

# Saúde nas escolas, nas ruas e para todos

O modelo assistencial de saúde do Distrito Federal deverá dar uma guinada durante a administração do Governo Democrático Popular, com resultados qualitativos que poderão ser comprovados ao final da gestão Cristovam Buarque. Nossa intenção é concretizar a completa implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). O REMA (Reformulação do Modelo de Atenção à Saúde no DF) é apenas uma das transformações exigidas para essa efetivação do SUS. Ele deverá, inclusive, sofrer adequações e correções, que já estão previstas, para melhor responder às necessidades de um sistema de saúde mais próximo daquele que almejamos.

A situação da Secretaria de Saúde é

hoje satisfatória para desenvolver um projeto de reestruturação do sistema de saúde. Ao contrário de há alguns anos, a Secretaria encontra-se financeiramente saneada, com pagamento de contas em dia e assegurados os recursos materiais mínimos para o bom funcionamento da rede.

Devemos agora concentrar esforços no sentido de ampliar a toda a população os serviços de saúde oferecidos pela rede pública e corrigir as distorções onde elas existam. Para isso, a Secretaria de Saúde deverá intervir, tendo sempre em mente o SUS, mas com uma visão atualizada e compatível com o que é particular no Distrito Federal. Temos o dever de marcar com eficiência a assistência à saúde no DF. E isso se dará também com a participação da comunidade, por meio dos Conselhos de Saúde e Conselhos Gestores.

Essas mudanças não acontecerão através de um passe de mágica. Elas exigem não só decisões políticas, mas também captação de recursos financeiros e orçamentários, seja através de parcerias com setores governamentais e



Arquivo

não-governamentais, seja com o apoio de órgãos institucionais. Vamos buscar, inclusive, a definição do papel de estados e municípios do Entorno, responsáveis por 40% do atendimento médico prestado pela rede pública do DF, no sentido de estabelecer consórcios e câmaras de compensação, além de a organização de serviços básicos nessas localidades.

Para a gestão efetiva do SUS já estamos trabalhando para a regulamentação imediata do Fundo de Saúde, que vai permitir uma maior autonomia de nossa parte, com critérios de investimentos que respeitem as reais necessidades da população do DF. Já estamos buscando

**Devemos agora concentrar esforço para ampliar a toda a população os serviços de saúde oferecidos pela rede pública e corrigir distorções**

mecanismos de diálogo com o Governo Federal para a contratação dos profissionais concursados, o que acabaria com a defasagem em termos quantitativos de recursos humanos na rede.

Porque executar uma política de saúde capaz de contribuir para a melhoria da qualidade de vida requer também recursos humanos motivados, valoriza-

dos e com condições de trabalho que os leve à satisfação da prestação dos serviços e ao reconhecimento da sociedade.

No que diz respeito especificamente à reestruturação da rede, em menos de 15 dias de trabalho, já tomamos algumas decisões específicas. Uma das principais é ampliação para toda a rede do Samed (Serviço de Atendimento Médico e Domiciliar), que prevê o atendimento em casa, de pacientes com dificuldade de locomoção. Este é, inclusive, o primeiro passo para implantarmos no DF o programa Saúde da Família que se trata, na realidade, de uma equipe multidisciplinar que será responsável pelo atendimento à saúde rotineiro de sua comunidade, deixando para os hospitais os casos mais graves.

Além dessas e outras medidas específicas, nosso governo vem desenvolvendo uma política intersetorial de serviços básicos que já está se refletindo na melhoria global da qualidade de vida do DF. Porque a Frente Democrática Popular tem a consciência de que saneamento básico, pavimentação de ruas, acesso à alimentação, à educação e à segurança são, acima de tudo, questões de saúde pública.

