Região Norte?

GILSON: Sim, com absoluta certeza. Tem que haver estudos mínimos referentes a custeio e a viabilidade de serviços na região, já que na maioria das vezes o Ministério da Saúde formula a sua política pensando unicamente nas regiões sul e sudeste.

COSEMS: O Ministério da Saúde, através de Portarias específicas tem feito exigências técnicas cada vez maiores para cadastramento de serviços classificados como de alta complexidade. Para nossa região, há extrema dificuldade de atender todas as exigências, sobretudo nos requisitos de recursos humanos. É possível flexibilização destas normas e obter cadastramento dos serviços com a consequente captação de recursos?

GILSON: Sim, acho que é possível desde que se demonstrem enfaticamente essas especificidades, precisa-se de estudos. Quais são os pontos fundamentais? O que se precisa alterar? Falta realizar um trabalho técnico. Na verdade acabamos fazendo muitos discursos e esquecemos de apresentar propostas.

COSEMS: Também achamos que faltam estudos de custo, não só para a alta complexidade, mas para outros serviços de saúde na região...

GILSON: Perfeito, vocês sabem a quantidade de municípios do Estado do Pará que estão gastando em média, com a saúde, acima de 15%? E esses 15% são suficientes para quê? O tratamento aqui é mais caro que na Região Sul. O meu município, São José dos Campos/SP, gasta 23% em saúde, são trezentos milhões. Montamos o sistema de saúde na década de 70, não tinha nada no começo e construímos uma grande rede que hoje está um "monstro" que não tem tamanho, mas que também não dá conta de atender toda demanda. Estamos discutindo agora ressonância magnética para todos os municípios de São José dos Campos. Aqui alguns municípios não programam ressonância magnética, pois não é disponibilizado. Portanto fazer estudos de custos e de recursos não é um simples comparativo

percentual, é considerar os recursos disponíveis em cotejo com os serviços por região e por unidade.

COSEMS: O Estado colocou para funcionar seis grandes hospitais, denominados Hospitais Regionais, e a idéia é justamente evitar o deslocamento em massa para Belém, ofertando serviços de alta complexidade mais próximo à residência do paciente. O governo passado atacava muito a eficiência do setor público, e colocou esses hospitais sob gerência de Organizações Sociais (OS's), que é uma experiência que teria dado certo em São Paulo. A governadora se posiciona contra a essas Organizações. Qual é a sua opinião?

GILSON: Vejamos: O que o SUS é? O SUS é público estatal, e o setor privado, é complementar, isso é o que está na Constituição, toda vez que o meu público estatal não for suficiente eu posso recorrer ao privado, complementando-o. Então eu não posso pegar esse privado e colocar na mão dele o público estatal. As OS's são instituições privadas. Na minha cidade (São José dos Campos) fizeram isso, e está uma briga no Ministério Público. Em São Paulo criaram uma lei que só podiam colocar as OS's em hospitais novos. Quais são os problemas das OS's? Primeiro a institucionalidade. O Ministério Público desde 1998 tem o parecer de procuradores da república condenando esse modelo privado administrando dentro do público. Há ações do Ministério Público de São Paulo e da OAB, que não foram julgadas ainda. Segundo, qual é a experiência de São Paulo? As OS's pegaram toda uma estrutura e equipamentos novos, com quadro de profissionais completo. Desta forma quando se compara um hospital público antigo e já inserido no sistema com um hospital novo gerenciado por OS's, esse hospital público produz menos que o novo. Alguns estudos que eu fiz, mostram que esses hospitais gerenciados por OS's estão gastando de três a quatro vezes o valor da tabela SUS para manter os serviços. Assim se comprasse esses

serviços de hospitais (santa casa) sairia ¼ mais barato. Terceiro, a questão de pessoal, podemos está criando um grande passivo trabalhista, o CRM de São Paulo fez uma análise de algumas OS's, e verificou que tem gente contratada de todo jeito, médico sem CRM, médico falso, cooperativas com salários diferentes, etc. Quarto: As OS's trabalham com as portas fechadas e o público com as portas abertas, pois as OS's trabalham só com a referência, assim com certeza é mais fácil ser eficiente. No serviço público você atende emergência e trabalha de porta aberta, ainda tem que administrar demanda espontânea e as filas nos corredores. Quando seleciono deixo gente para fora. As OS's trabalham com contratos limitados, enquanto que no público não posso ter limites.

