



# **Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS**

## **Atividades e Resultados**

Abril de 2005 a abril de 2006

## Equipe de elaboração

### Organização

Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva

Gisele Onete Marani Bahia

### Colaboradores

Adriane Cruz

Déa Mara Carvalho

Gisele Onete Marani Bahia

Júlio Strubing Müller Neto

Lore Lamb

Márcia Cecília Huçulak

Regina Helena Arroio Nicoletti

René José Moreira dos Santos

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Vanessa Pinheiro Borges

Viviane Rocha de Luís

### Revisão

Gisela Avancini

Valdinea Silva

### Projeto Gráfico

Fernanda Goulart

### Arte final

Fernanda Goulart

Danielle Torrico

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.  
Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS. Atividades e Resultados. Abril de 2005  
a abril de 2006./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde.  
– Brasília : CONASS, 2006.  
136 p. (CONASS Documenta ; 11)

ISBN 85-89545-04-0

SUS (BR). 3. Relatório de Gestão. I. Título. II. Série.

NLM WA 525

**Presidente**

Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva

**Vice-Presidentes**

Fernando Passos Cupertino de Barros - GO

Fernando Agostinho Cruz Dourado - PA

Jurandi Frutuoso Silva - CE

Luiz Roberto Barradas Barata - SP

Osmar Gasparini Terra - RS

**Vice-Presidentes Adjuntos**

Milton Luiz Moreira - RO

Helena Maria Duailibe Ferreira - MA

Marcos Henrique Machado - MT

Anselmo Tose - ES

Cláudio Murilo Xavier - PR

**Comissão Fiscal do CONASS**

TITULARES

Matias Gonsales Soares - MS

Marcos Henrique Machado - MT

Luiz Eduardo Cherem - SC

SUPLENTES:

Uilton José Tavares - AP

Gismar Gomes - TO

Wilson Duarte Alecrim - AM

**Diretorias Extraordinárias**

ATENÇÃO PRIMÁRIA:

Jurandi Frutuoso Silva - CE

PROCESSO NORMATIVO DO SUS:

Luiz Roberto Barradas Barata - SP

RELAÇÕES INTERINSTITUCIONAIS:

Gilson Cantarino O'Dwyer - RJ

ASSUNTOS PARLAMENTARES:

Kátia Born - AL

SANEAMENTO E MEIO AMBIENTE:

Gentil Alfredo Magalhães Duque Porto - PE

ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS

E SISTEMAS DE SAÚDE:

José Antônio Alves - BA

**Representantes junto ao Conselho Nacional de Saúde (CNS)**

TITULAR

Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva

1º SUPLENTE

Gilson Cantarino O'Dwyer - RJ

2º SUPLENTE

Júlio S. Müller

René José Moreira dos Santos

Carmem Emilia Bonfá Zanotto

**Representante junto ao Conselho Consultivo Suplementar da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)**

TITULAR

Tatiana Vieira Souza Chaves - PI

SUPLENTE

Kátia Born - AL

**Representante junto à Câmara de Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**

TITULAR

Fernando A. Cruz Dourado - PA

SUPLENTE

Ruy Pereira - RN

**Representante junto ao Conselho de Administração da Organização Nacional de Acreditação (ONA)**

TITULAR

José Lima Santana - SE

SUPLENTE

Reginaldo Tavares de Albuquerque - PB

**Representante junto ao Mercosul**

TITULAR

Osmar Gasparini Terra - RS



**Secretário Executivo**

Ricardo Scotti (até 30 de junho de 2005)

René José Moreira dos Santos (a partir de julho de 2005)

**Secretários Estaduais de Saúde**

AC – Suely de Souza Mello da Costa  
AL – Kátia Born  
AP – Uilton José Tavares (até 8 de fevereiro de 2006)  
AP – Aberlado da Silva Vaz  
AM – Wilson Duarte Alecrim  
BA – José Antônio Rodrigues Alves  
CE – Jurandi Frutuoso Silva  
DF – José Geraldo Maciel  
ES – Anselmo Tose  
GO – Fernando Passos Cupertino de Barros  
MA – Helena Maria Duailibe Ferreira  
MG – Marcus Vinicius Caetano Pestana da Silva  
MS – Matias Gonsales Soares  
MT – Marcos Henrique Machado (até 28 de julho de 2005)  
MT – Augustinho Moro  
PA – Fernando Agostinho Cruz Dourado  
PB – Reginaldo Tavares de Albuquerque  
PE – Gentil Alfredo Magalhães Duque Porto  
PI – Tatiana Vieira Souza Chaves  
PR – Claudio Murilo Xavier  
RJ – Gilson Cantarino O’Dwyer  
RN – Ruy Pereira  
RO – Milton Luiz Moreira  
RR – Eugênia Glaucy Moura Ferreira  
RS – Osmar Gasparini Terra  
SC – Luis Eduardo Cherem  
SE – José Lima Santana  
SP – Luiz Roberto Barradas Barata  
TO – Gismar Gomes

**Assessoria Técnica**

Déa Mara Carvalho  
Gisele Onete Marani Bahia  
Júlio Strubing Müller Neto  
Lore Lamb  
Márcia Cecília Huçulak  
Regina Helena Arroio Nicoletti  
René José Moreira dos Santos  
Rita de Cássia Bertão Cataneli  
Viviane Rocha de Luis

**Comunicação Social**

Adriane Cruz (estagiária)  
Vanessa Pinheiro Borges

**Apoio Administrativo**

Adriano Salgado de Farias  
Carolina Abad Cunha  
Júlio Barbosa de Carvalho Filho  
Luciléia de Souza Santos (até janeiro de 2006)  
Luciana Toledo Lopes  
Paulo Raimundo de Paiva Abués Carneiro (até fevereiro de 2006)  
Sheyla Cristina Ayala Macedo

## **Ex-Presidentes do CONASS**

Adib Jatene – São Paulo (1982-1983)  
Germano Bonow – Rio Grande do Sul (1983)  
Leônidas Ferreira – Rio Grande do Norte (1983-1984)  
Luiz Eduardo Carneiro – Pará (1984-1985)  
Ronei Ribeiro – Goiás (1985-1987)  
Laércio Valença – Distrito Federal (1987)  
Luiz Umberto – Bahia (1987-1988)  
Antenor Ferrari – Rio Grande do Sul (1988-1989)  
Nélson Rodrigues dos Santos (Nelsão) – São Paulo (1989-1990)  
Pedro Melo – Rio Grande do Norte (1990)  
Luiz Gonzaga Bulhões – Rio Grande do Norte (1990-1991)  
Lúcio Alcântara – Ceará (1991-1992)  
Zuca Moreira – Paraíba (1992)  
Benício Sampaio – Piauí (1992-1994)  
Danilo Campos – Pernambuco (1994-1995)  
José Wanderley Neto – Alagoas (1995-1996)  
Armando Raggio – Paraná (1996-1997)  
Rafael Guerra – Minas Gerais (1997-1998)  
Júlio S. Müller – Mato Grosso (1998-1999)  
Tancredo Soares – Amazonas (1999)  
Anastácio Queiroz – Ceará (1999-2000)  
Fernando Passos Cupertino – Goiás (2000-2003)  
Gilson Cantarino O'Dwyer – Rio de Janeiro (2003-2005)



# SUMÁRIO PG

<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>9</b>
	<b>15 EIXOS NORTEADORES DAS AÇÕES</b>
<b>ATIVIDADES E RESULTADOS</b>	<b>19</b>
Financiamento da Saúde	<b>21</b>
Eventos promovidos pelo CONASS	<b>35</b>
Comunicação Social do CONASS	<b>63</b>
Fortalecimento das Secretarias Estaduais de Saúde	<b>75</b>
Novo Pacto de Gestão	<b>89</b>
Política Nacional de Assistência Farmacêutica	<b>101</b>
Câmaras Técnicas do CONASS	<b>107</b>
Gestão Financeira	<b>119</b>
Modernização da Estrutura Interna do CONASS	<b>123</b>
Participação em Eventos Internacionais e Parcerias Estabelecidas	<b>127</b>
	<b>133 ANEXOS</b>



# APRESENTAÇÃO





## Mensagem do presidente do CONASS, Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva

Não é uma tarefa fácil traduzir em palavras o que significa e significou ter sido, por um ano, o presidente do CONASS, entidade reconhecida pela riqueza de sua agenda de trabalho e pelo compromisso em concretizar as políticas de interesse e de necessidade da população.

O desafio em dar continuidade e avançar no caminho já percorrido pelas gestões anteriores, pela Secretaria Executiva do CONASS, mantendo a respeitabilidade, político-técnica, a transparência nas ações e o respeito pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da democracia.

O CONASS, ao longo de mais de duas décadas, tem demonstrado no âmbito das políticas públicas um posicionamento firme, coerente com o Pacto Federativo e com a Constituição Federal de 1988. Portanto, representar o colegiado dos atuais gestores estaduais implica dar continuidade aos ideais de todos aqueles que passaram por essa entidade.

Coube à Diretoria eleita trilhar por este caminho e, no espaço de um ano, com o apoio dos demais gestores estaduais, estabelecer a estratégia de potencializar o papel do CONASS como agente democrático, suprapartidário e transformador de políticas em defesa da vida e do SUS.

No momento da posse, disse aos presentes, parafraseando o mineiro Guimarães Rosa, que **“viver é perigoso na travessia do imenso sertão e da vereda”**. No dia-a-dia, como gestores de saúde, constatamos o quanto vivemos perigosamente. A cada momento, diante de cada desafio que se impõe na garantia do acesso da população às ações e aos serviços de saúde. Também constatamos que vale a pena viver perigosamente, quando a luta é pela consolidação de um sistema público de saúde que busca garantir os direitos de cidadania e dignidade a todos os brasileiros. Não é possível imaginar cidadania plena sem uma saúde de qualidade.

Esta Diretoria sente-se honrada em ter fortalecido o CONASS nessa construção histórica e emblemática, que é o Sistema Único de Saúde. Não há no mundo nenhum Sistema de Saúde tão complexo como o nosso, nem que defenda com tamanha tenacidade os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade.

As conquistas alcançadas pelo SUS devem ser valorizadas. O SUS se constitui como o maior programa de inclusão social do Brasil, em um país de enorme extensão territorial, marcado pelas desigualdades sociais, econômicas, demográficas e sanitárias. Aos menos ousados, as barreiras e os obstáculos que surgem diariamente podem parecer intransponíveis.

Não se trata de utopia. Sabemos o SUS que possuímos e que há ainda um longo caminho a ser percorrido para se atingir o SUS Constitucional. E será sempre preciso refletir que o processo saúde–doença é um amargo fruto da ausência de equidade social. Os níveis de pobreza da população, a falta de condições adequadas de moradia, as dificuldades de acesso à educação e ao mercado formal de trabalho atuam severamente sobre a saúde física e mental do cidadão.

O que nos move em busca de soluções no cotidiano da nossa prática é, sem dúvida, a angústia e a capacidade de se indignar diante de qualquer sofrimento dos usuários dos serviços de saúde, pois temos certeza de que esse povo brasileiro merece ter seus direitos humanos e civis reconhecidos, e a saúde é um dos mais nobres direitos de cidadania.

Temos afirmado constantemente que o Sistema Único de Saúde dá certo. Contradizemos aqueles que, desconhecendo as dificuldades inerentes ao Sistema, propagam uma visão do SUS como “caótico”. O CONASS combate esse diagnóstico e considera-o equivocado.

Estamos cientes de que é preciso melhorar a gestão e a gerência do SUS; diminuir as filas de espera nos serviços; capacitar os recursos humanos; trabalhar de forma intersetorial e intra-setorial; otimizar os recursos disponíveis; sair da lógica da ditadura imposta pela oferta de serviços e de interesses outros para a de atender às necessidades de saúde da população; implementar um modelo descentralizado e regionalizado; organizando fortemente as ações da Atenção Primária e integrando-a aos demais níveis da atenção; privilegiar as ações de promoção e de prevenção à saúde. É nesse processo que o CONASS se insere e considera que o SUS é demasiadamente jovem, entretanto, bastante promissor.

Urge a necessidade básica de socializar os balanços positivos, as qualidades desse Sistema para que toda população possa utilizá-lo e defendê-lo. É importante que a sociedade possa saber que o SUS realiza aproximadamente 12 milhões de internações por ano, 153 milhões de consultas médicas, 2 milhões de partos, que os programas de imunização têm apresentado resultados altamente positivos na redução da morbimortalidade. O Brasil é reconhecido mundialmente como o país que mais avançou na luta e no controle da epidemia da Aids. As ações de prevenção, de controle e de assistência aos portadores de HIV/Aids, por nós desenvolvidas, têm sido referência para vários países. Em relação a transplantes de órgãos, o Brasil ocupa, em números, o segundo lugar do mundo. De igual forma, devemos divulgar os obstáculos que atuam e impedem gestões mais eficazes e produtivas.

Embora cada nível de gestão possua prerrogativas e autonomia política e administrativa, embora seja legítimo que cada um tenha linha própria de trabalho, há espaços comuns de cooperação técnico-financeira a serem explorados. É benéfico exercitar o senso crítico para corrigir alguns rumos e melhorar as políticas públicas.

Não poderíamos deixar de mencionar o grave problema relacionado ao subfinanciamento que vem ocorrendo no setor Saúde. Ao reportarmos a história desse processo, torna-se nítido e notório um decréscimo no orçamento federal para o setor.

Quando da implantação do SUS, o Sistema deveria receber o mínimo correspondente a 30% do orçamento da Seguridade Social, excluído o seguro-desemprego, e isso não aconteceu. Se prevalecesse essa lógica, para o ano de 2004, teríamos aproximadamente R\$ 67 bilhões para o setor Saúde. Entretanto, o orçamento do Ministério da Saúde executado em 2005 foi de R\$ 40,7 bilhões, gerando estrangulamentos no acesso da população aos procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar e medicamentos de dispensação em caráter excepcional.

Estudos do CONASS indicaram um déficit de R\$ 4.7 bilhões ao ser analisado o projeto de Lei Orçamentária Anual, apresentado na Câmara dos Deputados, que previa cerca de R\$ 43.6 bilhões para o ano de 2006. Motivo suficientemente forte para que a Diretoria do CONASS buscasse apoio e parcerias com outros atores, realizando grandes mobilizações com o Congresso Nacional, sensibilizando-os para a grave situação e o enorme risco de desassistência da população, caso fossem mantidos os valores iniciais e constantes no Projeto de Lei Orçamentária para 2006.

Ao considerar-se a crise anunciada, na Assembléia dos Secretários Estaduais, elegemos várias prioridades, dentre elas a instituição de um processo de repolitização do SUS, o que implicou: lutar pela melhoria do financiamento do orçamento de 2005 e pelo estabelecimento de novas bases financeiras para 2006; revisão da alocação dos recursos federais; defesa da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29; redefinir a política de Assistência Farmacêutica; reorganizar a Atenção Primária a fim de promover saúde; investir na política de recursos humanos; fortalecer as Secretarias Estaduais de Saúde (SES); e participar ativamente da elaboração de um Pacto Político entre os gestores que incluísse: o Pacto pelo SUS, o Pacto pela Vida e o Pacto de Gestão com claras definições das responsabilidades sanitárias para os três gestores do SUS.

Em relação às outras atividades desenvolvidas pelo Conselho Nacional de Secretários, apresentamos este Relatório de Gestão, mencionando sinteticamente que buscamos dar continuidade aos convênios existentes e estabelecer outros; definir as contribuições financeiras das SES, para incremento de projetos especiais de fortalecimento destas; dinamizar as relações entre os gestores estaduais; aprimorar a área de Assessoria de Comunicação Social; realizar seminários para troca de experiências entre as Secretarias Estaduais de Saúde, visando fomentar a cooperação horizontal; trabalhar no fortalecimento das Câmaras Técnicas do CONASS; investir na infraestrutura da Secretaria Executiva do CONASS; fortalecer parcerias com organismos nacionais e internacionais e participar de importantes eventos nacionais e internacionais defendendo o Sistema Único de Saúde.

Destacamos a parceria do CONASS com o jornal *O Globo* na realização, no Rio de Janeiro, nos dias 13 e 14 de março, do *Fórum "Saúde e democracia – uma visão de futuro para o Brasil"*, no qual tivemos a oportunidade de discutir as perspectivas do Sistema Único de Saúde a partir das eleições presidenciais. Ocasão em que ocorreu a Feira denominada "O SUS que dá certo" com exposições das experiências exitosas dos Estados.

Estamos confiantes da contribuição deste evento para a inclusão do SUS na agenda política, além de envolver e de sensibilizar a sociedade civil organizada.

Ressaltamos e agradecemos aos nossos interlocutores e parceiros; ao Ministério da Saúde (MS); ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems); ao Conselho Nacional de Saúde (CNS); à Organização Pan-americana de Saúde (Opas) – Representação Brasil; ao Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef); à Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (Unesco), à Frente Parlamentar de Saúde; ao Ministério Público Federal; ao Congresso Nacional; às instituições de ensino e pesquisa; à Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco); ao jornal *O Globo*; aos prestadores de serviços da rede SUS; às equipes técnicas das Secretarias Estaduais de Saúde (SES); a todos profissionais e usuários do SUS; e aos demais colaboradores eventuais.