*Maria José Maninha secretária de Saúde do Distrito Federal*

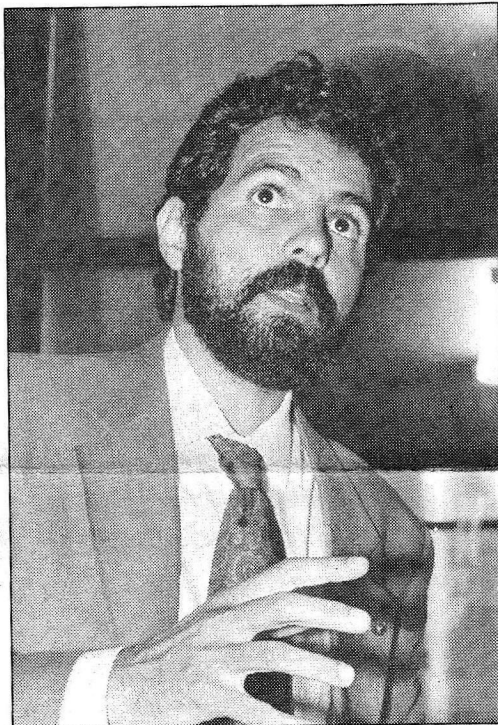
## Questão prática e urgente

O Sistema de Saúde Pública do DF tem consideráveis fôlegos e vigor. Temos uma boa rede física, profissionais qualificados, as finanças, grosso modo, saneadas, e isso nos dá o potencial para implantar com sucesso um sistema público de boa qualidade. O problema básico a ser enfrentado é a recuperação da credibilidade do sistema, vitimada pela deterioração a que foi submetido durante muitos anos. Do ponto de vista de legislação e de elaboração teórica, temos hoje um bom cabedal. O que é necessário é que isso se traduza em medidas práticas, urgentes, pois a saúde das pessoas não pode esperar. É fundamental decisão política e prioridade de governo, com atitudes práticas que ajudem a devolver essa credibilidade necessária para melhorar a saúde pública em toda a linha.

A primeira atitude é fazer com que a porta de entrada no sistema deixem de ser os Prontos-Socorros. Cerca de 40% dos pacientes ali atendidos vêm de fora do DF, e vão ao Pronto-Socorro porque

sabem que ali, mesmo com demora, terminam sendo atendidos. Casos menos graves se acotovelam com os gravíssimos, dividindo a atenção dos profissionais de saúde entre pacientes politraumatizados ou em coma, com outros com pequenos abscessos ou pequenos cortes. O resultado é a superlotação, pacientes deitados no chão, péssimas condições de espera e o desvirtuamento da função daquelas unidades, que deveriam se concentrar nos casos de urgência, de risco de vida.

Mas não basta uma rigorosa triagem; é preciso dar alternativas para que esses casos sejam atendidos em outro local. Para isso, é preciso melhorar as condições dos Centros de Saúde para que possam receber esses pacientes, dotá-los de melhores equipamentos, de maior número de profissionais, melhorar o poder de resolutividade do Centro. Até que os Centros de Saúde, no conjunto do DF, adquiram essas condições, é preciso criar Unidades de Pronto Atendimento que funcionem 24 horas por dia, localizadas em todas as satélites, nas quais, por exemplo, um paciente com um pequeno corte na mão ou que precise drenar um abscesso seria atendido. Essas unidades não necessitam de um grande aporte de recursos. Poderiam ser instaladas em locais já existentes, como o prédio do



Arquivo

PAM, que a FHDF recebeu do Inamps, em Taguatinga, onde poderia funcionar a unidade daquela satélite. À medida em que se dê maior poder de resolutividade aos Centros Saúde, essas unidades iriam se esvaziando naturalmente, pois o usuário preferia ser atendido perto de suas casas.

Outro ponto de destaque nessa recuperação da credibilidade do sistema está numa acertada política de recursos humanos. Sem recursos humanos motivados e qualificados, não há possibilidade de se desenvolver uma política de

saúde adequada. É necessário que haja incentivos científicos, na forma de treinamento e reciclagem permanentes, uma política de carreira que permita o crescimento pessoal, mas também incentivos materiais. Quem trabalha mais deve ganhar mais. O nivelamento por baixo

**Quem trabalha mais deve ganhar mais. O nivelamento por baixo acaba desestimulando quem trabalha**

acaba desestimulando quem trabalha. Tem de ser propiciado um mecanismo criativo de avaliação, que leve em consideração a quantidade e a qualidade do trabalho dos profissionais, e que não pode se restringir a uma simples medição de procedimentos, mas associar isso com o cumprimento das metas dos serviços e a resolução dos problemas da população.