COSEMS: Nos contratos com as OS's foi instituído que as mesmas receberiam um valor fixo, e teriam um valor adicional se alcançassem alguns índices de qualidade e produção. Há críticas, que dizem que esses índices de qualidade e produção seriam facilmente alcançados, já que os hospitais são novos, e assim o valor móvel da remuneração

se tornaria fixo, o senhor concorda?

GILSON: Em São Paulo é muito comum os seguinte contratos: As OS's receberiam um valor fixo. Se elas fizerem 100 ou até 110% recebem valor integral, se fizerem menos de 90% vão ter desconto. Acontece é que as OS's sempre alcançam os parâmetros de produção, pois ao contrário das instituições públicas que não registram a produção as OS's sempre o fazem. A primeira coisa que aconteceu na minha cidade com a instalação da O.S., foi o seguinte: no mês que eles entraram para gerenciar as unidades, funcionários eram vistos com AIH atrás dos médicos para poder registrar tudo. Por isso, a produção dobrou em relação a gerência pública, porque eles simplesmente passaram a registrar o que faziam. A unidade pública não precisavam daqueles registros para receber, e deixavam de fazê-los. Então a primeira coisa é melhorar a notificação e o registro. Noto que em algumas instituições que são remuneradas por produção, existem profissionais preenchendo laudos com procedimentos mais agravados e desta forma conseguem registrar produção de 111%, e assim recebem mais. E com isso começam a ter reajustes nos contratos, contratos esses que não são baixos. Na minha cidade há contrato de R\$ 82.000.000,00 (oitenta e dois milhões) por ano. E elas estão ganhando rios de dinheiros, e uma coisa bem pior, estão financiando campanhas eleitorais. Depois como vou discutir com a nação que preciso de mais dinheiro para saúde?

COSEMS: Se as OS's não são a solução, qual seria a saída?

GILSON: Eu quero dizer ainda que nas OS's, assim como no serviço público, também tem: apadrinhamento, pessoas ineficientes, precariedade no trabalho e também contrato com prestadores de serviços com carta marcada. Essa natureza não muda e com o agravante de que este dinheiro é de um terceiro pagante (Estado). Quando falei da ineficiência dos gastos reconheci a necessidade de mudança na gestão pública. Na área da saúde a gestão é complicada, quer no público ou no privado, um exemplo é que no privado tenho um nó trabalhista de todo tamanho que é um passivo obrigacional que vai explodir. Temos que ter consciência que o privado é a complementar ao público e assim temos que regular e exigir dele. E no público o que é que eu preciso? Preciso concentrar as coisas, saber que uma parte tem que ser totalmente estatal com funções relacionados: à gestão, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, controle, avaliação e planejamento. Devendo ter em seu quadro funcionários públicos com carreira e remuneração digna, pois são funções de estado. Outra parte são os setores operacionais, que são públicos, mas podem ser administrados sob o direito privado, temos aí as Fundações Públicas Estatais. Este modelo é uma saída, não para resolver todos os problemas, mas sim para dinamizar o setor, além de ser uma opção legal. Contudo não se pode achar que o serviço público tradicional vai acabar. Imagine uma secretaria de saúde ser transformada em uma fundação estatal? Não vi ainda em nenhum Estado, e em lugar nenhum do mundo que não tenha funcionário público. Temos que corrigir as distorções do funcionalismo público, mas não acabar com o serviço público, em razão das suas distorções. Dizem que o funcionário público é estável, e não pode ser demitido, ele pode sim sofrer processo administrativo e ser demitido, por exemplo, por não cumprimento de sua carga