Esta Diretoria agradece ao secretário executivo do CONASS, aos assessores técnicos e aos funcionários do apoio administrativo pela presteza, pela competência, pela ética, pela solidariedade e pelo empenho no cumprimento dos trabalhos.

Finalmente, agradeço, em nome da Diretoria, aos Secretários Estaduais de Saúde pela presença, pela atuação, pela solidariedade, pela cooperação e pela confiança depositada em nosso trabalho.

E, em meu nome, agradeço pela oportunidade de presidir o CONASS e dizer que, **“sem temor, fiz a travessia do imenso sertão e da vereda”**. Tenho o sentimento de dever cumprido, que só foi possível porque, em nenhum momento dessa travessia, me senti sozinho.

**Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva**

**EIXOS NORTEADORES  
DAS AÇÕES**





## Eixos norteadores das ações

Ao considerar-se que o mandato desta Diretoria coincidiu com o período que precede a sucessão presidencial e a de governadores, a Assembléia do CONASS decidiu que os principais eixos de ações a serem desenvolvidos deveriam levar em conta o cenário político e econômico do país. Como eixo fundamental:

- trabalhar no sentido de incluir nas agendas dos diversos representantes políticos a situação do SUS;
- firmar o compromisso de que todos os gestores estaduais discutiriam com as bancadas federais dos Estados no Congresso Nacional as questões cruciais que afetam o SUS;
- repolitizar o Sistema Único de Saúde, bandeira fundamental para fazer valer o SUS que queremos;
- utilizar ao máximo o espaço oferecido pela mídia, para divulgar as ações do CONASS em defesa do SUS;
- continuar com os processos iniciados pelas diretorias anteriores e privilegiar a troca de experiências entre as SES;
- definir claramente as responsabilidades da gestão estadual no Pacto de Gestão;
- lutar pela equidade e pela redução das desigualdades sociais e regionais;
- apoiar a produção técnica da Secretaria Executiva do CONASS, divulgando os estudos e as análises técnicas;
- manter aberto o diálogo para construção de consensos; e
- aprimorar os meios de comunicação do CONASS – a fim de permitir o acesso às publicações e aos trabalhos desenvolvidos – e a interação entre gestores, trabalhadores de saúde, usuários e interessados no tema.

Trilhamos por esse caminho, coesos, fortes, incansáveis, cumprindo o nosso dever, respeitando os princípios éticos e técnicos. Foram inúmeras as atividades realizadas, vários projetos foram concluídos e outros estão em desenvolvimento.

Convidamos a todos para uma leitura em que apresentamos as atividades e os resultados obtidos no período de mandato dessa Diretoria. Avisamos aos leitores que também construímos cuidadosamente algumas sementeiras: as sementes estão germinando, por certo crescerão e fornecerão bons frutos.

### Diretoria do CONASS



COMPÕEM A DIRETORIA DO CONASS,  
O PRESIDENTE MARCUS PESTANA  
(SES/MG) E OS VICE-PRESIDENTES  
FERNANDO CUPERTINO (SES/GO),  
FERNANDO DOURADO (SES/PA),  
JURANDI FRUTUOSO (SES/CE),  
LUIZ ROBERTO BARRADAS (SES/SP),  
E OSMAR TERRA (SES/RS)

# **ATIVIDADES E RESULTADOS**





# Financiamento da Saúde



Alocação de novos Recursos Financeiros  
para a Média e Alta Complexidade  
Ambulatorial e Hospitalar em 2005

Mobilizações no Congresso Nacional por  
mais recursos para a Saúde – Orçamento  
de 2006 e Regulamentação da EC nº 29



## Financiamento da Saúde



O que temos observado nos últimos cinco anos é uma significativa queda percentual dos recursos federais em relação ao gasto público em Saúde. Convivemos com uma crise permanente provocada pelo desfinanciamento do setor. Tal crise avoluma-se dia-a-dia, desafiando a capacidade dos gestores em garantir o acesso da população a ações e a serviços de Saúde – de melhor qualidade e de acordo com as suas necessidades – nos diferentes níveis de complexidade, desde a promoção, a prevenção, a assistência e a reabilitação.

As análises e os comentários a seguir confirmam a insuficiência de recursos e a luta permanente do CONASS em busca de mais recursos para a Saúde.

O equacionamento do financiamento do Sistema Público de Saúde vem se constituindo em um dos maiores desafios setoriais, desde a instituição do Sistema Único de Saúde pela Constituição de 1988. Paradoxalmente, se ainda vigessem integralmente os dispositivos presentes quando de sua promulgação, não teriam ocorrido as graves crises observadas na década de 1990, e o Orçamento Federal do SUS para 2004 seria em torno de R\$ 67 bilhões, maior que a somatória da dotação das três esferas de governo para o SUS no mencionado ano.<sup>1</sup>

Desde então, acontecimentos externos e internos ao setor levaram a mudanças sucessivas de disposições legais, incapazes de solucionar o problema de forma definitiva.

A persistência da situação de subfinanciamento setorial torna-se ainda mais crítica quando associada ao aumento dos custos em Saúde, considerado como fenômeno mundial, em razão, principalmente, do aumento da expectativa de vida e do desenvolvimento tecnológico do setor, o que teria ampliado o quantitativo e a complexidade de tratamentos para as diferentes patologias.

---

1 SANTOS, Nelson P.; JORGE, Elias A. Considerações preliminares sobre o Projeto de Lei Complementar da EC 29. 2004 (mimeografado).

O crescimento dos gastos totais com Saúde (públicos e privados) tem sido observado na maioria dos países nas duas últimas décadas, e o Brasil não é exceção.

O desempenho do gasto do setor público brasileiro já deixava muito a desejar. Segundo os dados de 2002, do Banco Mundial e da Organização Mundial da Saúde, 20 países americanos gastavam mais que o brasileiro quando comparados os valores per capita despendidos; 27, comparados gastos com saúde como percentual do gasto total do governo; 23, comparados os gastos de governos como percentuais de gastos totais em Saúde.

Embora informações mais recentes não estejam disponíveis, é pouco provável que alterações substantivas tenham ocorrido nesse cenário. Internamente ao país, o que se nota é o aumento da participação das esferas subnacionais de governo no financiamento da Saúde, e a concomitante redução relativa da participação do nível federal.

É importante observar que a proporção dos gastos executados pelos Entes Federativos não vem guardando qualquer relação com a arrecadação tributária ou com a receita aferida após as transferências constitucionais.

É necessário, para fazer frente ao desafio de garantir o acesso – a todos os brasileiros – às ações e aos serviços de Saúde, que os orçamentos públicos aportem recursos suficientes.

**Desde o ano de 2004, o CONASS busca recompor o orçamento federal, alertando aos parlamentares sobre os problemas decorrentes do subfinanciamento e conscientizando-os da necessidade de mais recursos para a Saúde.**

Articulações deste Conselho com o Ministério da Saúde (MS) e o Conasems possibilitaram o necessário aumento dos valores de transferência per capita para a Assistência Farmacêutica Básica, anteriormente de R\$ 1,00 habitante/ano, para R\$ 1,50 habitante/ano, possibilitando dessa forma a ampliação da oferta e do acesso da população aos medicamentos básicos, distribuídos gratuitamente nas Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde.

Apesar de o Ministério da Saúde ter sido contemplado com a segunda maior dotação orçamentária para o ano de 2006, em comparação aos demais ministérios, observa-se que os recursos ainda são insuficientes para atender à demanda/necessidade da população brasileira. Portanto, faz-se necessária ampliação dos recursos para área da Saúde.

Assim é que, como subsídio ao diálogo com o Congresso Nacional, o CONASS apresentou, a partir da análise do Plano Orçamentário Anual (Ploa) 2006, um conjunto de propostas para a recomposição de valores orçamentários referentes a ações prioritárias, que, no entendimento deste Conselho, se encontram aquém do que é preciso

para fazer frente às necessidades da população brasileira, quais sejam: procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, Atenção Primária à Saúde e a medicamentos "excepcionais".

Para os Secretários Estaduais de Saúde, o baixo incremento dos valores referentes à Média e à Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar pode trazer significativas dificuldades para a oferta e a ampliação dos atendimentos, não permitindo a implementação de novos serviços necessários à população. Além disso, o incremento não contempla os valores dos tetos estimados para dezembro de 2005, nem o déficit existente atualmente (estouro de teto), bem como não possibilita o estabelecimento de uma estratégia para a redução das desigualdades regionais.

Em relação aos recursos previstos para a Atenção Primária à Saúde, os Secretários entendem que é necessária a ampliação dos valores de transferência *per capita* (PAB Fixo), atualmente em R\$ 13,00 habitante/ano, para R\$ 16,50, diminuindo o subfinanciamento nesse nível de atenção, que é fundamental e estratégico para a organização do Sistema de Saúde nos 5.560 municípios, o que permitirá ainda a expansão e a melhoria da qualidade da Atenção Primária prestada à população.

**Quanto ao recurso financeiro destinado à aquisição dos medicamentos "excepcionais", o valor é insuficiente diante do crescimento da demanda, do aumento dos preços dos medicamentos, e equivale aos valores já praticados em 2005, não considerando, nesta análise, a defasagem existente desde o ano de 2002, na tabela descritiva de procedimentos SIA/SUS. Os Secretários Estaduais acreditam que se não houver significativo aumento nesses recursos, em 2006, será gerada uma grave crise no fornecimento desses medicamentos, com grandes repercussões no atendimento aos pacientes que deles necessitam.**

## **Alocação de novos recursos financeiros para a Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar em 2005**

Os Secretários de Saúde dos Estados e do Distrito Federal têm reafirmado sua posição, manifestada na "Carta de Sergipe" de 12 de julho de 2003, quanto à necessidade da construção de uma nova política de alocação de recursos, visando à redução das desigualdades macrorregionais, interestaduais e intermunicipais.

Por ocasião da mudança do titular da pasta da Saúde, o CONASS entregou ao ministro Saraiva Felipe Ofício CONASS nº 320/2005, de 5 de agosto de 2005, que detalha as prioridades levantadas pelos Secretários Estaduais de Saúde. Em relação ao financiamento, um dos pontos considerados foi a definição de uma nova forma de alocação de recursos a qual contemple a redução das desigualdades regionais.

Em 17 de agosto, foi realizada uma reunião da Diretoria do CONASS e do Conasems com o secretário executivo do ministério, José Agenor Álvares da Silva, que relatou a situação orçamentária e financeira do Ministério da Saúde (MS) e apresentou uma proposta para alocação dos recursos e, no dia seguinte, na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), foi definido que seriam destinados recursos da ordem de R\$ 67 milhões para o ano de 2005 (correspondendo a três meses) para correção dos tetos (limites financeiros de Média e Alta Complexidade Ambulatorial – MAC). Esses valores anualizados representam R\$ 268 milhões.

O CONASS propôs que, após definidos os critérios de rateio para cada Unidade Federada, cada Comissão Intergestores Bipartite (CIB) tivesse autonomia para programar seus recursos, conforme suas necessidades, seja na alta complexidade ou nos reajustes dos tetos.

Na reunião da CIT de 15 de setembro de 2005, foi pactuada a distribuição desses recursos por Unidade Federada.

Quanto à definição das diretrizes para alocação dos R\$ 268 milhões pelas CIBs, considerando que estas só deliberam por consenso, esta foi acordada na reunião da CIT do mês de outubro, e segue relacionada:

- deve ser encaminhada à CIT, com o quadro de divisão do recurso, uma explicitação clara da metodologia e de critérios técnicos utilizados pela CIB para definir a alocação;
- respeitar o processo de regionalização;
- priorizar os serviços já existentes;
- priorizar os serviços de média complexidade;

- o encaminhamento final da CIB deve ser acompanhado de documento assinado pelo Secretário Estadual e pelo presidente do Cosems;
- fica acordada a CIT como instância de recurso; e o Ministério da Saúde mediará a negociação, nos casos em que se fizerem necessários.

Para distribuição desses recursos, devem ser observadas as necessidades de cada Unidade da Federação, com ênfase em uma estratégia que vise reduzir as desigualdades regionais, e ter como base a metodologia já utilizada na alocação de recursos, realizada no ano de 2005, buscando diminuir as diferenças per capita entre os Estados brasileiros.

## Mobilizações no Congresso Nacional por mais recursos para a Saúde - Orçamento de 2006 e Regulamentação da EC nº 29

A Assembléia do CONASS deliberou por promover uma grande mobilização junto ao Congresso Nacional, visando ampliar os recursos orçamentários de 2006 para o MS em pelo menos R\$ 4,7 bilhões, uma vez que deveriam ser destinados R\$ 3,4 para Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; R\$ 608 milhões para Atenção Primária à Saúde; e R\$ 710 milhões para medicamentos "excepcionais". Outro ponto de reivindicação defendido pelo CONASS é a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29. Desde julho de 2003, no Seminário do CONASS para Construção de Consensos, ocorrido em Sergipe, os Secretários Estaduais de Saúde já reafirmavam seu compromisso histórico de lutar pelo cumprimento da EC nº 29 e ressaltavam a necessidade de sua imediata regulamentação por meio de lei complementar. Para o CONASS é fundamental que se regule a EC nº 29, a fim de superar definitivamente as interpretações que levam a uma instabilidade do financiamento do setor.



ATO PÚBLICO EM DEFESA DA SAÚDE NA CÂMARA DOS DEPUTADOS, NO DIA 23 DE NOVEMBRO

## Reuniões com o relator setorial do Orçamento de 2006 - Deputado Cláudio Cajado



DURANTE TODA A DISCUSSÃO DO ORÇAMENTO 2006 NO CONGRESSO NACIONAL, O CONASS PARTICIPOU DE REUNIÕES COM OS RELATORES SETORIAL E GERAL, OS DEPUTADOS CLÁUDIO CAJADO E CARLITO MERSS, COM O OBJETIVO DE ALOCAR MAIS RECURSOS FINANCEIROS PARA A SAÚDE

A mobilização no Congresso Nacional começou em outubro de 2005, quando o CONASS, o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e a Frente Parlamentar da Saúde entregaram ao relator setorial do Orçamento na área de Saúde, deputado Cláudio Cajado, a proposta do CONASS de incremento de recursos para o Ministério da Saúde (MS) no Orçamento de 2006, no valor de R\$ 4,7 bilhões. Registre-se que a Confederação Nacional das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos (CMB) foi parceira nas reivindicações. O relator mostrou-se sensível e aliou-se à proposta, argumentando que os recursos novos a serem distribuídos deveriam seguir o critério de redução das desigualdades regionais e a serem pactuados na Comissão Intergestores Tripartite.

## Reuniões com o relator geral do Orçamento de 2006 - Deputado Carlito Merss



O relator geral do Orçamento, deputado Carlito Merss, recebeu no dia **1º de novembro de 2006 representantes do CONASS e do Conasems** que apresentaram a proposta de incremento de recursos para o MS no Orçamento de 2006.

**Em 30 de novembro**, foi realizada outra reunião com o relator geral do Orçamento de 2006, na qual participaram o relator setorial da área, deputado Cláudio Cajado; o secretário executivo do CONASS, René Santos; o presidente da Frente Parlamentar da Saúde, Rafael Guerra; o deputado Darcísio Perondi; e o superintendente da Confederação Nacional das Santas Casas, José Luís Spigolon.

## Apoio do CONASS à Regulamentação da EC nº 29

No dia 20 de outubro, ocorreu a primeira mobilização na Câmara dos Deputados pela regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, promovida pela Frente Parlamentar da Saúde, por representantes do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e do CONASS, de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e por representantes de diversas instituições.



**Em 23 de novembro**, houve grande mobilização em prol da Saúde, na Câmara dos Deputados. Em seu discurso, o presidente do CONASS defendeu a recomposição do Orçamento do Ministério da Saúde para 2006 e apresentou o estudo elaborado pelo Conselho. Este encontro reuniu, aproximadamente, 500 pessoas no Plenário 2 da Câmara dos Deputados, dentre as quais estavam: os Secretários Estaduais de Saúde de Goiás, Fernando Cupertino; de Alagoas, Kátia Born; de Pernambuco, Gentil Porto; de Rondônia, Milton Luiz Moreira; do Mato Grosso do Sul, Matias Gonsales Soares; os Secretários Adjuntos do Distrito Federal, Mário Sérgio; de São Paulo, Ricardo Oliva; de Sergipe, Maria José Evangelista; e do Pará, Rejane Jatene. Também estavam presentes representantes das Secretarias Municipais de Saúde, das Santas Casas, do Conselho Federal de Medicina, do Conselho Nacional de Saúde, da Frente Parlamentar da Saúde e de outras entidades ligadas ao setor. A regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 também entrou na pauta da reivindicação dos gestores.

A DIRETORA PARA ASSUNTOS PARLAMENTARES DO CONASS, KÁTIA BORN, NA MOBILIZAÇÃO EM FAVOR DA REGULAMENTAÇÃO DA EC Nº 29 E A PARTICIPAÇÃO DELA E DOS SECRETÁRIOS DE GOIÁS, FERNANDO CUPERTINO, E DE PERNAMBUCO, GENTIL PORTO, NO ATO PÚBLICO A FAVOR DA SAÚDE

**No dia 25 de janeiro**, foi realizada outra mobilização do CONASS, do Conasems, da Frente Parlamentar da Saúde, da Confederação Nacional de Saúde, de hospitais, estabelecimentos e serviços na Câmara dos Deputados. A diretora de Assuntos Parlamentares do CONASS e Secretária de Saúde de Alagoas, Kátia Born, participou do evento em prol da Saúde.