Ademais, Brasília é um agrupamento muito heterogêneo, e tem de ter políticas específicas para cada local. Não adianta ter, como hoje, nos assentamen-

tos, o mesmo modelo e programas de saúde do Guará ou do Plano Piloto. Realidades econômicas, sócio-culturais e epidemiológicas distintas, exigem soluções diferenciadas. Nas comunidades mais carentes, é necessário sair de uma atitude passiva de atenção à saúde para uma atitude ativa. Ao invés de apenas receber os pacientes nos Centros, é preciso ir ao encontro da população, de forma multidisciplinar, para identificar os problemas de saúde e preveni-los. Utilizar fartamente modelos como o dos Agentes de Saúde e Médicos de Família, que respondem melhor às necessidades sanitárias dessas comunidades.

Temos indicadores de saúde extremamente positivos no DF, como a cobertura vacinal, a atenção pré-natal e assistência hospitalar ao parto em praticamente 100% das mulheres grávidas, e uma das menores taxas de mortalidade infantil (21 por mil, enquanto a média nacional é de 45 por mil). Mas isso não é suficiente. O sistema público de saúde só poderá ser considerado bom se o grau de satisfação do usuário assim o indicar. Esse é o principal indicador hoje. A população só vai defender o sistema de saúde pública e lutar se ele for de boa qualidade. Ao resolver os problemas de saúde, não podemos considerar que estamos fazendo gastos, mas sim se investindo no desenvolvimento humano, aumentando a integração das pessoas à cidadania.

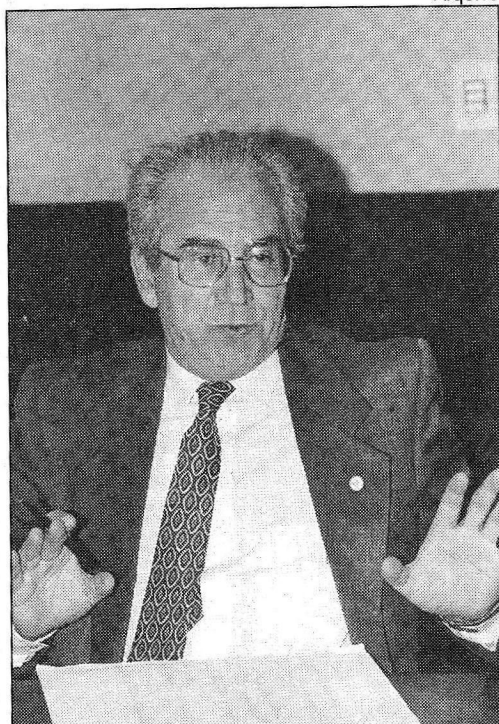
*Agnelo Queiroz é médico e deputado federal pelo PC do B-DF*

## JOFRAN FREJAT

No Brasil, como na maioria dos outros países, a Previdência Social desempenhou o mais importante papel, tanto na ampliação da cobertura assistencial à população como no surgimento de hospitais modernos, com novo enfoque assistencial, novos equipamentos, e aprimoramento do ensino médico através de residências médicas, cursos de especialização, etc. Se por um lado houve esse progresso, por outro, ocorreu uma centralização de comando e ações que só agora está sendo alterado.

O fortalecimento da medicina assistencial e da moderna educação médica não só ampliaram o atendimento, a investigação científica, como principalmente permitiram identificar a necessidade de integralização das ações de saúde. Ficou gritante a dicotomia entre a medicina preventiva e a curativa. Crescia cada vez mais a medicina assistencial, que exigia mais e mais recursos. Era a luta contra os efeitos sem uma contrapartida na contenção das causas.

Fazia-se necessário quebrar esse círculo vicioso. O entrelaçamento da Previdência, Saúde e Educação Médica pavimentou o caminho que, a duras penas, reduziu na proposta de universalização e integralização da assistência à saúde. Mais uma vez o exemplo da Previdência, ampliando seus benefícios a setores não contemplados, serviu de referência para proposta semelhante na saúde. Não só de referência, mas também e, principal-



Arquivo

mente, de suporte financeiro.