“A nossa luta é fazer da Atenção Básica os cuidados prioritários da saúde, dá ênfase ao atendimento primários das pessoas”

horária, só que infelizmente não temos a prática de fazer isso. Voltando as fundações estatais, alguns dizem que elas não seriam públicas, ela são públicas, criadas por lei e de propriedade do público, só que vai ser administrada com bases no direito privado. Desta forma poderá contratar pelo regime da CLT. A Constituição não mandou agora que os Agentes Comunitários sejam celetista? Qual o problema de ser celetista? É o regime de trabalho do brasileiro, e está mais e melhor organizado do que o sistema público, incluindo mesa de negociação e controle de data base na discussão de salário. Pergunta para o pessoal do Hospital Conceição, do Rio Grande do Sul se eles querem passar para estatutário? Eles querem continuar celetistas. Os trabalhadores de saúde estão batendo firme e forte contra as fundações estatais, pois não entenderam que as mesmas são uma saída para áreas operacionais do SUS. O Estado da Bahia está tentando uma coisa que não sei se vai dar certo, fazer uma fundação estatal para administrar o PSF, temos discutido isso e é um negócio complicado, porque tem a interferência de dois níveis federativos, quem vai administrar isso? Qual o poder que o município vai ter? Como é que vai ser essa carreira em cada lugar? Qual a autonomia de cada ente para pagar os salários? No que pesa as dúvidas sobre as fundações estatais para operacionalizar as Equipes de Saúde da Família acredito que para gerenciar as unidades hospitalares é uma coisa positiva.

COSEMS: *Mas para nossa região este modelo de Fundação Pública para o PSF pode ser uma saída, mesmo reconhecendo os problemas de sua implementação.*

GILSON: Nesta discussão você têm que verificar o que está sendo realizado no Estado da Bahia, para não perder tempo. Sou a favor de receita de bolo, façam o seguinte: peguem a receita da Bahia e tente fazer esse bolo a partir da realidade local. Façam um grande debate chamando os gestores públicos e as representações interessadas e criem um modelo possível para o Estado do Pará.

COSEMS: *O Ministério da Saúde vem trabalhando com o conceito de contratos de metas, assim foram contratualizados hospitais de ensino, filantrópicos e públicos de pequeno porte. Como o senhor avalia esse processo? Tem dado certo o processo de substituição do pagamento por produção por metas contratualizadas?*

GILSON: Está muito cedo para se avaliar. Tenho muito receio, quanto aos termos que criamos. Inventamos os termos e achamos que ao inventarmos conceitos novos, emprenhamos automaticamente o conteúdo dos mesmos. Contratualização é uma palavra que não existe, ficamos inventando essas coisas. O contrato mais comum dentro da iniciativa privada é o contrato por produção de serviço, e como qualquer outro contrato de fornecedor, você fornece e é pago por produção de serviço, e essa para mim é a maneira mais justa de remuneração. É certo que, em determinadas áreas, é possível ter exceções, como por exemplo a política para o HPP, onde eu preciso ter uma alternativa ao pagamento por produção. Isto quer dizer, que precisamos ter um médico fazendo um ou dez partos por dia, mas o custo principal que é de RH é o mesmo. Assim nesse particular eu faço um contrato global para ter sobrevivência. Houve uma época em que o INAMPS pagava por produção da seguinte maneira: tantos mililitros de soro, tantos rolos de gazes, etc... Tinha pacientes que o esparadrapo rolava três vezes o globo terrestre. Era assim, vivenciei isso em 1982. Depois entrou outro sistema, que era sistema de pagamento por bloco, são mais de 3.000 procedimentos, uns dentro dos outros. Isto permitiu a criação de pacotes, e muitas unidades passaram a moldar esses pacotes, desta forma em vez de usar medicamento de primeira

geração, que está previsto no orçamento do pacote, elas usam o de menor custo. Em vez de manter tantos dias internados, ele interna o mínimo possível se isso representar economia de custo. Antes ele fazia o que? Ele colocava mais coisas para poder faturar mais. Para coibir isso só tem um jeito: fiscalização. De alguma maneira é preciso fazer a própria sociedade fiscalizar. Todo paciente ao sair do hospital tinha que saber o que teve e quanto foi gasto, só assim se colocaria todo cidadão fiscalizando o sistema, mas nós não conseguimos avançar nessa direção ainda, e olha que não é por falta de portaria.

COSEMS: *Então a contratualização ainda não é uma experiência testada. E no setor puramente privado você não vem como contratualizar, fazendo metas com o setor privado?*

GILSON: Sim posso ter metas de qualidade, mas acredito que o melhor sistema de pagar o privado é por produção de serviço. Agora este pagamento da produção pura e simples não impede de pactuar metas de qualidade.