**Em 1º de fevereiro**, representantes da Frente Parlamentar da Saúde, do Conasems e do CONASS realizaram mais uma mobilização na Câmara dos Deputados pela aprovação do Projeto de Lei Complementar nº 01/2003, que regulamenta a Emenda Constitucional nº 29. O Projeto está pronto para ser votado desde 2005 e foi colocado na pauta da convocação extraordinária do Congresso Nacional. A estratégia da mobilização é conseguir o apoio do presidente da Câmara dos Deputados, deputado Aldo Rebelo, e do líder do governo na Câmara, deputado Arlindo Chinaglia, para incluir a EC nº 29 na pauta de votação da Casa.

## Reunião na Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República

**No dia 25 de janeiro**, o ministro da Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República, Jaques Wagner, reuniu-se com representantes do SUS e comprometeu-se a levar para dentro do governo a discussão sobre a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29: “Vou providenciar para a próxima semana uma reunião com os ministros da Casa Civil, Dilma Rouseff, do Planejamento, Paulo Bernardo, da Fazenda, Antônio Pallocci, e da Saúde, Saraiva Felipe, para definirmos a posição do governo sobre o tema”. Participaram da audiência os presidentes do CONASS Marcus Pestana, do Conasems, Sílvio Fernandes da Silva, e da Frente Parlamentar da Saúde, deputado Rafael Guerra. Também estavam no encontro a diretora de Assuntos Parlamentares do CONASS e Secretária de Saúde de Alagoas, Kátia Born; os parlamentares Darcísio Perondi, Roberto Gouveia, Jandira Feghali e Guilherme Menezes; além de representantes do Conselho Nacional de Saúde.

MINISTRO JAQUES WAGNER  
EM REUNIÃO COM  
REPRESENTANTES DO SUS



## **Votação do Relatório Setorial na Comissão de Orçamento**

**Em 25 de janeiro**, a Comissão Mista de Orçamento começou a analisar o Relatório Setorial da Saúde, de autoria do deputado Cláudio Cajado. Tal relatório recomenda a transferência dos recursos referentes ao Programa Bolsa Família, prevista no Orçamento do Ministério da Saúde (R\$ 2,1 bilhões), para o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Além disso, o relatório indica a necessidade de reforçar o Orçamento da Saúde em R\$ 1,4 bilhão dividido em três áreas: Média e Alta Complexidade Ambulatorial (MAC), aquisição de medicamentos excepcionais e atendimento assistencial básico. O relator sugere no texto que R\$ 1 bilhão seja destinado ao MAC e o restante em 80% aos medicamentos excepcionais e 20% ao piso de atenção básica.

**Em 1º de fevereiro**, os parlamentares da Comissão Mista de Orçamento aprovaram o texto-base do Relatório Setorial da Saúde, de autoria do deputado Cláudio Cajado.

## **Aprovação do Relatório Final do Orçamento da Saúde**

**Em 22 de fevereiro**, o Relatório Final do Orçamento de autoria do deputado Carlito Merss começou a ser discutido na Comissão Mista do Orçamento. O relator geral, deputado Carlito Merss, alocou recursos adicionais de R\$ 1,1 bilhão: R\$ 1,0 bilhão destinava-se para os procedimentos de MAC e R\$ 100 milhões para medicamentos excepcionais. Dessa forma, buscou-se atender às reivindicações do setor da Saúde e minimamente às exigências da Constituição. Os recursos referentes ao Programa Bolsa Família (R\$ 2,1 bilhões) constante da programação do Ministério da Saúde foram então transferidos para o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), visando ajustá-lo à EC nº 29/2000.

**Em 14 de março**, a Comissão Mista de Orçamento concluiu a votação do relatório final da proposta orçamentária para 2006. No dia 18 de abril, o Congresso Nacional aprovou o orçamento de 2006.

# Resultados da Mobilização na Mídia

CONASS DOCUMENTA • Brasília, quarta-feira, 23 de novembro de 2005

OPINIÃO

## Faltam R\$ 4,7 bilhões para a saúde em 2006

MARCUS PESTANA  
Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

A té 1988, apenas trabalhadores com carteira assinada tinham acesso à assistência médica custada pelo governo federal, desde que contribuíssem com uma parcela do salário para o sistema previdenciário. O atendimento dos desempregados ou daqueles que não podiam arcar com as despesas médicas ocorria em instituições como as Santas Casas. Após a promulgação da Constituição Federal, em outubro de 1988, os constituintes instituíram o maior programa de inclusão social já realizado no Brasil, o Sistema Único de Saúde, com intuito de assegurar o acesso universal e gratuito de todos os cidadãos à saúde.

Com isso, o Brasil tornou-se o segundo país do mundo em número de transplantados, ofereceu tratamento gratuito de doenças como Aids e câncer, possui avançado programa de vacinação e erradicação de doenças contagiosas. Nunca se fez tanto com tão pouco, já que o Brasil, segundo a Organização Mundial de Saúde, ocupa somente o 109º posição dentre os 193 países americanos em investimentos e gastos públicos do governo na saúde.

Quando da sua implantação, o SUS tinha definido como fontes de recursos o mínimo de 30% do orçamento da Seguridade Social, até que fosse aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias. Isso representava, em 2004, quase R\$ 47 bilhões que deviam ser destinados para o referido sistema. No entanto, ocorreram mudanças sucessivas e incapazes de solucionar o problema de financiamento do setor, como a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), em 1996, cuja arrecadação seria destinada à saúde—o que deixou de ocorrer em 1998, e a Emenda Constitucional nº 29/2000, ainda não regulamentada pelo Congresso Nacional, que estabelece a vinculação de percentuais mínimos de recursos financeiros das esferas federal, estadual e municipal à saúde, obrigando a União a destinar 10% de suas receitas correntes brutas à saúde, o que significa cerca um acréscimo de quase R\$ 12 bilhões ao orçamento da área.

Entretanto, para 2006 o orçamento do Ministério da Saúde é de aproximadamente R\$ 43,6 bilhões, o segundo maior do executivo federal, mas insuficiente para fazer do SUS o sistema público de saúde idealizado pelos constituintes. Analisando o Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLA) 2006, em tramitação na Câmara dos Deputados, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) verifica que será necessário um acréscimo de R\$ 4,7 bilhões para a pasta no próximo ano. O esmagamento dos recursos foi constatado em três áreas fundamentais no Ministério da Saúde: média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; atenção primária à saúde; e aquisição de medicamentos excepcionais.

Caso o PLA 2006 do Ministério da Saúde não seja revisto, estamos diante de um cenário grave para o ano que vem: vão faltar recursos para aquisição de medicamentos excepcionais nos últimos três meses do ano.

os usuários do SUS terão dificuldades de acesso a consultas com especialistas, a exames solicitados e a tratamentos de doenças graves, como o câncer e ainda será muito difícil ampliar e melhorar a qualidade dos serviços básicos de saúde nos municípios.

Dos R\$ 4,7 bilhões de recursos novos pleiteados para a Saúde, o Conass recomenda que R\$ 2,4 bilhões sejam utilizados na média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, para ampliar a oferta de serviços, cobrir os valores atuais já comprometidos e corrigir a tabela de procedimentos do SUS em 4,9% relativa à projeção de meta de inflação para 2006. Esse recurso deveria ser distribuído segundo o critério de redução das desigualdades regionais, buscando diminuir as diferenças dos per capita entre os estados brasileiros, a ser pactuado na Comissão Intergestores Tripartite.

Do restante dos recursos, R\$ 600 milhões seriam destinados para a atenção primária à saúde, para ampliar os valores de transferência per capita, de R\$ 11,00 para R\$ 16,50, visando corrigir a inflação acumulada desde janeiro de 1996, e R\$ 710 milhões iriam beneficiar as aquisições de medicamentos excepcionais, pois observamos o crescimento da demanda, o aumento dos preços dos medicamentos, o defasagem na tabela de procedimentos do SUS, a constante inclusão de novos pacientes (em 2001, 109 mil; e em janeiro de 2004, mais de 334 mil), e a possibilidade de inclusão de novos medicamentos.

Vale ressaltar que o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasem), a Frente Parlamentar da Saúde e a Confederação Nacional das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos estão apoiando nossa proposta e, juntamente com o Conass, unidos em favor de uma grande mobilização em prol da Saúde. Esperamos que haja sensibilidade dos congressistas e do governo federal quanto à necessidade deste incremento para o Ministério da Saúde, pois o SUS necessita dos recursos para oferecer uma saúde mais digna aos brasileiros.

ARTIGO MARCUS PESTANA  
**Faltam R\$ 4,7 bilhões para a Saúde em 2006**

Correio Braziliense  
Quarta-feira, 23 de novembro de 2005

MATÉRIA  
**Ato público defende que o Orçamento da Saúde receba mais R\$ 4,7 bilhões**

Radiobrás  
Quarta-feira, 23 de novembro de 2005

MATÉRIA  
**Frente Parlamentar pede mais recursos para a Saúde**

Rádio Câmara  
Quarta-feira, 23 de novembro de 2005

MATÉRIA  
**Protesto tenta impedir desvio de verba da Saúde**

O Globo  
Quinta-feira, 24 de novembro de 2005

Notícia  
**O Globo**  
24/11/2005  
O País  
Protesto tenta impedir desvio de verba da **saúde**

BRASÍLIA. Em meio a protestos por mais verbas para a **saúde**, parlamentares e entidades que atuam no setor conseguiram alterar o texto de uma medida provisória que destinava R\$ 1,2 bilhão do orçamento do **Ministério da Saúde** para o Bolsa Família. Alegando que o programa não pode ser considerado ação efetiva de **saúde**, o grupo de parlamentares conseguiu convencer o relator da medida provisória, deputado Natan Donadon (PMDB-RO), a retirar do texto o repasse para o Bolsa Família.

Parlamentares da oposição são contra a medida provisória sob a alegação de que iria permitir ao governo transferir qualquer recurso destinado à **saúde**. Além da pressão da bancada da **saúde**, entidades do setor organizaram protestos em Brasília. Em um deles ficaram cruzes no gramado em frente ao Congresso para simbolizar mortes que poderão ocorrer se não houver mais verbas para a **saúde**.

As entidades querem a regulamentação de emenda constitucional que obriga a União a destinar 10% de suas receitas para a **saúde**, o que permitiria a destinação de mais R\$ 12 bilhões para o setor. Para 2006, orçamento da **saúde** é de R\$ 43,6 bilhões.

O presidente do Conselho Nacional de Secretários de **Saúde**, Marcus Pestana, de Minas, apresentou ontem estudo afirmando que para se recompor, o setor da **saúde** necessita de R\$ 4,7 bilhões.

O SUS está subfinanciado, o que gera problemas como filas para cirurgias, exames e consultas especializadas - afirmou Pestana.

## MATÉRIA

### Brecha na lei tira R\$ 9 bi da Saúde

0 Estado de S. Paulo

Segunda-feira, 28 de novembro de 2005

**Notícia**  
**Folha de S. Paulo**  
**24/11/2005**  
São Paulo/ PANORÂMICA SAÚDE  
Entidades realizam ato em Brasília para reivindicar mais recursos para o SUS

Parlamentares e entidades ligadas ao setor da **saúde** fizeram ontem um ato no Congresso para reivindicar a ampliação em R\$ 4,7 bilhões no Orçamento da União para a área no próximo ano. Também reivindicaram a regulamentação da emenda constitucional 29, que assegurou vinculação de recursos nas três esferas de governo para o financiamento do SUS (**Sistema Único de Saúde**).

Além de mobilização das bancadas de todos os partidos, foram colocadas 1.700 cruzes na Esplanada dos Ministérios, em frente ao Congresso, para representar os hospitais filantrópicos e santas casas, que, segundo as entidades, estão ameaçados de fechar por falta de recursos.

A categoria vem pleiteando um reajuste emergencial de pelo menos 40% nas tabelas dos procedimentos pagos pelo SUS aos prestadores de serviços.

Outra reivindicação do movimento está relacionada à medida provisória 261, que destina R\$ 1,2 bilhão do Orçamento do **Ministério da Saúde** para o programa Bolsa-Família.

O grupo reivindica que o dinheiro seja destinado a outros programas dentro do próprio **Ministério da Saúde**, e não ao programa, que teria caráter mais assistencialista.

(DA SUCURSAL DE BRASÍLIA)

## MATÉRIA

### Entidades realizam ato em Brasília para reivindicar mais recursos para o SUS

Folha de S. Paulo

Quinta-feira, 24 de novembro de 2005

## EDITORIAL

### As verbas da Saúde

0 Estado de S. Paulo

Sábado, 3 de dezembro de 2005

A 2 sábado, 7 de janeiro de 2006

# FOLHA DE S. PAULO

UM JORNAL A SERVIÇO DO BRASIL •••  
Publicado desde 1911 - Propriedade da Empresa Folha da Manhã S/A  
Diretor: Leão Pires  
Diretor Editorial: Otávio Pires Filho  
Superintendente: Antônio Manoel Teixeira Mendes e Ivete Brito  
Editores: Edson de Moraes e Luciano  
Conselho Editorial: Rogério Cruz de Castilhos, Leila Nasser, Marco Cezar, João de Freitas, Gilberto Diniz, Leila Nasser, Cláudio Rossi, Carlos Henrique Diniz, Celso Porto, Antonio Martins, Thelma Almeida, Leila Pires e Otávio Pires Filho (coordenador)

## EDITORIAIS

### MANOBRAS NA SAÚDE

**E**M MAIS um episódio eleitoral, o governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva pretende re-manusear R\$ 2,1 bilhões em verbas da saúde no Orçamento de 2006 a fim de alocar os recursos na ampliação do Programa Bolsa-Família. A polêmica provocada pela manobra federal faz um dos princípios básicos a impedir a aprovação de peça orçamentária no ano passado.

Tem sido importante o papel dos programas de transferência direta de recursos, como o Bolsa-Família, que o Estado brasileiro vem implementando com mais urgência desde a primeira metade da década de 1990. Eles refletem a deterioração da renda dos mais pobres, embora, como programas que são, não assegurem que a família beneficiária de hoje ganhe autonomia e se torne independente da ajuda pública no futuro.

Mas o Bolsa-Família é também uma ferramenta inapropriada de conquistar votos. Ainda, a cret em dados do governo, 30 milhões de pessoas, patamar que o Planalto deseja elevar ainda mais neste ano. O afã de Lula de melhorar suas chances eleitorais de reeleger-se, contudo, não autoriza que sua administração sacrifique verbas constitucionalmente reservadas para a saúde.

O governo precisa se valer de certa complexidade na interpretação das rubricas orçamentárias para escapar às vinculações determinadas pela Carta. É a mesma lógica que, no passado, permitiu que administradores construíssem piscinas e estádios utilizando verbas da educação.

É claro que a alimentação adequada, um dos objetivos do Bolsa-Família, está relacionada à saúde, mas não a ponto de justificar a apropriação de verbas que deveriam ser reservadas para custear procedimentos médicos, exames, vacinações e outras ações tipicamente sanitárias. Ao passo também é bom para uma vida saudável, mas daí não se segue que recursos do Ministério da Saúde possam ser usados pela pasta do Meio Ambiente para combater as queimadas.

O Congresso, portanto, deveria barrar essas manobras eleitorais que viola um mandamento constitucional, o da destinação obrigatória de verbas para a saúde.

## EDITORIAL

### Manobra na Saúde

Folha de S. Paulo

Sábado, 7 de

janeiro de 2006

**OUTRA OPINIÃO**

## Cenário grave

MARCUS PESTANA

**A**té 1988, apenas trabalhadores com carteira assinada tinham acesso à assistência médica custeada pelo governo federal, desde que contribuíssem com uma parcela do salário para o sistema previdenciário. O atendimento aos demais ocorria em instituições como as Santas Casas.

Após a promulgação da Constituição, em outubro de 1988, os constituintes instituíram o maior programa de inclusão social já realizado no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), com intuito de assegurar o acesso universal e gratuito de todos os cidadãos à saúde.

Com isso, o Brasil tornou-se o segundo país do mundo em transplantes, oferece tratamento gratuito de doenças como Aids e câncer, possui avançado programa de vacinação e erradicação de doenças contagiosas. Nunca se fez tanto com tão pouco, já que o Brasil, segundo a Organização Mundial de Saúde, ocupa somente a 28ª posição dentre os 35 países americanos em investimen-

tos e gastos públicos na saúde. Quando da sua implantação, o SUS tinha definido como fontes de recursos o mínimo de 30% do orçamento da Seguridade Social, até que fosse aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias. Isso representava, em 2004, quase R\$ 67 bilhões que deveriam ser destinados para o referido sistema. No entanto, ocorreram mudanças sucessivas e incapazes de solucionar o problema de financiamento do setor.