Exemplo das experiências pioneiras foram o Plano de Saúde do Distrito Federal e o modelo de Integração Docente Assistencial da Universidade de Brasília, na cidade satélite de Sobradinho. Ambos avançaram na universalização e integralização de assistência e ultrapassaram resistências inimagináveis. Embora com tantos obstáculos a ultrapassar, acabou por prevalecer a nova idéia que trazia no seu bojo, além da universalização e do atendimento integral à saúde, a hierarquização do sistema, a descentralização do comando das ações de saúde e a participação cada vez maior da comunidade nas decisões.

É um retorno da responsabilidade aos estados e municípios, em outros modlles. Agora como direito e não como "caridade".

É evidente que a passagem de um processo centralizado para um descentralizado é frequentemente penoso. A transferência de poder político, econômico e de

**Algumas medidas precisam ser definidas, como, por exemplo, a fonte de custeio e seu montante**

comando esbarra em inúmeros interesses que exige paciência na sua consecução. A simples definição constitucional ou de outras leis criando um Sistema Único de Saúde não significa o seu funcionamento prático imediato. Na verdade cria um objetivo a ser alcançado. Etapas terão de ser vencidas a exemplos bem sucedidos seguidos.

De qualquer forma, com todos os defeitos e distorções existentes no atual sistema, se compararmos o acesso da população aos serviços da saúde, com aquele dos anos 40 fica evidente a ampliação da cobertura assistencial à população.

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde ainda tem muitas etapas a vencer. Erros têm sido cometidos na sua execução. Não deve entretanto, servir de desestímulo, apesar das tentativas de desacreditá-lo.

Algumas medidas necessitam ser definidas, como, por exemplo, a fonte de custeio e o seu montante. A participação da União, dos estados e municípios, com recursos de sua receita de impostos, tem de ficar claramente estabelecida, justificável pela necessidade de dar assistência a quem não contribui para a seguridade social. Da mesma forma os contribuintes desta última devem ter parcela da sua contribuição individualizada e especificada para a saúde, a fim de evitar que o setor saúde continue implorando por recursos que são de direito, mas não são de fato.

O Distrito Federal foi pioneiro no Brasil, nessa implantação, feita em minha administração. Regionalizou-se, hierarquizou-se e descentralizou-se as ações de saúde com a construção de Centros de Saúde, os Hospitais de Ceilândia, Asa Norte, e o Hemocentro, o Hospital de Apoio, etc. Instituiu-se programas que melhoraram substancialmente todos os índices de mortalidade, morbidade e vacinação. Foram criados os hoje populares agentes de saúde. Enfim, foi criado um modelo que, lamentavelmente, vem sendo deteriorado.

Ficou, entretanto, uma lição: é possível fazer-se um bom sistema público de saúde e atender, com dignidade, os nossos condações. Para tanto bastam vontade política, engenho e arte.

*Jofran Frejat é deputado federal pelo PPB e ex-secretário de Saúde do DF*

## É possível fazer um bom sistema de saúde

Até a década de 40 a saúde pública no Brasil era voltada para o saneamento básico e para campanhas de controle das doenças transmissíveis. A necessidade de sanear o País e seus portos, para permitir o comércio exterior, teve como resultado o Brasil de Manguinhos, Oswaldo Cruz e contemporâneos que promoveu a medicina brasileira no combate às principais endemias e epidemias.

Os estados e municípios prestavam assistência médica, por um sistema público, através de Prontos-Socorros, auxiliados pelas Santas Casas que, por "caridade" assistiam os loucos, desvalidos, infectados ou moribundos. Apenas uma pequena parcela detentora de recursos, dispunha de assistência pelos profissionais liberais e hospitais privados.

O pós-guerra, trazendo em sua esteira a declaração dos direitos humanos e os organismos internacionais, desembocou na criação dos primeiros serviços de saúde que permitisse a ampliação de cobertura assistencial à população, principalmente nos países subdesenvolvidos.