COSEMS: *O Pacto pela Saúde significa um avanço no entendimento entre os gestores, bem como permitiu visualizar metas de responsabilidades para todos os ente federativos, porém sentimos que no ponto relativo ao financiamento, o Estado não tem definição clara sob o "quanto" e "como" alocará seus recursos próprios. Como está a discussão em nível nacional?*

GILSON: Isto está ocorrendo em todo o Brasil. Os Municípios estão esperando que haja algum tipo de compromisso por parte dos Estados. Mesmo no Estado de São Paulo, que se refugiou em cuidar da alta complexidade dos hospitais gerenciados pelas O.S.'s, há uma reclamação constante. Acredito que é uma negociação em termo bipartite, e não sinto que o Ministério da Saúde será forte o suficiente para fazer com que os Estados comecem essa discussão. Nem a regulamentação da Emenda Constitucional 29 será suficiente, nesse particular ficou muito frouxa, pois quando diz: "Lei Complementar regulará como será o repasse de recurso da União para os Estados e Municípios, e do Estado para os Municípios", deixou muito vago como tal recurso será repassado. Acho que os Municípios têm que pressionar os Estados senão o Pacto naufraga, e será mais um. Não tenho dúvida nenhuma disso.

COSEMS: *Há um constante conflito entre os Gestores de Saúde, Poder Judiciário e o Ministério Público. Com esses dois últimos, determinando ações e prestação de serviços. O que o senhor tem a falar sobre a "judicialização" da saúde?*

GILSON: O que tenho a falar para os secretários de saúde é o seguinte: Se seu Município tem juiz e promotor, você deve apresentar-se a eles como secretário de saúde, dá o número do telefone e dizer que está a disposição para resolver qualquer conflito, explique a responsabilidade do Município, do Estado e do Ministério da Saúde. Essa é a primeira coisa a se fazer. Informar a estas autoridades, porque eles pensam que você quer enfrentá-los. Repito, você chega para o juiz e também para o promotor e expõe tudo o que eles quiserem, faz um kit SUS, com a legislação e entregue a eles e diz isto: "Senhor juiz/promotor vamos combinar uma coisa? Toda vez que chegar um pedido para o senhor, como exemplo, receita



“As OS's trabalham com as portas fechadas e o público com as portas abertas”

”

médica, dá para ter um formuláriozinho onde o médico escreva a história, o que já foi feito e o que está propondo para o paciente?” As experiências de alguns órgãos demonstram que, quando o Ministério Público e Judiciário começaram a fazer isso um punhado de pedido não voltaram.

COSEMS: *Os juizes e promotores sempre repetem a regra constitucional de que a "a saúde é direito de todos e um dever do estado" e portanto é dever dos três entes garantir ações e serviços de saúde...*

GILSON: Essa é uma posição ainda majoritária dentro do Ministério Público e do Judiciário, a luta nossa é para ver se modifica isso de alguma maneira. Minha tese, que defendo há muito anos e que coloquei no congresso da ABRASCO, e também que estamos discutindo com o Ministério Público, é que a Constituição foi regulamentada, assim tem-se que pegar a lei que explique as regras constitucionais, que é a Lei nº 8080/90 que diz o seguinte: **“o SUS será regulado pelo poder público”**. Então o SUS tem regras, e a própria Constituição diz isso, e assim podemos argumentar: “senhor juiz aqui está dizendo que a saúde é um

direito de todos e dever do estado, mas aqui em baixo diz que tem que haver regulação e regras”.

Está na Constituição: “todo cidadão tem direito de votar e ser votado”. Mas se pode votar as 5:15 da tarde? Se pode votar fora do seu domicílio eleitoral? Não pode nada disso. Pois existem regras e essas regras estão na lei e/ou em portarias judiciais. Por exemplo, nós temos direito a educação, mas o pai pode chegar não escola e dizer: “meu filho vai entrar as 10:00 hs. e sair as 11:00 hs.?” Ou que: “nesta matéria eu quero que dêem isso e mais isso?” Todos têm direito a educação, mas obedecendo as regras. É esse o caminho que nós estamos tentando trilhar. Assim o setor saúde deve demonstrar aos juizes e promotores que no SUS há regras.