Caso o projeto de lei orçamentária de 2006 do Ministério da Saúde não seja revisto, estaremos diante de um cenário gravíssimo: vão faltar recursos para aquisição de medicamentos "excepcionais", nos últimos três meses do ano; os usuários do SUS terão dificuldades no acesso a consultas com especialistas, a exames sofisticados e a tratamentos de doenças graves como o câncer; e ainda será muito difícil ampliar e melhorar a qualidade dos serviços básicos de saúde nos municípios.

MARCUS PESTANA é presidente do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde.

## ARTIGO MARCUS PESTANA

### Cenário grave

0 Globo

Sábado, 14 de janeiro de 2006



## Eventos promovidos pelo CONASS



Fórum Saúde e Democracia:  
uma visão de futuro para o Brasil

Feira "O SUS que dá certo" – Experiências  
de sucesso no SUS

1º Encontro do CONASS  
para Troca de Experiências das SES



## Fórum Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil



A sucessão presidencial é sempre um momento privilegiado para uma reflexão coletiva nacional sobre o processo histórico brasileiro. Com o aprofundamento da democracia, é possível travar um debate sobre o país que queremos e quais caminhos teremos para construí-lo. Temos uma Constituição brasileira ousada no tocante à Saúde. É direito do cidadão o acesso universal, integral e gratuito às ações e aos serviços de Saúde. Contudo, a realidade ainda está aquém da desejada, apesar de o Sistema Único de Saúde (SUS) ser o maior programa de inclusão social da história brasileira.

Precisamos aproveitar o momento e discutir temas que estão postos sobre a Saúde Pública, tais como: avançar na construção do SUS constitucional ou rever os princípios como querem os defensores de políticas sociais focalizadas; portar-se diante da ininterrupta revolução tecnológica na Saúde, que impõe custos sempre crescentes; discutir o problema do subfinanciamento na Saúde e as falhas de gestão; assegurar uma cooperação efetiva e harmônica entre as três esferas de governo; perseguir a equidade; e construir qualidade em ambiente de permanente escassez.

Para enfrentar essa agenda é que o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o jornal *O Globo* realizaram nos dias 13 e 14 de março, no Forte de Copacabana, no Rio de Janeiro, o *Fórum Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil* no qual participaram gestores do SUS, lideranças políticas, sociedade civil e intelectuais. Paralelamente, foi realizada a Feira *O SUS que dá certo*, em que foram expostas experiências exitosas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Foi uma rara e preciosa oportunidade em que discutimos o futuro da Saúde no Brasil e avançamos para a materialização de um país justo e democrático.

**Marcus Pestana**  
Presidente do CONASS

## Informações gerais

Foram aproximadamente 15 horas de debates, um público de mais de mil pessoas e mais de 20 palestrantes. Em paralelo ao Fórum, foi realizada a Feira *O SUS que dá certo*, da qual participaram 21 Secretarias Estaduais de Saúde que exibiram experiências de sucesso desenvolvidas no âmbito do SUS.

Antes do evento, foram publicadas seis colunas no primeiro caderno do jornal *O Globo* sobre os temas que seriam discutidos no encontro: *A democracia como estratégia do SUS; Pacto Federativo: a responsabilidade de cada um; O desafio do controle social no SUS; Mais verbas para a Saúde; Incorporação tecnológica na Saúde: custo e benefício; e O futuro do SUS: como garantir a universalidade e a integralidade*. Nos dias 21 de fevereiro e 3 de março, o jornal *O Globo* publicou anúncio do Fórum com destaque. No dia 30 de março, *O Globo* lançou um caderno especial com 23 páginas repercutindo o Fórum, com entrevistas e matérias sobre os debates ocorridos no evento. (Leia a seguir as colunas.)

O CONASS montou uma página sobre o evento em seu *site*, com todas as informações e o jornal *O Globo* também criou um ambiente especial na *web*. Foram 1.183 inscrições para acompanhar os debates, das quais 850 foram feitas previamente pela internet.

Com a transmissão *on-line* do evento, possibilitado pelo Datasus, os debates foram acompanhados em todo o país. Registrou-se um recorde no número de acessos à transmissão em tempo real – 15.833 acessos nos dois dias do Fórum. O recorde anterior foi da 13ª Conferência Nacional de Saúde que, em quatro dias, teve 12.500 acessos. Na semana do Fórum, o *site* de CONASS quase dobrou o número de acessos diários, passando de 387 para 629 acessos/dia.

MESA DE ABERTURA DO FÓRUM  
SAÚDE E DEMOCRACIA,  
REALIZADO NOS DIAS 13 E 14 DE  
MARÇO, NO RIO DE JANEIRO



Esses números comprovam o sucesso do *Fórum Saúde e Democracia* que pautou a imprensa nacional com matérias positivas sobre Saúde Pública. Foram publicadas mais de 15 matérias em jornais de grande circulação e diversos *sites* governamentais e de notícias também registraram o evento. Além disso, *O Globo On-line* fez a cobertura em tempo real com a publicação de 32 matérias.

COLUNA PUBLICADA EM 22.02.06

**A Democracia como estratégia do SUS**

Marcus Pestana\*

Nos últimos 20 anos, o Brasil consolidou sua democracia e estabilizou a economia, que está preparada — salvo gargalos da infra-estrutura de transporte e energia — para um novo ciclo de vigoroso e sustentado crescimento. Mas um desafio permanece: a superação de inaceitáveis e gritantes desigualdades sociais entre pessoas, famílias, segmentos sociais e regiões. A bandeira principal a ser levantada no Brasil deste início de século XXI é a da equidade social. É aí que entra a luta por um sistema público de saúde que garanta dignidade a todos os brasileiros. O combate à pobreza e a promoção da cidadania se darão com a redistribuição de renda de forma direta, num processo de crescimento acelerado de novo tipo, e de forma indireta, por meio de políticas públicas de educação, qualificação profissional, ação social e saúde. Não há cidadania plena sem saúde pública de qualidade. Temos uma Constituição ousada e generosa no tocante à saúde. É direito de cidadania o acesso universal, integral e gratuito a uma saúde que se pretende de qualidade.

Ninguém pode ser discriminado por raça, renda, sexo, idade, endereço ou gravidade da doença. Deve ser assegurado o acesso, da vacinação ao mais complexo transplante, incluindo medicamentos, exames, tratamentos e cirurgias. Embora estejamos longe de conquistar o sonho constitucional e distantes do SUS necessário para um país moderno, justo e democrático, temos resultados a comemorar. O SUS é o maior programa de inclusão social da História brasileira. As políticas de imunização e de combate à Aids são modelos para outros países. Não há portador de câncer ou paciente renal crônico sem tratamento. Há inquestionável dificuldade, qualidade segundo a diversidade, formação multidisciplinar de recursos humanos. Mas para exames, cirurgias e consultas especializadas; subfinanciamento e defasagem na remuneração dos serviços; pacto federativo com responsabilidades ainda difusas; subdiagnóstico nas regiões mais pobres; problemas gerenciais; e baixa capacidade regulatória. É impossível garantir os direitos constitucionais na saúde com apenas R\$ 400 por habitante de investimento público anual. A sucessão presidencial é um momento privilegiado para a nação refletir sobre seus avanços e desafios. Com o amadurecimento da democracia é possível travar um debate profundo sobre o país que queremos e quais os caminhos para construí-lo. Na saúde, temos uma ampla agenda de discussões mapeada. É hora de avançar na construção do SUS constitucional ou de rever princípios como querem os defensores das políticas sociais focalizadas? Como se portar diante da ininterrupta revolução tecnológica na saúde que impõe custos sempre crescentes? O problema central é o subfinanciamento ou são as falhas na gestão? Como assegurar uma cooperação efetiva e harmônica entre os três níveis de governo? Como perseguir a equidade? Para enfrentar essa agenda é que o CONASS (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde) e o GLOBO realizarão, nos dias 13 e 14 de março, no Forte de Copacabana, o fórum "Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil". Participarão lideranças políticas, gestores do SUS, representantes da sociedade civil, intelectuais, e os ministros da Saúde. Será uma preciosa chance de debatermos oportunidades e riscos para que possamos avançar na construção de uma saúde digna para todos, fundamental para chegarmos ao Brasil justo e democrático de nossos sonhos.

\*Marcus Pestana é presidente do CONASS e Secretário de Saúde de Minas Gerais

**O SUS EM NÚMEROS**

- 12 milhões de internações anuais
- 153 milhões de consultas médicas
- 2 milhões de partos
- 12 mil transplantes em 2005

0 investimento público no SUS foi de apenas R\$ 400 por habitante em 2005

COLUNA PUBLICADA EM 23.02.06  
**Pacto Federativo - A Responsabilidade de cada um**

**RIO • 21**

**FÓRUM SAÚDE E DEMOCRACIA**  
uma visão de futuro para o Brasil

**PACTO FEDERATIVO**  
A Responsabilidade de cada um

**C**riado pela Constituição de 1988 e implementado a partir de 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) vive hoje um processo de consolidação cujo ponto central é a necessidade de discutir as funções e responsabilidades das diferentes esferas de governo para a Saúde. O assunto é um dos principais temas de discussão no CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Os Secretários de Saúde de Goiás, Fernando Cupertino, e do Ceará, Jurandi Frutuoso Silva, destacam a necessidade de recuperar o papel dos Estados no combate às desigualdades regionais e na solução de conflitos nos municípios, e de rediscutir a responsabilidade da União na garantia do acesso universal aos medicamentos de alto custo, que tem exposto os governos estaduais a um crescente número de ações judiciais.

Quais são, na sua opinião, as principais questões a serem discutidas para a celebração de um novo pacto federativo?

**Fernando Cupertino (SES/GO)** - O mais importante nessa discussão é estabelecer de forma clara e precisa a responsabilidade de cada esfera de governo no que diz respeito à Saúde. A municipalização foi um avanço, mas também trouxe problemas, como as tentativas de cerceamento de acesso ao tratamento num município de pessoas oriundas de outro município. A quem compete arbitrar as situações de conflito? Acredito que os Estados têm que recuperar o papel de mediadores, de harmonizadores, para ajudar a combater as desigualdades que se verificam dentro de seus próprios territórios.

**Jurandi Frutuoso Silva (SES/CE)** - Temos discutido isso com frequência no CONASS, assim como a questão do acesso universal aos medicamentos de alto custo. A nossa opinião é que o Ministério da Saúde teria que arcar com 80% dos custos de aquisição desses medicamentos. Mas a realidade se mostra bastante diferente: com a defasagem das tabelas que o Ministério usa, o aumento no preço dos medicamentos e o fato de os Estados serem mais vulneráveis às ações das Promotorias de Justiça, os Estados arcam, em média, com quase 50% dos custos. É preciso normatizar essa questão para evitar tantas demandas judiciais.

Mesmo fase de consolidação do SUS, quais são os desafios?

**Fernando Cupertino (SES/GO)** - É importante ressaltar que o SUS é um sucesso que se constrói no dia-a-dia e que, ainda que subfinanciado, com apenas R\$ 400/ano por habitante, faz milagres. Somos hoje o segundo país do mundo em número de transplantes de órgãos, um procedimento sofisticado, ao mesmo tempo em que as ações primárias de Saúde, como a vacinação e o controle da hipertensão e da hanseníase, por exemplo, tiveram grande impulso com a municipalização. Mas ainda há desigualdades importantes que precisam ser corrigidas, é preciso distribuir melhor os recursos humanos, de logística, de maneira integral e para todos. E os estados têm grande contribuição a dar nesse sentido.

**Jurandi Frutuoso Silva (SES/CE)** - Há ainda um problema tributário. Como as transferências de verbas da União para a Saúde, para estados e municípios, são classificadas como voluntárias, ou seja, não são transferências constitucionais relativas à partilha da arrecadação de impostos, ficam sujeitas às normas de aplicação federais e acabam tendo impacto sobre os municípios no que tange ao cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Há limitações para pagamento de pessoal, e a folha da Saúde acaba pesando muito nos percentuais da LRF nos municípios. Essa questão também precisa ser abordada na discussão do pacto federativo.

**Espaços de Pactuação do SUS**

A implantação do SUS se dá de forma pactuada entre as diferentes esferas de governo. No âmbito nacional, funciona a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com representantes do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS-Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. No âmbito estadual, as decisões sobre medidas para implantação do SUS são negociadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), integrada por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado.

O Pacto Federativo será o tema de mesa-redonda no segundo dia (14/03) do Fórum Saúde e Democracia. O prefeito de Aracaju, Marcelo Déda, o governador de São Paulo, Geraldo Alckmin, e a ministra-chefe da Casa Civil da Presidência da República, Dilma Rousseff, discutirão o tema "A Saúde, o Pacto Federativo e o futuro".

A programação completa do Fórum Saúde e Democracia, que acontecerá no Hotel Copacabana, no Rio de Janeiro, nos dias 13 e 14 de março, e a lista de inscrições estão no site [www.conass.org.br](http://www.conass.org.br)

**CONASS**  
CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

**NOVARTIS & SANDOZ**

**GOVERNOS**  
FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL

O conteúdo desta coluna é de responsabilidade do CONASS

Criado pela Constituição de 1988 e implementado a partir de 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) vive hoje um processo de consolidação cujo ponto central é a necessidade de rediscutir o pacto federativo, que estabelece as funções e responsabilidades das diferentes esferas de governo para a Saúde. O assunto é um dos principais temas de discussão no CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Os Secretários de Saúde de Goiás, Fernando Cupertino, e do Ceará, Jurandi Frutuoso Silva, destacam a necessidade de recuperar o papel dos Estados no combate às desigualdades regionais e na solução de conflitos nos municípios, e de rediscutir a responsabilidade da União na garantia do acesso universal aos medicamentos de alto custo, que tem exposto os governos estaduais a um crescente número de ações judiciais.

Quais são, na sua opinião, as principais questões a serem discutidas para a celebração de um novo pacto federativo?

**FERNANDO CUPERTINO (SES/GO)** - O mais importante nessa discussão é estabelecer de forma clara e precisa a responsabilidade de cada esfera de governo no que diz respeito à Saúde. A municipalização foi um avanço, mas também trouxe problemas, como as tentativas de cerceamento de acesso ao tratamento num município de pessoas oriundas de outro município. A quem compete arbitrar as situações de conflito? Acredito que os Estados têm que recuperar o papel de mediadores, de harmonizadores, para ajudar a combater as desigualdades que se verificam dentro de seus próprios territórios.

**JURANDI FRUTUOSO SILVA (SES/CE)** - Temos discutido isso com frequência no CONASS, assim como a questão do acesso universal aos medicamentos de alto custo. A nossa opinião é que o Ministério da Saúde teria que arcar com 80% dos custos de aquisição desses medicamentos. Mas a realidade se mostra bastante diferente: com a defasagem das tabelas que o Ministério usa, o aumento no preço dos medicamentos e o fato de os Estados serem mais vulneráveis às ações das Promotorias de Justiça, os Estados arcam, em média, com quase 50% dos custos. É preciso normatizar essa questão para evitar tantas demandas judiciais.

Nesta fase de consolidação do SUS, quais são os desafios?

**FERNANDO CUPERTINO (SES/GO)** - É importante ressaltar que o SUS é um sucesso que se constrói no dia-a-dia e que, ainda que subfinanciado, com apenas R\$ 400/ano por habitante, faz milagres. Somos hoje o segundo país do mundo em número de transplantes de órgãos, um procedimento sofisticado, ao mesmo tempo em que as ações primárias de Saúde, como a vacinação e o controle da hipertensão e da hanseníase, por exemplo, tiveram grande impulso com a municipalização. Mas ainda há desigualdades importantes que precisam ser corrigidas, é preciso distribuir melhor os recursos humanos, de logística, de maneira integral e para todos. E os estados têm grande contribuição a dar nesse sentido.

**JURANDI FRUTUOSO SILVA (SES/CE)** - Há ainda um problema tributário. Como as transferências de verbas da União para a Saúde, para estados e municípios, são classificadas como voluntárias, ou seja, não são transferências constitucionais relativas à partilha da arrecadação de impostos, ficam sujeitas às normas de aplicação federais e acabam tendo impacto sobre os municípios no que tange ao cumprimento da Lei de Resposanbilidade Fiscal (LRF). Há limitações para pagamento de pessoal, e a folha da Saúde acaba pesando muito nos percentuais da LRF nos municípios. Essa questão também precisa ser abordada na discussão do pacto federativo.

**ESPAÇOS DE PACTUAÇÃO DO SUS**

A implantação do SUS se dá de forma pactuada entre as diferentes esferas de governo. No âmbito nacional, funciona a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com representantes do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS-Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. No âmbito estadual, as decisões sobre medidas para implantação do SUS são negociadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), integrada por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado.

O Pacto Federativo será o tema de mesa-redonda no segundo dia (14/03) do Fórum Saúde e Democracia. O prefeito de Aracaju, Marcelo Déda, o governador de São Paulo, Geraldo Alckmin, e a ministra-chefe da Casa Civil da Presidência da República, Dilma Rousseff, discutirão o tema "A Saúde, o Pacto Federativo e o futuro".