COSEMS: *Para quem já está no sistema há muito tempo, às vezes fica pessimista com os rumos da saúde, e outras esperando uma melhora e essa melhora não vem. Que mensagem você deixa para quem milita nessa área da saúde?*

GILSON: A minha mensagem é de otimismo, eu estou há 45 anos na área de saúde, tenho 33 anos de médico. E já foi muito pior, comecei a trabalhar no interior de Minas Gerais, onde a metade da população pagava alguma coisa para mim e a outra metade era atendida na caridade, na hora que vejo esse quadro, vejo que avançamos muito hoje, já andamos muito, só que a saúde não é descolada do país, eu não posso comparar o Brasil com outros países europeus, com países escandinavos ou com os Estados Unidos e pensar que eu vou conseguir ter o mesmo padrão de saúde, porque tem coisas gerais, fatores condicionantes e determinantes, e enquanto não tiver trabalho para a população e melhores salários, eu vou ter mais problemas de saúde.

A minha mensagem é de otimismo, é uma luta difícil, às vezes eu falo para colegas que pensam em sair do Brasil, que aqui nós temos a possibilidade de fazer, melhorar o País e a saúde.

Estamos caminhando e queremos caminhar mais rápido, e não vamos caminhar mais rápido se não desenvolvermos socio-economicamente o país. A luta é pela cidadania plena.

ATIVIDADES TÉCNICAS DO COSEMS/PA



O COSEMS vem recebendo diversos questionamentos dos municípios associados sobre as medidas que a Entidade vem adotando para apressar o processo decisório sobre alguns temas fundamentais para o funcionamento do sistema municipal de saúde, a medida que avançamos neste ano (já estamos no 8º mês) percebemos que pouca coisa andou em um ritmo considerado adequado. Segundo o exemplo do CONASEMS, a Entidade fez uma relação de assuntos pendentes, e as providências que estão sendo tomadas:

01- PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA ASSISTENCIAL: A PPI Assistencial iniciou em 2006, e apesar de haver unanimidade de que a mesma não atende todos os parâmetros que preconize uma nova organização dos serviços, permite, ao menos, a identificação dos tetos financeiros de cada Município, retirando do “ajuste CIB”, uma série de recursos incorporados há anos e que perderam referência e o sentido, representando muitas vezes aumento das desigualdades regionais. A PPI 2006/2007 possibilita ainda, que alguns Municípios recuperem recursos de financiamento de MACA (média complexidade) pactuados em 2002 com municípios de maior porte.

PROVIDÊNCIAS DO COSEMS: O COSEMS em conjunto com técnicos da SESPA e Ministério da Saúde, concluíram os relatórios. A PPI/2007 foi aprovada na última reunião da Comissão Intergestores Biparte - CIB realizada no dia 13 de setembro.

02- INCENTIVO FINANCEIRO ESTADUAL FUNDO-A-FUNDO AOS MUNICÍPIOS: A proposta tem como objetivo permitir o debate inicial entre os gestores, de acordo com o aceno feito pela Governadora, relativa à adoção de política de repasse financeiro fundo-a-fundo aos Municípios. A proposta levou em consideração dois grandes blocos: o primeiro tem como base fatores demográficos e espaciais. Os fatores demográficos estão relacionados à população total e a concentração da mesma na área rural e urbana. Os fatores espaciais adicionam sobre os valores demográficos, percentuais considerando as áreas territoriais dos municípios. O segundo bloco tem como base fatores sócio-econômicos e fatores de incentivos à implementação de estratégia relacionadas à cobertura de Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal. O grupo considera os fatores sócio-econômicos com parâmetros integrantes ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e ao Índice de Desenvolvimento na Infância (IDI). A proposta adotou como simulação os valores de programas da gestão anterior, agora extintos (Presença Viva/ Médico no Município).

PROVIDÊNCIAS DO COSEMS: A proposta foi consolidada e deverá ser formalmente apresentada à Secretaria de Saúde Pública do Estado para discussão.

03- CONTRA-PARTIDA ESTADUAL NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA: A política de Assistência Farmacêutica instituída por Portaria do Ministério da Saúde pactuou que o Governo Federal e do Estado seriam parceiros dos municípios na garantia de insumos para a assistência farmacêutica básica. Passados oito

meses, os municípios ainda não receberam do Gestor Estadual a contrapartida, que pode ser em medicamentos ou através de repasse direto de recursos financeiros.

PROVIDÊNCIAS DO COSEMS: Em audiência com a equipe gestora da SESPA, foi informado que a partir do final de agosto, o Estado estaria liberando os kits relacionados à contra-partida da farmácia básica, e a CIB decidiu que no próximo ano, os Municípios que optarem pela recepção direta dos recursos financeiros referente a contra-partida, estarão recebendo os mesmos fundo-a-fundo.

04- DEFINIÇÃO DOS MUNICÍPIOS PARA A RECEPÇÃO DOS RECURSOS DA PORTARIAS/GM nº 1624/2007: O Ministério da Saúde, dentro da política de implementação do pacto, publicou a Portaria nº 1.624/07, que objetiva distribuição de recursos adicionais para Atenção Básica aos Municípios, denominado de recursos para Compensação de Especificidades Regionais (CER), ao Estado do Pará foi previsto recursos da ordem de R\$ 7.400.000,00 (sete milhões e quatrocentos mil reais). Houve recomendação para que os recursos não sejam pulverizados e sim concentrados em Municípios com situação de saúde mais precária.

PROVIDÊNCIAS DO COSEMS: O COSEMS/PA pautou e apresentou a CIB proposta de que os recursos sejam distribuídos à Municípios com baixo IDH (Dados 2002). A proposta aprovada contempla 54 Município.

05- PLANO DE REGULAÇÃO E COMPLEXOS REGULATÓRIOS MUNICIPAIS: O Ministério da Saúde, através da Portaria MS/SAS nº 494/2006, estabeleceu incentivo financeiro para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores, prevendo para o Estado, o valor de R\$ 1.163.022,00 (Hum milhão, cento e sessenta e três mil e vinte e dois reais). Com base nesta portaria, a CIB deliberou, através da resolução nº 101 de 16 de Outubro de 2006, que os recursos seriam distribuídos para 31 municípios, sendo que 8 municípios serão considerados responsáveis pelos complexos reguladores e os demais terão recursos para montagem de central de regulação.

PROVIDÊNCIAS DO COSEMS: O COSEMS/PA pediu que o assunto fosse pautado na CIB de 13 de setembro de 2007, e fez proposta de redistribuição dos recursos para a inclusão de novos municípios. A proposta foi discutida por comissão técnica bipartite.

06 CIRÚRGIAS ELETIVAS: A segunda etapa do “Programa” de Cirurgias Eletivas, teve seus recursos liberados, encontrando-se 3/12 (três doze avos) disponibilizados no Fundo Estadual de Saúde, o montante para 12 meses é de R\$ 15.998.546,25 (quinze milhões, novecentos e noventa e oito mil e quinhentos e quarenta e seis reais e vinte e cinco centavos). Para a etapa em curso, o Ministério da Saúde disponibilizou R\$ 7.999.273,13 (sete milhões, novecentos e noventa e nove mil, duzentos e setenta e três reais e treze centavos). Há entraves que estão sendo resolvidos com a DDASS/SESPA.

PROVIDÊNCIAS DO COSEMS: O assunto foi objeto de reunião com equipe gestora da SESPA. O COSEMS/PA, recomenda que a próxima etapa

(2008) seja desenvolvida e encaminhada pelos Municípios, independente do projeto estadual, e assim os valores poderão ser recebidos fundo a fundo. Inclusive aconselhamos que os gestores, desde já, iniciem os novos projetos.

07- PLANOS DE ALTA COMPLEXIDADE: No ano de 2006, por determinação do Ministério da Saúde, o Estado, através da CIB aprovou os seguintes Planos de Alta Complexidade: Cardiovascular, Oncologia, Saúde Auditiva, Traumatologia e Nefrologia, além do Plano relacionado à Portadores de Necessidades Especiais. Até o momento os mesmos foram utilizados para possibilitar cadastro dos serviços existentes. Faltando definições de protocolos, fluxos e discussão com a área orçamentária da SESPA.

PROVIDÊNCIAS DO COSEMS: A Entidade deverá marcar discussão com a equipe gestora estadual e propor a implementação dos planos com definição de responsabilidade conjunta entre os Municípios e o Estado.