**FÓRUM SAÚDE E DEMOCRACIA**  
 uma visão de futuro para o Brasil

**O DESAFIO DO CONTROLE SOCIAL NO SUS**

**Zilda Arns, coordenadora nacional da Pastoral da Criança e integrante do Conselho Nacional de Saúde, fala sobre o controle social no SUS, com a autoridade de quem tem seu trabalho junto à população e reconhece internacionalmente. Para ela, as entidades que integram os Conselhos de Saúde deveriam se preocupar em escolher bem seus representantes.**



**12 Conselhos são o que a Lei prevê para apoiar o governo no setor saúde e ele. Nossa missão é, através do debate, controlar o que é melhor para a população. A autoridade política de discussão depende de uma boa escolha dos integrantes".**

**Debate da Pastoral da Criança do último trimestre de 2005 mostrou que, nos 611 municípios nos quais a entidade possui articuladores (que pesquisam minuciosamente nos domicílios as razões que levam à morte recém-nascidos e gestantes), 60% dos Conselhos de Saúde se reuniram regularmente, a cada mês, mas em 40% dos municípios os representantes não se encontram com regularidade. "Só se consegue garantir a continuidade administrativa, ou seja, a manutenção de programas vitais para a população independentemente das mudanças de governos e a aplicação correta dos recursos do SUS com participação efetiva", afirma Zilda Arns. Para o médico Nelson Rodrigues dos Santos, assessor especial do ministro da Saúde, Saraiva Felipe, o maior desafio do controle social é resgatar o princípio constitucional da universalidade no atendimento. Ele destaca ainda a necessidade de que se destinem mais verbas à Saúde. "De 1995 a 2004, o valor, em dólares per capita, de recursos do governo federal destinado à saúde caiu de US\$ 87 para US\$ 62. De 2002 a 2004, o valor, também em dólares per capita, que estados e municípios destinam à Saúde passou de US\$ 44 para US\$ 64. Em números absolutos, pode-se verificar crescimento no Orçamento da União para a Saúde, mas dividido-se por cada brasileiro, tem apresentado queda expressiva".**

**A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA GESTÃO DO SUS**

Foi o relatório final do 1º Conferência Nacional de Saúde de 1986, que serviu de base para a elaboração do capítulo sobre a Saúde na Constituição de 1988, que criou o SUS. A legislação federal (Constituição Federal, Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90) estabeleceu as normas gerais que orientam a participação da comunidade na gestão do SUS por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde. As Conferências de Saúde são instâncias colegiadas, de caráter consultivo, que possibilitam o exercício do controle social no âmbito do poder executivo, tendo como objetivo avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes da política de saúde em cada nível de governo, constituindo-se no mais importante fórum de participação ampla da população. Os Conselhos de Saúde buscam participar da discussão das políticas de saúde tendo uma atuação independente do governo, embora façam parte de sua estrutura. Nos Conselhos se manifestam os interesses dos diferentes segmentos sociais, possibilitando a negociação de propostas e o direcionamento de recursos para diferentes prioridades. O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente.

**CONTRÓLE SOCIAL EM DEBATE**

O controle social no SUS será tema da mesa-redonda que acontece no segundo dia (14/03) do Fórum Saúde e Democracia, às 14h30: "O terceiro setor, a sociedade e os horizontes da saúde no Brasil", com Zilda Arns (coordenadora nacional da Pastoral da Criança), Antônio Luiz Paranhos Ribeiro Leite de Brito (presidente da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, hospitais e entidades filantrópicas) e Ela Wiecko Volkmer de Castilho (subprocuradora-geral da república e procuradora federal dos Direitos do Cidadão).

Há a programação completa de **Fórum Saúde e Democracia**, por gentileza, clique aqui para acessar o site de programação, inscrições e ficha de inscrição em [www.conass.org.br](http://www.conass.org.br)

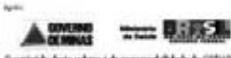
Realizado em parceria com:



Patrocinado por:



Apoio:



O conteúdo deste volume é de responsabilidade do CONASS

COLUNA PUBLICADA EM 02.03.06  
**O desafio do controle social no SUS**

Zilda Arns, coordenadora nacional da Pastoral da Criança e integrante do Conselho Nacional de Saúde, fala sobre o controle social no SUS com a autoridade de quem tem seu trabalho junto à população e reconhece internacionalmente. Para ela, as entidades que integram os Conselhos de Saúde deveriam se preocupar em escolher bem seus representantes. "O Conselho não é um lugar para se apoiar o governo ou fazer oposição a ele. Nossa missão é, através do debate, construir o que é melhor para a população. A maturidade política da discussão depende de uma boa escolha dos integrantes", diz. Dados da Pastoral da Criança do último trimestre de 2005 mostram que, nos 611 municípios nos quais a entidade possui articuladores (que pesquisam minuciosamente nos domicílios as razões que levam à morte recém-nascidos e gestantes), 60% dos Conselhos de Saúde se reuniram regularmente, a cada mês, mas em 40% dos municípios os representantes não se encontram com regularidade. "Só se consegue garantir a continuidade administrativa, ou seja, a manutenção de programas vitais para a população independentemente das mudanças de governos e a aplicação correta dos recursos do SUS com participação efetiva", afirma Zilda Arns. Para o médico Nelson Rodrigues dos Santos, assessor especial do ministro da Saúde, Saraiva Felipe, o maior desafio do controle social é resgatar o princípio constitucional da universalidade no atendimento. Ele destaca ainda a necessidade de que se destinem mais verbas à Saúde. "De 1995 a 2004, o valor, em dólares per capita, de recursos do governo federal destinado à saúde caiu de US\$ 87 para US\$ 62. De 2002 a 2004, o valor, também em dólares per capita, que estados e municípios destinam à Saúde passou de US\$ 44 para US\$ 64. Em números absolutos, pode-se verificar crescimento no Orçamento da União para a Saúde, mas dividido-se por cada brasileiro, tem apresentado queda expressiva".

**A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA GESTÃO DO SUS**

Foi o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, que serviu de base para a elaboração do capítulo sobre a Saúde na Constituição de 1988, que criou o SUS. A legislação federal (Constituição Federal, Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90) estabeleceu as normas gerais que orientam a participação da comunidade na gestão do SUS por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde. As Conferências de Saúde são instâncias colegiadas, de caráter consultivo, que possibilitam o exercício do controle social no âmbito do poder executivo, tendo como objetivo avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes da política de saúde em cada nível de governo, constituindo-se no mais importante fórum de participação ampla da população. Os Conselhos de Saúde buscam participar da discussão das políticas de saúde tendo uma atuação independente do governo, embora façam parte de sua estrutura. Nos Conselhos se manifestam os interesses dos diferentes segmentos sociais, possibilitando a negociação de propostas e o direcionamento de recursos para diferentes prioridades. O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente.

**CONTRÓLE SOCIAL EM DEBATE**

O controle social no SUS será tema da mesa-redonda que acontece no segundo dia (14/03) do Fórum Saúde e Democracia, às 14h30: "O terceiro setor, a sociedade e os horizontes da saúde no Brasil", com Zilda Arns (coordenadora nacional da Pastoral da Criança), Antônio Luiz Paranhos Ribeiro Leite de Brito (presidente da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, hospitais e entidades filantrópicas) e Ela Wiecko Volkmer de Castilho (subprocuradora-geral da república e procuradora federal dos Direitos do Cidadão).

COLUNA PUBLICADA EM 04.03.06

Mais verbas para a Saúde

**B - O PAÍS**

**FÓRUM SAÚDE E DEMOCRACIA**  
uma visão de futuro para o Brasil

**MAIS VERBAS PARA A SAÚDE**

**A** necessidade de União destinar mais recursos à Saúde é consenso entre os profissionais e estudiosos da área. Mas há outras ações e medidas que devem ser implementadas para garantir o que está previsto na Constituição: atendimento de qualidade a todos os brasileiros. Para Armando Raggio, coordenador de pós-graduação e extensão da Escola Superior de Saúde do Distrito Federal, é a Saúde, entre todas as políticas públicas de interesse estratégico, que sensibiliza os mais amplos setores e gera o maior número de debates diferentes. No caso, diz ele, época de eleição é um momento privilegiado para discutir o que foi feito e que caminhos tomar. "No começo da década de 80, a União arcava com cerca de 80% dos gastos com Saúde. Os gastos têm subido em termos nominais, mas o fato é que no fim da década de 90 esse percentual caiu para 60% e, hoje, é de 50%. Estados e municípios têm que pôr um real a cada real da União. Isso no quadro de dificuldade de distribuição do bolo da arrecadação em que vivemos", diz Raggio, argumentando que, mesmo se fossem cumpridas todas as obrigações do financiamento compartilhado por todos os atores governamentais, as dificuldades permaneceriam. "Existe uma contradição entre conceito e prática: nosso sistema de saúde é orientado pelos valores de proteção à saúde e é praticado pelo consumo de bens e de serviços." Sérgio Piola, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), afirma que é preciso mudar o paradigma do modelo de atenção à Saúde. "Mais dinheiro ou aplicar melhor? O investimento em Saúde no Brasil é de cerca de 7,5% do PIB, de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), e menos de 50% desse total é do setor público. Em outros países que têm sistemas de Saúde como o nosso - universal, com atendimento integral e igualitário - o investimento chega a 70%. Mas, evidentemente, é preciso aplicar cada vez melhor esses recursos, e para isso é necessário dar mais ênfase às ações de promoção e prevenção da Saúde. Algumas delas estão fora do âmbito da Saúde, embora interfiram diretamente em seus resultados, como a melhoria da distribuição de renda, da educação, dos níveis de emprego", diz o pesquisador. Já para o secretário de Saúde do Pará, Fernando Dourado, os governantes precisam se adequar e a sociedade tem que se conscientizar que o atendimento universal de Saúde é um direito conquistado pelo povo, garantido na Constituição. "É necessário que existam recursos garantidos para serem aplicados", diz ele. O secretário lembra que o SUS passou a "repartir o bolo" a partir de sua implementação, em 1990, redividindo os recursos que eram aplicados no sistema anterior. "Esse modelo ainda se mantém. E quando há algum recurso sobrando, também é dividido. Na Região Sudeste, 31% da população têm plano de saúde. Na Região Norte, apenas 7,5%. E, no entanto, a média per capita de recursos federais destinados ao Sudeste é quase o dobro do que se destina à Região Norte. Ou seja, precisamos, sim, de mais recursos e também da inversão dessa lógica de investimento."

**NECESSIDADE DE REGULAMENTAÇÃO DA EC 29**

O artigo 198 da Constituição, modificado pela Emenda Constitucional 29 de 2000, determinou a vinculação e os percentuais mínimos de recursos que cada ente federado é obrigado a aplicar em ações e serviços de saúde. Aos Estados cabe aplicar 12% da receita própria e 15% dessa receita aos Municípios. A União deve aportar o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB. É fundamental que se regulem a EC 29, de forma a superar definitivamente as interpretações que levam a uma instabilidade do financiamento do setor. Cabe aqui uma consideração importante: os percentuais previstos não podem ser considerados um teto, mas sim um patamar mínimo.

**ORÇAMENTO MUITO AQUÉM DO NECESSÁRIO**

O CONASS apresentou aos relatores da Comissão Mista do Orçamento um conjunto de propostas para a recomposição em R\$ 4,7 bilhões do Orçamento Federal da Saúde para 2006, referentes a ações prioritárias, cujos valores estão aquém do necessário para fazer frente às necessidades da população brasileira, quais sejam, procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (que incluem consultas médicas especializadas, internações, transplantes e procedimentos para diagnose), atenção primária e medicamentos de alto custo. No relatório final apresentado pelo relator-geral do Orçamento, deputado Carlito Merss, o acréscimo de recursos foi de apenas R\$ 1,1 bilhão. No próximo dia 7, está prevista a votação do relatório final do Orçamento e permanecendo os valores propostos pelo relator-geral haverá graves conseqüências, tanto na manutenção e ampliação dos atendimentos necessários à população, como no fornecimento de medicamentos de alto custo.

Foram discutidas as ações de saúde de 12 a 14 de março no Fórum de Capacitação, no Rio de Janeiro. Para a programação completa e inscrições, visite o site [www.conass.org.br](http://www.conass.org.br)

Realização e coordenação: **CONASS**

Parceiros: **NOVARTIS** e **SANDOZ**

Patrocinador: **GOVERNO DO BRASIL**

O conteúdo desta coluna é de responsabilidade do CONASS

A necessidade da União destinar mais recursos à Saúde é consenso entre os profissionais e estudiosos da área. Mas há outras ações e medidas que devem ser implementadas para garantir o que está previsto na Constituição: atendimento de qualidade a todos os brasileiros. Para Armando Raggio, coordenador de pós-graduação e extensão da Escola Superior de Saúde do Distrito Federal, é a Saúde, entre todas as políticas públicas de interesse estratégico, que sensibiliza os mais amplos setores e para a qual convergem os mais diferentes interesses. Por isso, diz ele, época de eleição é um momento privilegiado para discutir o que foi feito e que caminhos tomar. "No começo da década de 80, a União arcava com cerca de 80% dos gastos com Saúde. Os gastos têm subido em termos nominais, mas o fato é que no fim da década de 90 esse percentual caiu para 60% e, hoje, é de 50%. Estados e municípios têm que pôr um real a cada real da União. Isso no quadro de dificuldade de distribuição do bolo da arrecadação em que vivemos", diz Raggio, argumentando que, mesmo se fossem cumpridas todas as obrigações do financiamento compartilhado por todos os atores governamentais, as dificuldades permaneceriam. "Existe uma contradição entre conceito e prática: nosso sistema de saúde é orientado pelos valores de proteção à saúde e é praticado pelo consumo de bens e de serviços." Sérgio Piola, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), afirma que é preciso mudar o paradigma do modelo de atenção à Saúde. "Mais dinheiro ou aplicar melhor? O investimento em Saúde no Brasil é de cerca de 7,5% do PIB, de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), e menos de 50% desse total é do setor público. Em outros países que têm sistemas de Saúde como o nosso - universal, com atendimento integral e igualitário - o investimento chega a 70%. Mas, evidentemente, é preciso aplicar cada vez melhor esses recursos, e para isso é necessário dar mais ênfase às ações de promoção e prevenção da Saúde. Algumas delas estão fora do âmbito da Saúde, embora interfiram diretamente em seus resultados, como a melhoria da distribuição de renda, da educação, dos níveis de emprego", diz o pesquisador. Já para o secretário de Saúde do Pará, Fernando Dourado, os governantes precisam se adequar e a sociedade tem que se conscientizar que o atendimento universal de Saúde é um direito conquistado pelo povo, garantido na Constituição. "É necessário que existam recursos garantidos para serem aplicados", diz ele. O secretário lembra que o SUS passou a "repartir o bolo" a partir de sua implementação, em 1990, redividindo os recursos que eram aplicados no sistema anterior. "Esse modelo ainda se mantém. E quando há algum recurso sobrando, também é dividido. Na Região Sudeste, 31% da população têm plano de saúde. Na Região Norte, apenas 7,5%. E, no entanto, a média per capita de recursos federais destinados ao Sudeste é quase o dobro do que se destina à Região Norte. Ou seja, precisamos, sim, de mais recursos e também da inversão dessa lógica de investimento."

NECESSIDADE DE REGULAMENTAÇÃO DA EC 29

O artigo 198 da Constituição, modificado pela Emenda Constitucional 29 de 2000, determinou a vinculação e os percentuais mínimos de recursos que cada ente federado é obrigado a aplicar em ações e serviços de saúde. Aos Estados cabe aplicar 12% da receita própria e 15% dessa receita aos Municípios. A União deve aportar o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB. É fundamental que se regulem a EC 29, de forma a superar definitivamente as interpretações que levam a uma instabilidade do financiamento do setor. Cabe aqui uma consideração importante: os percentuais previstos não podem ser considerados um teto, mas sim um patamar mínimo.

ORÇAMENTO MUITO AQUÉM DO NECESSÁRIO

O CONASS apresentou aos relatores da Comissão Mista do Orçamento um conjunto de propostas para a recomposição em R\$ 4,7 bilhões do Orçamento Federal da Saúde para 2006, referentes a ações prioritárias, cujos valores estão aquém do necessário para fazer frente às necessidades da população brasileira, quais sejam, procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (que incluem consultas médicas especializadas, internações, transplantes e procedimentos para diagnose), atenção primária e medicamentos de alto custo. No relatório final apresentado pelo relator-geral do Orçamento, deputado Carlito Merss, o acréscimo de recursos foi de apenas R\$ 1,1 bilhão. No próximo dia 7, está prevista a votação do relatório final do Orçamento e permanecendo os valores propostos pelo relator-geral haverá graves conseqüências, tanto na manutenção e ampliação dos atendimentos necessários à população, como no fornecimento de medicamentos de alto custo.

FÓRUM SAÚDE E DEMOCRACIA  
uma visão de futuro para o Brasil

### INCORPORAÇÃO TECNOLÓGICA NA SAÚDE: CUSTO E BENEFÍCIO

A velocidade das inovações tecnológicas na Saúde neste início de milênio não tem paralelo com outros momentos da história da Humanidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 50% de todos os avanços terapêuticos disponíveis hoje em dia não existiam há dez anos. Novos equipamentos, drogas, medicamentos e procedimentos médicos, biomédicos e cirúrgicos surgem a cada dia para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças e para a reabilitação. Dados do Ministério da Saúde mostram que, de 2000 a 2004, passou de R\$ 600 milhões para R\$ 1 bilhão o valor aprovado para as internações de alta complexidade. A questão mais candente para os Estados é a dos novos medicamentos, ainda não previstos no Sistema Único de Saúde (SUS), cuja obrigatoriedade de fornecimento, muitas vezes obedecendo a decisões judiciais, tem consumido boa parte dos orçamentos destinados à Saúde.



“As novas tecnologias são extremamente importantes pela possibilidade que abrem de respostas aos problemas da Saúde, mas seu custo é cada vez mais alto. Os novos medicamentos consomem cerca de 8% de todos os recursos do SUS, e esse percentual deve chegar a 11% nos próximos anos”, explica o secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, Moisés Goldbaum.

O ministro da Saúde, Saraiva Felipe, assinou duas portarias criando grupos de trabalho que, em 120 dias, deverão definir as políticas de gestão tecnológica e de fluxo de incorporação de novas tecnologias no âmbito do SUS.

“Precisamos estabelecer protocolos clínicos para avaliar a eficácia dos novos medicamentos e como lidar com eles para dar sustentabilidade aos programas do SUS”, diz Goldbaum.

O secretário de Saúde do Rio Grande do Sul, Osmar Terra, avalia que a falta de regulamentação do uso de protocolos clínicos, que tenham validade perante o Judiciário, criou uma situação que não ocorre em outros países que têm sistemas de saúde universalizados e integrados como o brasileiro: “Precisamos dar subsídios ao Judiciário. Os protocolos clínicos produzidos pelas universidades deveriam nortear também os juízes”, diz Terra, acrescentando que o fornecimento dos remédios a portadores de doenças raras e crônicas é obrigação do SUS e não deve ser questionado, mas que necessita de parâmetros legais. “No Rio Grande do Sul, gastamos com medicamentos experimentais quatro vezes mais do que com o programa Médico da Família. Como é possível que um grama de Interferon peguilado, usado no tratamento da hepatite C, custe R\$ 5 milhões?”, indaga o secretário Osmar Terra.



“Precisamos estabelecer um diálogo com o Judiciário”, diz Goldbaum.

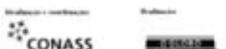
O secretário de Saúde do Rio Grande do Sul, Osmar Terra, avalia que a falta de regulamentação do uso de protocolos clínicos, que tenham validade perante o Judiciário, criou uma situação que não ocorre em outros países que têm sistemas de saúde universalizados e integrados como o brasileiro: “Precisamos dar subsídios ao Judiciário. Os protocolos clínicos produzidos pelas universidades deveriam nortear também os juízes”, diz Terra, acrescentando que o fornecimento dos remédios a portadores de doenças raras e crônicas é obrigação do SUS e não deve ser questionado, mas que necessita de parâmetros legais. “No Rio Grande do Sul, gastamos com medicamentos experimentais quatro vezes mais do que com o programa Médico da Família. Como é possível que um grama de Interferon peguilado, usado no tratamento da hepatite C, custe R\$ 5 milhões?”, indaga o secretário Osmar Terra.

“Precisamos estabelecer protocolos clínicos para avaliar a eficácia dos novos medicamentos e como lidar com eles para dar sustentabilidade aos programas do SUS”, diz Goldbaum.

#### FÓRUM SAÚDE E DEMOCRACIA

O Fórum Saúde e Democracia, que será realizado no Rio de Janeiro, no Forte de Copacabana, nos dias 13 e 14 de março, terá a participação, entre outros, do ministro da Saúde, Saraiva Felipe, e dos ex-ministros Adão Lacerda, José Serra e Humberto Costa.

Visite a programação completa no site [www.conass.org.br](http://www.conass.org.br)



O conteúdo desta coluna é de responsabilidade do CONASS

## COLUNA PUBLICADA EM 09.03.06 Incorporação Tecnológica na Saúde: Custo e benefício

A velocidade das inovações tecnológicas na Saúde neste início de milênio não tem paralelo com outros momentos da história da Humanidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 50% de todos os avanços terapêuticos disponíveis hoje em dia não existiam há dez anos. Novos equipamentos, drogas, medicamentos e procedimentos médicos, biomédicos e cirúrgicos surgem a cada dia para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças e para a reabilitação. Dados do Ministério da Saúde mostram que, de 2000 a 2004, passou de R\$ 600 milhões para R\$ 1 bilhão o valor aprovado para as internações de alta complexidade. A questão mais candente para os Estados é a dos novos medicamentos, ainda não previstos no Sistema Único de Saúde (SUS), cuja obrigatoriedade de fornecimento, muitas vezes obedecendo a decisões judiciais, tem consumido boa parte dos orçamentos destinados à Saúde. “As novas tecnologias são extremamente importantes pela possibilidade que abrem de respostas aos problemas da Saúde, mas seu custo é cada vez mais alto. Os novos medicamentos consomem cerca de 8% de todos os recursos do SUS, e esse percentual deve chegar a 11% nos próximos anos”, explica o secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, Moisés Goldbaum. O ministro da Saúde, Saraiva Felipe, assinou duas portarias criando grupos de trabalho que, em 120 dias, deverão definir as políticas de gestão tecnológica e de fluxo de incorporação de novas tecnologias no âmbito do SUS. “Precisamos estabelecer protocolos clínicos para avaliar a eficácia dos novos medicamentos e como lidar com eles para dar sustentabilidade aos programas do ministério, e racionalizar sua incorporação ao SUS. Precisamos de uma sistemática de trabalho que diminua as demandas judiciais relativas aos medicamentos que ainda não estão no sistema de Saúde. Queremos estabelecer um diálogo com o Judiciário”, diz Goldbaum. O secretário de Saúde do Rio Grande do Sul, Osmar Terra, avalia que a falta de regulamentação do uso de protocolos clínicos, que tenham validade perante o Judiciário, criou uma situação que não ocorre em outros países que têm sistemas de saúde universalizados e integrais como o brasileiro. “Precisamos dar subsídios ao Judiciário. Os protocolos clínicos produzidos pelas universidades deveriam nortear também os juízes”, diz Terra, acrescentando que o fornecimento dos remédios a portadores de doenças raras e crônicas é obrigação do SUS e não deve ser questionado, mas que necessita de parâmetros legais. “No Rio Grande do Sul, gastamos com medicamentos experimentais quatro vezes mais do que com o programa Médico da Família. Como é possível que um grama de Interferon peguilado, usado no tratamento da hepatite C, custe R\$ 5 milhões?”, indaga o secretário Osmar Terra.

COLUNA PUBLICADA EM 11.03.06

**O futuro do SUS: Como garantir a universalidade e a integralidade**

10 - O PAÍS

**FÓRUM SAÚDE E DEMOCRACIA**  
uma visão de futuro para o Brasil

**O FUTURO DO SUS: COMO GARANTIR A UNIVERSALIDADE E A INTEGRALIDADE**

A Constituição de 1988 estabeleceu o conceito de saúde, incorporando os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais. Para se ter saúde é preciso ter acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, saneamento, lazer, educação etc. No seu artigo 196, define que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. O sistema de Saúde vive o desafio de cumprir essa missão considerando as barreiras das restrições orçamentárias e de sucessivas políticas econômicas que não permitem investimentos sociais que se reflitam em mais recursos para a área de saúde. Dois ex-ministros da Saúde, Adib Jatene e Humberto Costa, que participaram do Fórum Saúde e Democracia apresentando o painel "Uma visão de futuro para o Brasil", nos dias 13 e 14 de março de 2006, falam de suas experiências como ministros da Saúde e de como, em seu entendimento, é possível garantir a universalidade e a integralidade do Sistema Único de Saúde. Na sua avaliação, qual é hoje o principal desafio para o SUS?

**ADIB JATENE** - O maior desafio é o subfinanciamento. O esquema financeiro, que já melhorou um pouco, ainda é muito insuficiente. Avançamos no programa saúde da família, que precisa ser reorganizado, completado em sua formulação, com um volume financeiro adequado. Costumo dizer que a Saúde não é mesmo prioridade em nosso país, porque prioridade se identifica pela destinação de recursos que se dá a um setor. Com os recursos de que dispõe, no entanto, o sistema tem um desempenho extraordinário.

**HUMBERTO COSTA** - Ainda é a sua implementação integral nos moldes previstos pela Constituição. Logicamente que, para que essa implementação aconteça, com legitimidade política para que a população reconheça que o sistema funciona e atende às demandas, é necessário que os recursos sejam ampliados. Mais do que isso, é importante gastar com mais racionalidade o que temos e, ao mesmo tempo, estabelecer responsabilidades em governo federal, estadual e municipal. Uma das maiores preocupações que o governo deve ter na área de saúde, e que nós tivemos quando estávamos no Ministério, é a definição de uma Lei de Responsabilidade Sanitária. Com diretrizes que obriguem os governos federal, estadual e municipal a cumprir as regras propostas pela emenda 29, e que garantam que os gestores públicos compareçam aquilo que é sua responsabilidade. É como garantir o atendimento universal e integral à população.

**ADIB JATENE** - Não concordo com essa afirmação. Os recursos, mesmo que de forma lenta, têm crescido nos âmbitos federal, estadual e municipal. Insisto que, embora os recursos ainda sejam poucos, não têm sido gastos da forma mais racional possível. É um problema de gestão, principalmente na ponta do sistema. Temos que entender que qualquer sistema de saúde no mundo é uma crescente fonte de gastos, a ampliação dos recursos se faz necessária. No Brasil, temos muita coisa a fazer em termos de prevenção, principalmente secundária. Por exemplo, boa parte dos transplantes está ligada a casos de pacientes com hipertensão arterial, diabetes, enfermidades que devem ser tratadas previamente desde que haja um diagnóstico precoce, com garantia de acompanhamento, principalmente medicamentoso. Também é necessária uma regulamentação muito mais consistente em relação à incorporação tecnológica. No Brasil esse processo tende a ser muito acelerado. Há casos em que essas descobertas são incorporadas sem sequer ter comprovado sua eficácia ou mesmo um avanço significativo.

**HUMBERTO COSTA** - Não concordo com essa afirmação. Os recursos, mesmo que de forma lenta, têm crescido nos âmbitos federal, estadual e municipal. Insisto que, embora os recursos ainda sejam poucos, não têm sido gastos da forma mais racional possível. É um problema de gestão, principalmente na ponta do sistema. Temos que entender que qualquer sistema de saúde no mundo é uma crescente fonte de gastos, a ampliação dos recursos se faz necessária. No Brasil, temos muita coisa a fazer em termos de prevenção, principalmente secundária. Por exemplo, boa parte dos transplantes está ligada a casos de pacientes com hipertensão arterial, diabetes, enfermidades que devem ser tratadas previamente desde que haja um diagnóstico precoce, com garantia de acompanhamento, principalmente medicamentoso. Também é necessária uma regulamentação muito mais consistente em relação à incorporação tecnológica. No Brasil esse processo tende a ser muito acelerado. Há casos em que essas descobertas são incorporadas sem sequer ter comprovado sua eficácia ou mesmo um avanço significativo.

**ADIB JATENE** - Claro que há problemas de gestão, mas essa não é a questão central. Afirmar isso é falácia. Os problemas de gestão têm sido enfrentados. Quando nós estivemos no governo, enfrentamos o problema das fraudes, principalmente na ponta. O financiamento é a questão, é insuficiente. Os tetos estabelecidos pelo SUS para os municípios e estados é muito baixo. Os hospitais que trabalham preferencialmente com o SUS, como as Santas Casas, estão todos endividados. Os tetos de pagamentos são muito baixos.

**HUMBERTO COSTA** - Claro que há problemas de gestão, mas essa não é a questão central. Afirmar isso é falácia. Os problemas de gestão têm sido enfrentados. Quando nós estivemos no governo, enfrentamos o problema das fraudes, principalmente na ponta. O financiamento é a questão, é insuficiente. Os tetos estabelecidos pelo SUS para os municípios e estados é muito baixo. Os hospitais que trabalham preferencialmente com o SUS, como as Santas Casas, estão todos endividados. Os tetos de pagamentos são muito baixos.

**FÓRUM SAÚDE E DEMOCRACIA**  
O Fórum Saúde e Democracia, que será realizado no Rio de Janeiro, no Hotel Copacabana, nos dias 13 e 14 de março, terá a participação, entre outros, do ministro da Saúde, Carlos Maluf, e dos ex-ministros Adib Jatene, José Sérgio e Humberto Costa.

Há a programação completa no site [www.conass.org.br](http://www.conass.org.br)

Realização e coordenação: **CONASS** - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Patrocínio: **GOVERNO FEDERAL**, **SANTAS CASAS**, **SINDICATO NACIONAL DE MÉDICOS**

O compromisso ético-cidadão é de responsabilidade do CONASS

A Constituição de 1988 redefiniu o conceito de saúde, incorporando novas dimensões. Para se ter saúde é preciso ter acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação, etc. Em seu artigo 196, define que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. O sistema de Saúde vive o desafio de cumprir essa missão vencendo as barreiras das restrições orçamentárias e de sucessivas políticas econômicas que não priorizam investimentos sociais que se reflitam em mais recursos para a área da saúde. Dois ex-ministros da Saúde, Adib Jatene e Humberto Costa, que participarão do Fórum Saúde e Democracia apresentando o painel "Uma visão de futuro para o Brasil", nos dias 13 e 14 de março (veja programação completa no site do CONASS), falam de suas experiências como ministros da Saúde e de como, em seu entendimento, é possível garantir a universalidade e a integralidade no Sistema Único de Saúde.

Na sua avaliação, qual é hoje o principal desafio para o SUS?

**ADIB JATENE** - O maior desafio é o subfinanciamento. O esquema financeiro, que já melhorou um pouco, ainda é muito insuficiente. Avançamos no programa saúde da família, que precisa ser reorganizado, completado em sua formulação, com um volume financeiro adequado. Costumo dizer que a Saúde não é mesmo prioridade em nosso país, porque prioridade se identifica pela destinação de recursos que se dá a um setor. Com os recursos de que dispõe, no entanto, o sistema tem um desempenho extraordinário.

**HUMBERTO COSTA** - Ainda é a sua implementação integral nos moldes previstos pela Constituição. Logicamente que, para que essa implementação aconteça, com legitimidade política para que a população reconheça que o sistema funciona e atende às demandas, é necessário que os recursos sejam ampliados. Mais do que isso, é importante gastar com mais racionalidade o que temos e, ao mesmo tempo, estabelecer responsabilidades aos gestores federal, estaduais e municipais. Uma das maiores preocupações que o governo deve ter na área de saúde, e que nós tivemos quando estávamos no Ministério, é a definição de uma Lei de Responsabilidade Sanitária. Com diretrizes que obriguem os governos federal, estadual e municipal a cumprir as regras propostas pela emenda 29, e que garantam que os gestores públicos compareçam aquilo que é sua responsabilidade. É como garantir o atendimento universal e integral à população.

E como garantir o atendimento universal e integral à população diante da progressiva redução de verbas federais para a saúde desde meados dos anos 90?

**HUMBERTO COSTA** - Não concordo com essa afirmação. Os recursos, mesmo que de forma lenta, têm crescido nos âmbitos federal, estadual e municipal. Insisto que, embora os recursos ainda sejam poucos, não têm sido gastos da forma mais racional possível. É um problema de gestão, principalmente na ponta do sistema. Temos que entender que qualquer sistema de saúde no mundo é uma crescente fonte de gastos, a ampliação dos recursos se faz necessária. No Brasil, temos muita coisa a fazer em termos de prevenção, principalmente secundária. Por exemplo, boa parte dos transplantes está ligada a casos de pacientes com hipertensão arterial, diabetes, enfermidades que devem ser tratadas previamente desde que haja um diagnóstico precoce, com garantia de acompanhamento, principalmente medicamentoso. Também é necessária uma regulamentação muito mais consistente em relação à incorporação tecnológica. No Brasil esse processo tende a ser muito acelerado. Há casos em que essas descobertas são incorporadas sem sequer ter comprovado sua eficácia ou mesmo um avanço significativo.

**ADIB JATENE** - Claro que há problemas de gestão, mas essa não é a questão central. Afirmar isso é falácia. Os problemas de gestão têm sido enfrentados. Quando nós estivemos no governo, enfrentamos o problema das fraudes, principalmente na ponta. O financiamento é a questão, é insuficiente. Os tetos estabelecidos pelo SUS para os municípios e estados é muito baixo. Os hospitais que trabalham preferencialmente com o SUS, como as Santas Casas, estão todos endividados. Os tetos de pagamentos são muito baixos.

problema das fraudes, principalmente na ponta. O financiamento é a questão, é insuficiente. Os tetos estabelecidos pelo SUS para os municípios e estados é muito baixo. Os hospitais que trabalham preferencialmente com o SUS, como as Santas Casas, estão todos endividados. Os tetos de pagamentos são muito baixos.