08- PACTO PELA SAÚDE: O Pacto pela Saúde teve agenda aprovada em 2006, sendo que no corrente ano foram iniciadas oficinas regionais. Com a mudança de parte da equipe da SESPA, as oficinas foram suspensas e a agenda será reavaliada. O COSEMS/PA entende e concorda com a reavaliação da agenda, pois falta o Estado definir os recursos disponibilizados para o pacto (ver entrevista com Dr. Gilson Carvalho) e como foi declarado pela Dra. Danielle Cavalcante, Diretora Técnica da SESPA, faltam definições operacionais mais detalhadas no instrumento final do pacto.

PROVIDÊNCIAS DO COSEMS: Será pautada na reunião da CIB do mês de setembro, após discussões com a Diretoria Técnica da SESPA.

09- PLANEJASUS (Sistema de Planejamento): Instituído por Portaria do Governo Federal, o PlanejaSUS tem recursos previstos de R\$ 648.729,00 (seiscentos e quarenta e oito mil, setecentos e vinte e nove reais) para o Estado do Pará, sendo tal montante objeto da Portaria MS/GM e 376/07.

PROVIDÊNCIAS DO COSEMS: O COSEMS/PA tratou do assunto com a SESPA, e deverá apresentar proposta na CIB para utilização de tais recursos.

10- DESPRECARIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO DOS ACS'S E EQUIPES DE PSF'S: O Ministério da Saúde, por meio de Portaria MS/GM nº 1761/07, adicionou valores destinados ao custeio da estratégia dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS - ver matéria) e o Governo Federal sancionou a Lei nº 11.350/07, que define normas para desprecarização dos vínculos laborais desta categoria.

PROVIDÊNCIAS DO COSEMS: A Entidade deverá promover seminários com autoridades do Estado e Juristas objetivando orientar os municípios na adoção de normas adequadas à Lei Federal 11.350/07.

11 OUTROS PONTOS: Além dos assuntos referenciados, a Entidade ainda tem trabalho com as seguintes pautas: cadastramento dos ACS's e equipes de PSF's no CNES/MS, TFD interestadual, treinamentos aos Municípios para processo do SIA/SIH unificado e problemas relacionados à Central Estadual de Consulta.

Dr. Raimundo Amorim, Secretário de Saúde de Rondon do Pará, fala da atual conjuntura dos Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família.

A atenção básica sem dúvida é o caminho que o SUS deve percorrer para melhorar a situação de saúde da população brasileira, tendo em vista, ter um menor custo financeiro, trabalhar com a prevenção de maneira geral, e por oferecer acessibilidade e proximidade ao usuário.

A Região Norte e o Estado do Pará, apesar das peculiaridades e dificuldades regionais em relação ao restante do país, também deve priorizar este nível de atenção, o qual está focado principalmente na Estratégia dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Saúde da Família.

Os trabalhos dos ACS's constituem a principal fonte de informação sobre as condições de saúde e sociais da população para os gestores municipais e através dos quais são elaboradas diversas ações para atendimento prevenção e promoção na área da saúde. A Lei Federal nº 11.350, que regulamentou a função de ACS e Agentes de Endemias veio desprezar os contratos de trabalho e garantir estabilidade nas formas da lei. Nada mais justo, a importância destes trabalhadores dentro do Sistema Único de Saúde, porém os custos dos encargos trabalhistas e previdenciários ainda continuam com os municípios. Até a recente publicação pelo Ministério da Saúde da portaria 1.761, de 24 de julho de 2007, na qual estabelece um "plus" adicional para o programa de ACS e passando a ter valor mensal de R\$ 532,00 (quinhentos e trinta e dois reais) por agente, pois bem, se este adicional for para remuneração da categoria, o Ministério da Saúde está desconsiderando a Lei de Responsabilidade Fiscal e a LDO, as quais os municípios devem obedecer, pois ocorrerá um aumento no orçamento de gasto com pessoal que não estava previsto e elevação nos gastos financeiros, pois os encargos trabalhistas aumentaram proporcionalmente. Caso este recurso a mais seja para aplicar no bloco da atenção básica, com foco no ACS's, no que diz respeito a encargos sociais, uniformes, materiais de trabalho, transporte e melhoria nas condições de trabalho, a portaria não teve clareza e



objetividade, deixando dúvidas, por isso, recomendo aos gestores municipais seguir a recomendação do CONASEMS sobre o assunto. Em Rondon do Pará foi criado o cargo de Agente Comunitário de Saúde através de Lei Municipal sancionada pelo Prefeito, estando os ACS's recebendo seus direitos trabalhistas e previdenciários.