## Feira "O SUS que dá certo" - Experiências de sucesso no SUS

Paralelamente ao Fórum, as Secretarias Estaduais de Saúde apresentaram experiências de sucesso desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

### ACRE

Com o nome de "Experiências que Deram Certo", o estande da Secretaria de Saúde do Acre apresentou o Programa de Eliminação da Hanseníase, que envia médicos aos locais de difícil acesso para realizarem trabalho educativo, de diagnóstico precoce e tratamento. O Saúde Itinerante leva, aos seringais, às aldeias indígenas e aos pequenos municípios, especialistas e médicos generalistas, e também são oferecidos exames como ultra-sonografia, Cirurgia de Alta Frequência (CAF), preventivo de câncer de colo de útero e eletrocardiograma, entre outros. A Secretaria de Saúde do Estado do Acre mostrou também o Programa Capacitação de Parteiras Tradicionais, o Conselho Popular de Saúde e o Dinheiro Direto no Hospital.



### ALAGOAS

Os participantes do Fórum tiveram a oportunidade de conhecer o Projeto Crescer, que monitora todas as crianças menores de um ano, além de promover reuniões com as Equipes da Saúde da Família e de melhorar as condições para um crescimento

saudável. Detectar a sífilis congênita é outra preocupação de Alagoas, que apresentou o Programa Caça ao Pallidum, o qual realiza exames no recém-nascido e nos pais. Também foi exibida a cartilha "Falando sobre a esquistossomose", que orienta a população no combate à doença.



## BAHIA

O Projeto Mais Saúde Bahia, parceria do governo do Estado com os municípios baianos, foi o carro-chefe do estande. Ele visa melhorar a qualidade das ações de saúde e dos indicadores dos seguintes agravos: hipertensão arterial, diabetes, hanseníase, tuberculose, câncer de colo uterino e anemia falciforme. A capacitação dos profissionais, a assinatura de um termo de compromisso e o encaminhamento de pacientes especiais para médicos especialistas são as ações-base do Programa.



## CEARÁ

Projeto Saúde mais Perto de Você prevê o atendimento à população mais próximo de onde as pessoas moram, evitando, ao máximo, as transferências para a capital. O Programa facilita o acesso gratuito da população aos serviços especializados nas áreas ambulatorial e de internação. Isso por meio de 29 hospitais-pólo instalados nas 22 microrregionais em que a saúde do Estado é

dividida. Nestes hospitais, são feitos atendimentos dos encaminhamentos realizados pelas equipes de PSF e pelas unidades municipais de saúde.

## DISTRITO FEDERAL

Saúde e Cultura: estas foram as novidades que a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal trouxe para o Rio de Janeiro. No Hospital de Apoio de Brasília, os pacientes, os voluntários e os acompanhantes desenvolvem diversas manifestações culturais como pintura de quadros, peças teatrais, musicais, entre outros. Os portadores de câncer contam com o Programa de Cuidados Paliativos, para minimizar a dor, os sintomas da doença, além de apoiar a família e oferecer assistência domiciliar.





## GOIÁS

O estande de Goiás mostrou a Campanha de Olho na Visão, responsável por 45 mil exames em idosos e realização de 1,5 mil cirurgias de cataratas, além de 20 mil consultas gratuitas e distribuição de cerca de 20 mil óculos. Também foi destaque o Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (Crer), criado para

suprir a necessidade de que o Estado de Goiás tinha quanto ao tratamento de reabilitação dos portadores de deficiências física e auditiva. O Crer firma-se como centro de referência em reabilitação ao oferecer tratamento multiprofissional que envolve, em um mesmo objetivo, vasta gama de especialidades, visando a uma reabilitação global. O Crer oferece ainda um Complexo Centro de Diagnóstico, que realiza vários tipos de exames; Oficina Ortopédica, que confecciona órteses e próteses sob prescrição médica; e Serviço de Internação com 64 leitos altamente equipados. Desde a inauguração em setembro de 2002, já foi realizado, aproximadamente, 1 milhão de procedimentos em mais de 26 mil pacientes, considerando que 800 pessoas são atendidas por dia.

## MARANHÃO

O estande maranhense apresentou os Programas Saúde da Família (PSF), Leite é Vida, Unidade Sanitária e Água em Minha Casa, uma vez que saneamento básico é uma das políticas públicas de Saúde no Estado. Gastropediatras e nutricionistas participam do Programa Leite Especial, distribuído para crianças com intolerância e alergia alimentar e prestam atendimento especializado até o fim do tratamento.



### MINAS GERAIS

Na Feira “O SUS que Dá Certo”, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais apresentou as experiências de sucesso, como os Programas Pro-Hosp, Viva Vida e Saúde em Casa, além da Programação Pactuada Integrada (PPI) e as Centrais de Regulação. Também foi exibida a utilização do Sistema de Telemedicina no atendimento aos pacientes portadores de doenças cardiovasculares em Minas Gerais. Esse projeto, que tem a participação da Prefeitura de Belo Horizonte, é pioneiro e reúne cinco universidades do Estado. Foi mostrado, ainda, o papel do controle social na gerência do Hospital Sofia Feldman.



### MATO GROSSO DO SUL

No estande do Mato Grosso do Sul, foi exposta a experiência pioneira em ações de prevenção à troca de bebês em maternidades, por meio do Programa Estadual de Identificação Genética com distribuição de kits padrões aos hospitais e armazenamento de dados e materiais genéticos por 20 anos.

Outra proposta também pioneira no país foram as ações em prol do aleitamento materno, com amparo legal mediante a reorganização institucional feita pelo poder público, com a Lei no 2.576, de 19/12/2002, que estabeleceu a Política de Aleitamento Materno para o Mato Grosso do Sul. Entre os projetos de aleitamento materno, destacam-se: Carteiro Amigo da Amamentação (desenvolvido em 11 dos 78 municípios em parceria com os Correios e o Ministério da Saúde); Bombeiro Amigo da Amamentação (implementado em 2002, hoje com 180 bombeiros treinados para orientação e assistência domiciliar e coleta de leite humano, aumentando em 100% a coleta de leite); Iniciativa Hospital Amigo da Criança, com hospitais credenciados ao Programa nos municípios de Dourados, Aquidauana, Campo Grande e Três Lagoas; Método Mãe Canguru, com 285 profissionais capacitados para dar atenção especial aos recém-nascidos de baixo peso, e Projeto Cultura Indígena e Amamentação, desenvolvido a partir de 2003 em parceria com a Funasa, com oficinas que desenvolvem material educativo nas línguas Guarani, Kadiwéu e Terena, distribuído em escolas e postos de saúde para incentivar a amamentação nas comunidades indígenas do Estado.

## PARÁ

O estande da SES do Pará apresentou a experiência do Programa Saúde à Distância por meio do qual foram implementadas 143 estações de saúde com equipamentos para apoio clínico e webconferências, oferecendo aos profissionais da saúde maior interação, uma vez que o Estado tem dimensões continentais, o que dificulta o deslocamento. O Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência, que contará com o primeiro centro de tratamento de queimados do Norte do Brasil, também foi tema no evento.



## PARANÁ

A Secretaria de Saúde do Paraná apresentou no Fórum Saúde e Democracia propostas e soluções encontradas no Estado para a área de reabilitação. Além da construção de um hospital modelo, que custará R\$ 15 milhões, da existência de um Centro Regional de Atendimento ao Deficiente (Craid), 210 Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (Apaes) foram cadastradas no SUS. Dessa maneira, o tratamento dos pacientes é personalizado e as entidades ganham novo aporte financeiro. Já foram promovidas discussões sobre o tema em evento organizado em Curitiba e em viagens, como para o Canadá, que possui o maior instituto de referência em reabilitação.

## PERNAMBUCO

A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) expôs, em painéis, alguns programas que obtiveram sucesso ao longo de quase oito anos de governo e ainda investimentos importantes para a população. Entre eles, pode-se destacar: Central de Transplantes, a primeira do Norte-Nordeste e a sexta do país em número de transplantes – em 2005, foram feitos 945 procedimentos; em 2006, a meta é superar mil transplantes –; Saúde na Feira, criado em 1999, este Programa já foi a 171 dos 184 municípios pernambucanos, levando serviços de saúde para o interior do Estado – em 2006, 25 municípios deverão ser beneficiados; o Programa Qualisus implementado no Hospital da Restauração, que possui a maior emergência do Norte-Nordeste do Brasil – nessa unidade, já está funcionando o Qualisus, que visa melhorar o atendimento nas grandes emergências. Nele, o paciente é identificado pelo grau de risco, o que agiliza o atendimento para casos mais graves e a ampliação de leitos de UTI (somente em 2006 já foram abertas 43 novas vagas de UTI, sendo 23 na rede própria e 20 por meio de convênio com unidades privadas); Farmácias – desde 1999, o atual governo instalou 31 farmácias do Lafepe em todo o Estado – nelas, os medicamentos são vendidos por preços até 500% inferiores aos estabelecimentos convencionais. Além disso, foram criadas 15 óticas que comercializam óculos a preços bem abaixo dos de mercado; Ligue Saúde e Ouvidoria, esses dois importantes meios de comunicação e informação com o usuário do SUS foram inaugurados em 2006; Samu Metropolitano, o Programa, antes restrito ao Recife, foi implementado em outras dez cidades da Região Metropolitana (Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Abreu e Lima, Ipojuca, Igarassu e São Lourenço da Mata e Goiana), na Zona da Mata, garantindo atendimento de urgência mais rápido e eficiente para mais de 3,5 milhões de pessoas. O Samu é uma parceria entre as esferas municipal, estadual e federal; Laboratório Público



capacita profissionais de saúde em Emergência Cardiológica – inaugurado em 2006, o centro fornece capacitações sobre atendimento de urgência a médicos e profissionais de saúde do Estado. Em uma iniciativa pioneira, o governo do Estado está custeando o treinamento de profissionais da rede pública.



## **PIAUÍ**

A Secretaria de Estado de Saúde do Piauí trouxe um vídeo com algumas ações pioneiras de inclusão social, além de trabalhos com portadores de necessidades especiais. Foram desenvolvidas cartilhas em braile voltadas às mulheres com deficiência visual que são vítimas de violência sexual. Outra iniciativa com foco na mobilização

social é a produção do Manual Cidadão Vigilante, que aborda situações do dia-a-dia em que o usuário do SUS recebe informações sobre prevenção e promoção da Saúde.

## **RIO DE JANEIRO**

A Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro apresentou as centrais de regulação do Estado, o Programa de Inclusão Digital das Secretarias Municipais de Saúde, a informatização hospitalar e o Sistema de Informação para Apoio a Decisão, como soluções para otimização do atendimento. Exibiu também a implementação de dois Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais do Estado que fazem cerca de 4 mil atendimentos e influem decisivamente na cobertura vacinal do Rio de Janeiro. O Programa Farmácia Popular também foi mostrado no evento e foi responsável por uma economia de R\$ 90 milhões na compra de remédios.



### RIO GRANDE DO SUL

A Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul apresentou na Feira o Programa Primeira Infância Melhor (PIM) que é inédito no país e prevê o estímulo ao desenvolvimento integral infantil entre zero e seis anos de idade. O PIM atua na promoção de potencialidades e inteligência das crianças, repassando à população mais carente orientações que vão desde a importância do pré-natal até cuidados simples. Entre as ações do Programa Saúde da Família (PSF), destaque para o trabalho em cada região do Estado. No que se refere à distribuição de medicamentos excepcionais, o compartilhamento de doses é uma novidade que foi mostrada.



### RONDÔNIA

O Estado relatou a experiência de 2005, quando a Secretaria de Saúde realizou reuniões itinerantes da Comissão Intergestores Bipartite. Outro fato abordado foi a aliança ocorrida em Rondônia voltada para hanseníase e tuberculose, que envolveu diversas entidades e grupos representativos da sociedade, com o objetivo de detectar novos casos e acompanhá-los, além de divulgar essas doenças. Lá também é realizada a reabilitação psicossocial aos portadores de hanseníase para promover a reintegração e a inclusão social dos pacientes com alta por cura.



### RORAIMA

A implementação da Estratégia do Tratamento Diretamente Observado em Roraima foi a ação de destaque do estande. A reorganização dos serviços e a municipalização das ações de Vigilância Epidemiológica fazem parte da estratégia. A Secretária do Estado mostrou também o Programa de Controle da Tuberculose implantado nos 15 municípios do Estado e nos dois distritos indígenas. O Programa conseguiu aumentar para 85% o número de pacientes curados e reduziu para 2% o abandono do tratamento.





## SANTA CATARINA

A distribuição de um manual de orientações sobre as normas sanitárias para comunidades terapêuticas foi a ação pioneira do Estado, apresentada pela Diretoria de Vigilância Sanitária de Santa Catarina no Fórum Saúde e Democracia. Este material é voltado para as comunidades terapêuticas, responsáveis pelo fornecimento e pelo suporte aos

usuários abusivos de substâncias psicoativas. Também foi editado manual de orientações sobre as normas sanitárias para o sistema carcerário. Com o objetivo de orientar as ações e os projetos locais e/ou regionais do Sistema Prisional, no âmbito da Vigilância Sanitária. Dessa forma, pretende-se possibilitar a melhoria da qualidade do atendimento, reduzindo os agravos à saúde aos quais a população prisional está exposta.

Outro manual confeccionado foi a cartilha "Vigilância Sanitária: cidadania e inclusão social", que explica como é o trabalho desenvolvido pela Vigilância Sanitária e incentiva a participação popular, tornando cada cidadão um fiscalizador atento, que, promovendo e protegendo a saúde, estará exercendo a sua cidadania e a inclusão social. As cartilhas foram encaminhadas para municípios catarinenses, escolas e população em geral. Também estão sendo distribuídos à população e aos estabelecimentos comerciais folders e cartazes com o tema "Você é o melhor vigilante da sua saúde", com dicas de alimentação, higiene e comportamento que o consumidor deve observar em bares, quiosques e restaurantes.

## SÃO PAULO

O estande paulista trouxe a experiência do Estado nas parcerias com as Organizações Sociais de Saúde, que por meio de contratos de gestão gerenciam serviços de saúde. O desempenho das organizações é avaliado por comissões compostas por integrantes de diversas instituições. O maior laboratório oficial do Brasil, a Fundação para o Remédio Popular, também mostrou seu trabalho. O projeto Saúde do Bebê, da Secretaria, distribuiu cartilhas com dicas para as gestantes que dão à luz em hospitais estaduais sobre procedimentos e formas de promoção e prevenção da Saúde.



## SERGIPE

Os sete principais programas e projetos de Saúde de Sergipe foram apresentados no estande do Estado. A profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde, que regulariza o vínculo empregatício destes; o Pró-Família, Programa de promoção e prevenção da Saúde; o Programa de organização da Atenção Básica, que auxilia na consolidação do Saúde da Família; a construção da Sala de Situação, responsável pelos estudos descritivos da Saúde no Estado; o Programa de Proteção à Gestante, que conseguiu reduzir os índices de mortalidade infantil; a implementação da Educação Continuada, capacitando os profissionais da área; além do Centro de Atenção à Saúde de Sergipe, que tem o objetivo de dar comodidade aos usuários, foram as atrações de Sergipe no evento.



## TOCANTINS

A educação permanente está em vigor em Tocantins. Lá, existem o Programa de implementação de Núcleos de Educação Permanente; de integração de ensino, serviço e gestão; residência médica multiprofissional; entre outros. Projetos de pós-graduação; qualificação e requalificação da atenção ambulatorial de Média e Alta Complexidade; de laboratórios de aprendizagem e formação em áreas específicas garantem a melhora da capacitação dos profissionais da área.



# Cobertura do Evento pela mídia



MATÉRIA

## Jatene defende cobrança em hospitais públicos

O Globo

Terça-feira, 14 de março de 2006



MATÉRIA

## Há um grave processo de judicialização do setor

O Globo

Terça-feira, 14 de março de 2006



MATÉRIA

## Secretários resistem à Lei de Responsabilidade

O Globo

Quarta-feira, 15 de março de 2006

# MATÉRIA Ex-ministro insiste em lei para punir prefeito

Jornal do Commercio  
Quarta-feira, 15 de março de 2006



MATÉRIA  
**Direito à saúde**  
Jornal do Commercio  
Quarta-feira, 15 de março de 2006

## EDITORIAL Saída para o SUS

O Globo  
Domingo, 19 de março de 2006



ARTIGO SARAIVA FELIPE  
**A defesa do SUS**

O Globo  
 Segunda-feira, 20 de março de 2006



SUPLEMENTO ESPECIAL  
**Fórum Saúde e Democracia**



O Globo  
 Quinta-feira, 30 de março de 2006

REVISTA  
**A doença da saúde**

Primeira Leitura  
 Abril de 2006 nº - 050



## **Cobertura Globo *On line***

### **SEXTA-FEIRA, 3 DE MARÇO DE 2006**

Sanitaristas se mobilizam para pressionar votações no Congresso

“O SUS não aconteceu no Rio de Janeiro”, diz sanitарista da UFF

Brasil precisa investir o triplo para garantir boa saúde à população

De norte a sul do Brasil, as histórias de quem faz o SUS acontecer

Abrasco: “O SUS é a expressão maior da reforma sanitária”

### **SEGUNDA-FEIRA, 6 DE MARÇO DE 2006**

Mais verbas para a Saúde

### **QUARTA-FEIRA, 8 DE MARÇO DE 2006**

Perfil dos Hospitais Filantrópicos

Resultado da pesquisa: qual é o maior problema do SUS?