O Programa de Saúde da Família, hoje Estratégia de Saúde da Família, no Estado do Pará passa por grandes dificuldades no seu funcionamento. De um lado há normativas para estruturação física das unidades, profissionais cadastrados e funcionamento, e do outro lado, temos o limite com gasto de pessoal, escassez de recursos municipais, ausência de contrapartida do estado, valores repassados pelo Ministério da Saúde defasados para a realidade, alto custo no salário dos profissionais de nível superior associado à ausência de perfil para o PSF. Os municípios não estão conseguindo fixar os profissionais de PSF da zona urbana, tornando-se quase impossível a fixação dos mesmos na zona rural, havendo uma grande rotatividade, inviabilizando a integração

com a comunidade, que é um dos princípios do programa. A zona rural é a mais prejudicada, pois sem profissionais, não poderá haver Unidade de Saúde da Família, sendo que os municípios que têm recursos ou os que conseguem otimizar os mesmos, constroem pequenos postos de saúde em áreas rurais onde trabalha um técnico de enfermagem que desenvolve atividades inerentes a sua profissão e a população tem que percorrer grandes distâncias para chegar a sede do município e receber atendimento, haja visto que a grande extensão territorial da maioria dos municípios paraenses.

Há 03 anos estou na função como Secretário Municipal de Saúde, e neste período não solicitei expansão de equipes de PSF, procurei implementar a estrutura física e o funcionamento das unidades existentes, associado à implantação de Equipes de Saúde Bucal nas mesmas, pois expandir algo que não vai bem, parece-me um contra-senso, espero que futuramente este quadro se modifique favoravelmente, por enquanto prefiro aguardar.

EVENTOS

Confira as Conferências Municipais a serem realizadas:

✍ **Garrafão do Norte:** No período de 28 e 29/09/2007.

✍ **Igarapé Açú:** No dia 26 de Setembro de 2007.

✍ **Barcarena:** Nos dias 09 e 10 de outubro de 2007.

✍ **Tucumã:** No período de 27 e 28 de Setembro de 2007.

ATENÇÃO

O Conselho Estadual de Saúde, através da Resolução nº 28 de 14 de Agosto de 2007, transferiu a data da realização da 8ª Conferência para 04 e 05 de Outubro de 2007. Que será realizado no Centro de Cultura - Seminário Pio X, em Ananindeua. Os Municípios devem ficar atentos ao calendário estabelecidos para encaminhamento da relação dos delegados indicador e comproção dos documentos probatórios da realização da etapa municipal.

RESOLUÇÕES CIB/PA

A Comissão Intergestores Bipartite deliberou no mês de Junho as seguintes aprovações:

◆ **Resolução nº 039/07:** Plano Operativo do Hospital Divina Providência no Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos;

◆ **Resolução nº 040/07:** O Termo de Adesão ao PHPN dos Municípios de Bagre, Nova Timboteua e Santa Luzia do Pará;

◆ **Resolução nº 041/07:** Expansão de PACS e PSF dos Municípios de Curuçá, Nova Timboteua, Santa Cruz do Arari e Salvaterra;

◆ **Resolução nº 043/07:** Implantação e Expansão de Equipes de Saúde Bucal nos Municípios de Abaetetuba, Belém, Benevides e Nova Esperança do Pirirá;

◆ **Resolução nº 044/07:** Habilitação de Centros Especializados Odontológicos no Município de Belém;

◆ **Resolução nº 045/07:** Certificação do Município de Concórdia do Pará à gestão das ações de Vigilância em Saúde;

◆ **Resolução nº 046/07:** Projeto de Implantação do Serviço de Atendimento Domiciliar ao Idoso do Município de Castanhal;

◆ **Resolução nº 047/07:** Projeto de Implantação de um Centro de Atenção Psicossocial, tipo I, do Município de Bujaru;

◆ **Resolução nº 053/07:** Proposta de alteração do Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite - CIB/PA.