### **SEXTA-FEIRA, 10 DE MARÇO DE 2006**

Loteria Timemania beneficiará Santas Casas de Misericórdia

### **SEGUNDA-FEIRA, 13 DE MARÇO DE 2006**

Saraiva Felipe: “Se faltar medicamento no Rio, a responsabilidade será do ministro da Saúde”

Presidente da Frente Parlamentar é contra repasse de verba do SUS para a Farmácia Popular

Frente pede pressão da sociedade pela aprovação da Emenda da Saúde

Jatene: “É falácia dizer que não faltam recursos para o SUS”

HOT SITE DO FÓRUM NA PÁGINA DO CONASS





HOT SITE DO GLOBO ON LINE

Ministro da Saúde critica "judicialização da Saúde"

"Diminuição da desigualdade beneficiou Saúde Pública", diz deputado petista

"Investimentos em saneamento reduziram gastos com Saúde", diz deputado do PMDB

Deputado do PFL defende quarentena para ministros da Saúde

Ministro da Saúde critica baixos salários dos médicos da rede pública

Para Pestana, propostas de segmentação do SUS são perigosas

## TERÇA-FEIRA, 14 DE MARÇO DE 2006

Começa o segundo dia do Fórum Saúde e Democracia

"Fórum é implementação concreta do Pacto pela Saúde", diz Pestana

Presidente da Fiocruz faz discurso em defesa da vida

Reforma no modelo de gestão de saúde é discutida por especialistas

Dilma destaca Pacto pela Vida

Voluntariado garante sobrevivência da Pastoral da Criança

Zilda Arns: "Meta da Pastoral é atingir 50% das crianças pobres em três anos"

Fórum atrai visitantes de todo o país

"Sem descentralização e municipalização, SUS vai continuar sendo utopia", diz prefeito

Estados apresentam em seus estandes experiências de sucesso do SUS

Humberto Costa diz que qualidade é o grande desafio do SUS

Ex-ministro Costa elogia pesquisas científicas no Brasil

Humberto Costa: "Um ano após intervenção, caos na Saúde do Rio é o mesmo

## **1º Encontro do CONASS para Troca de Experiências das SES**

**- Atenção Primária à Saúde, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Assistência Hospitalar e Gestão e Regulação**

**(Ceará, Fortaleza – agosto/2005)**

Trocar experiências entre as Secretarias de Saúde é possibilitar o aprendizado mútuo, incentivar e fortalecer as equipes técnicas, implementar e aperfeiçoar um importante processo de cooperação horizontal, em que equipes técnicas de um Estado podem ajudar as equipes técnicas de outro.

Nosso país é demasiadamente complexo, considerando suas diversidades e especificidades regionais, mas tem demonstrado ser também criativo e inovador quando se trata de buscar soluções para os problemas de saúde da população.

Entretanto, nem sempre temos tempo ou oportunidade de conhecer os diferentes trabalhos bem-sucedidos realizados pelas SES. As boas práticas são rapidamente assimiladas e passam a fazer parte do dia-a-dia das SES e nem sempre são socializadas.

Para desenvolver esse processo de cooperação horizontal, o CONASS realizou em Fortaleza, no período de 4 a 6 de agosto de 2005, o "1º Encontro do CONASS para Troca de Experiências".

Neste encontro, a melhoria da qualidade de vida da população

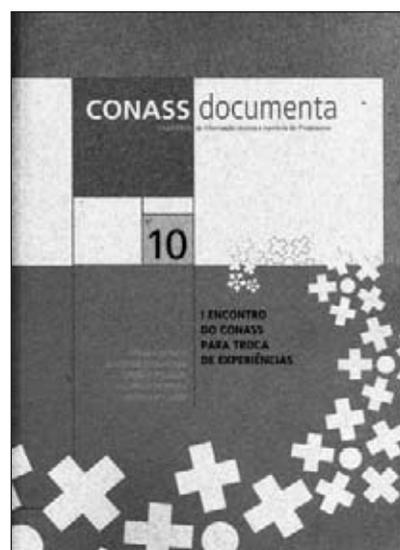
foi o principal enfoque das 55 experiências encaminhadas à Secretaria Executiva do CONASS. Destas, foram selecionados 22 projetos para apresentação, considerando o critério de relevância da experiência, de resultados obtidos e de compatibilidade com as prioridades estabelecidas pelos 27 gestores estaduais. Foram abordados os

O GOVERNADOR DO CEARÁ,  
LÚCIO ALCÂNTARA,  
NA ABERTURA DO ENCONTRO



seguintes temas: Atenção Primária à Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão e Regulação; Assistência Hospitalar; e Vigilância em Saúde.

O resultado foi uma maior interação entre as equipes técnicas e os seus gestores e entre as 27 Secretarias Estaduais. Houve cooperação horizontal entre as SES, consolidando o apoio entre os gestores. A edição do **CONASS Documenta** nº 10 relata todas as experiências apresentadas no evento em Fortaleza.





# Comunicação Social do CONASS



Site

Rede de Comunicadores (RC-SES/CONASS)

Campanha do Desarmamento

Jornais Consensus



## Comunicação Social do CONASS

Aprimorar os meios de comunicação do CONASS é de suma importância para alcançar os propósitos da entidade, quais sejam a defesa e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a interação com a sociedade, a agilidade nas relações com os gestores estaduais, os técnicos, os usuários do Sistema e os interessados na área da Saúde.

A responsabilidade do CONASS não se restringe às discussões internas, nem às pactuações realizadas na Comissão Intergestores Tripartite. O CONASS preocupa-se em abrir espaços de interlocução e discussão sobre o SUS com todos os segmentos da sociedade organizada, e, principalmente, em vencer as barreiras para levar as discussões para a população. Um dos caminhos que a comunicação social do CONASS prioriza é a articulação com os formadores de opinião, especialmente com os da mídia impressa. O resultado é o amadurecimento da relação do CONASS com a imprensa, consolidado com o ágil atendimento de demandas pontuais.

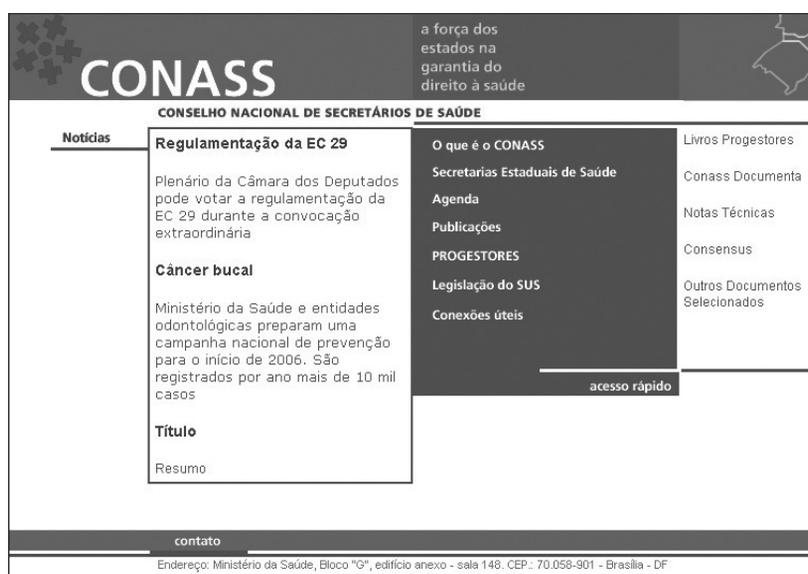
Diante dessa grande responsabilidade, o *site* do Conselho, uma das ferramentas de comunicação social da entidade passou por reformulações para acompanhar as inovações tecnológicas disponíveis na internet. Outros veículos de comunicação do CONASS – como o jornal *Consensus*, os cadernos do *CONASS documenta*, as Notas Técnicas e o Boletim Eletrônico *CONASS Informa* – também reafirmaram a posição do CONASS neste mandato.

## Site

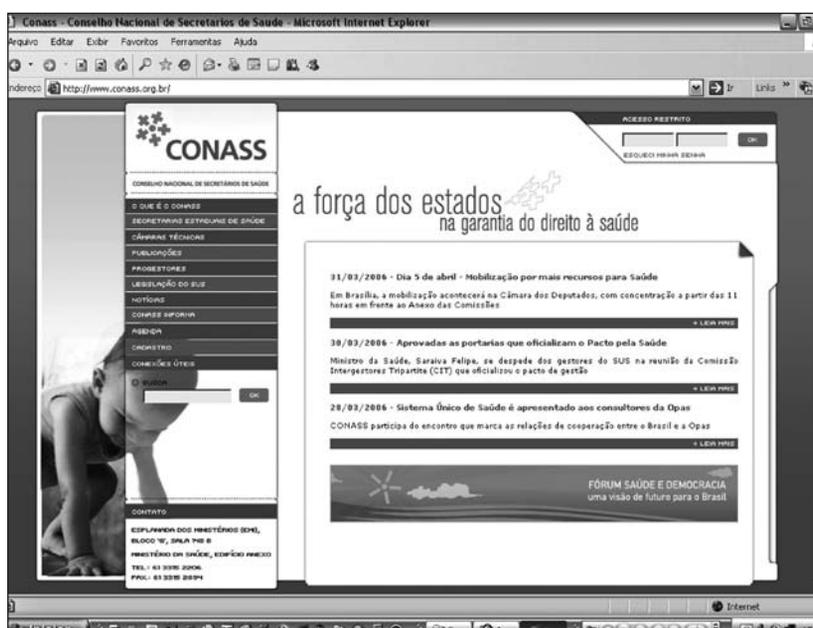
Prevista no Programa de Informações e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS – Progestores, dentro do projeto SUSGESTÃO Estadual, a reformulação da comunicação eletrônica está permitindo uma melhor integração entre o CONASS e as Secretarias Estaduais de Saúde e a sociedade. O Progestores foi desenvolvido pelo CONASS a partir de 2003, em parceria e com financiamento do Ministério da Saúde e, em razão do sucesso, transformou-se em eixo permanente de cooperação técnica às Secretarias Estaduais de Saúde.

A nova página do CONASS na internet ([www.conass.org.br](http://www.conass.org.br)) é resultado deste trabalho iniciado em 2003, quando a política de comunicação social do Conselho começou a ser reformulada. Moderna e interativa, a página fortalece a interlocução entre o CONASS e as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) o que possibilita a construção de uma rede de informações sobre a área da Saúde. O *site* também mantém atualizada a área de notícias com objetivo de se tornar referência eletrônica para os usuários que buscam mais informações sobre Saúde Pública e, também, ser mais atrativa para aqueles que já conhecem o nosso trabalho, bem como para aqueles navegadores que não são da área de Saúde, mas que se interessam em atualizar seus conhecimentos.

ANTES



ATUAL



Com rico conteúdo técnico e político sobre temas relevantes de Saúde, a página também se consolida como uma excelente fonte de estudo e pesquisa além de acumular um extenso banco de dados. Este arquivo é alimentado pelas publicações do CONASS, como as Notas Técnicas, os livros da coleção Progestores, os cadernos do *CONASS documenta*, as edições do jornal Consensus e os conteúdos do *CONASS Informa* e notícias.

A nova versão da página do CONASS oferece várias ferramentas, entre elas uma área restrita que permite aos Secretários Estaduais o acesso *on-line* aos seguintes documentos: às pautas e às atas das Assembléias do CONASS, aos ofícios circulares, além de um *chat* – sistema de bate-papo –, que poderá ser utilizado, por exemplo, para reuniões entre os usuários cadastrados.

As assessorias de comunicação social das Secretarias Estaduais de Saúde também têm acesso à área restrita e podem sugerir matérias e releases para publicação na página. Foi elaborado um manual em *CD* que visa orientar os Secretários Estaduais de Saúde e suas equipes na navegação e na utilização das ferramentas da nova página do CONASS.

## **Rede de Comunicadores RC-SES/CONASS**

Está em fase de discussão o projeto da Rede de Comunicadores das Secretarias Estaduais de Saúde e do CONASS (RC-SES/CONASS). O primeiro passo será a realização de uma oficina de trabalho entre as assessorias de comunicação social das Secretarias Estaduais de Saúde e do CONASS com vistas a estabelecer novas estratégias, como a divulgação das experiências das Secretarias Estaduais. Na oficina, será feito um levantamento do trabalho das assessorias de comunicação das SES. Esse diagnóstico e as contribuições dos Estados serão subsídios para a construção da Rede de Comunicadores. O objetivo é oferecer um serviço de atendimento a jornalistas em geral, estabelecendo uma fonte segura de informações sobre Saúde Pública no Brasil.

A Rede de Comunicadores visa cumprir os quatro pontos propostos na reformulação da política de comunicação social do CONASS: aprimorar o desempenho de mídia das SES e do CONASS; fortalecer interlocução do CONASS e das SES entre os atores que fazem o Sistema de Saúde no Brasil; promover a interconexão das estruturas de imprensa das SES; e dotar o CONASS de instrumentos de comunicações atuais e de maior eficiência.

## Campanha do Desarmamento



Em setembro de 2005, véspera do referendo nacional sobre a proibição da comercialização de armas de fogo e munição no Brasil, o CONASS manifestou publicamente o apoio do colegiado de Secretários Estaduais de Saúde ao desarmamento. A assessoria de comunicação social do CONASS criou uma identidade visual (uma logomarca com um alvo e a cruz ao centro e o *slogan* “Desarme-se por um pacto em defesa da vida”) e difundiu para a imprensa nacional o perfil<sup>2</sup> e o custo<sup>3</sup> das internações no SUS por armas de fogo. Esse levantamento<sup>4</sup> foi feito pela assessoria técnica do Conselho com base nos números do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Ministério da Saúde. A mídia foi pautada para a divulgação oficial da posição do Conselho, ocorrida na reunião com o presidente do Senado Federal, Renan Calheiros, na qual Marcus Pestana apresentou dados epidemiológicos e custos para o SUS com as internações por armas de fogo.

PRESIDENTE DO SENADO, RENAN CALHEIROS, RECEBE DOS REPRESENTANTES DO CONASS ESTUDO SOBRE OS CUSTOS NO SUS DECORRENTES DE LESÕES CAUSADAS POR ARMAS DE FOGO



2 O perfil é de jovens, a maioria do sexo masculino, entre a faixa etária mais produtiva da vida, que têm a vida interrompida de forma violenta em decorrência da banalização.

3 Os dados mostraram que em 2004 foram registradas 19.678 internações no SUS causadas por lesões de armas de fogo (PAF) e os custos econômicos somaram quase R\$ 19 milhões.

4 Ressalta-se que esses dados não retratam totalmente o impacto das armas de fogo na Saúde, visto que o SIH refere-se aos recursos federais, não considerando os gastos realizados pelas esferas estaduais e municipais. Esse levantamento não inclui gastos realizados com internações em outros estabelecimentos de Saúde não-conveniados com o SUS. Além disso, não estão sendo considerados os custos com tratamento e reabilitação das vítimas por armas de fogo.

## CONASS apóia campanha do desarmamento Repercussão na mídia

### Desarme-se: um pacto a favor da vida

MARCUS PESTANA

Presidente do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e secretário estadual de Saúde de Minas Gerais

A violência apresenta-se sob diversas e diferentes formas (física, sexual, moral e psicológica) e, infelizmente, tem alcançado níveis absurdos. Para o seu enfrentamento faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias e ações solidárias integradas entre o setor público e a sociedade civil organizada.

A luta em defesa da vida pressupõe a diminuição de todo e qualquer ato de violência. Ao defender a vida é preciso estar consciente do valor que ela tem para si e para sociedade. Uma ação exitosa nesse sentido foi o Código de Trânsito Brasileiro — a partir de sua vigência, declinaram as taxas de morte por acidentes de trânsito e também diminuiu a gravidade das lesões. Nessa lógica, o Estatuto do Desarmamento é mais uma ferramenta de enfrentamento da violência.

O impacto da violência na saúde da população brasileira pode ser medido pelos dados de mortalidade. Nos registros do Sistema Único de Saúde, depa-

ramos com o crescimento da taxa da mortalidade por armas de fogo, principalmente na faixa mais produtiva da população, sendo que as maiores vítimas são jovens do sexo masculino e moradores de áreas carentes das periferias metropolitanas.

Segundo os dados do Ministério da Saúde, 270 mil brasileiros morreram por arma de fogo na década de 90, o que equivale a uma taxa média de 19,4 mortes por 100 mil habitantes. Nos anos de 2002, 2003 e 2004, a taxa de mortalidade foi, respectivamente, de 22, 22,4, 20,3 mortes por 100 mil habitantes. Nos países desenvolvidos da Europa e da Ásia, essa taxa se mostra inferior a duas mortes por 100 mil habitantes. Foram registradas 37.978 mortes por armas de fogo em 2002; 39.325 em 2003; 36.091 em 2004. Para se ter uma idéia, morreram, em 2003, aproximadamente nove pessoas a cada duas horas por armas de fogo. Mas, ao se limitar às mortes por armas de fogo, o problema não é inteiramente revelado. Faltam informações sobre feridos e sobre as vítimas que se internaram nos hospitais.

No Brasil, os custos econômicos anuais de mortes e invalidez

resultantes de atos violentos ainda são incipientes. Trata-se de uma avaliação complexa, pois além dos custos do tratamento e reabilitação da vítima, estão envolvidos gastos com o sistema judiciário e penal, custos sociais com a queda de produtividade, além de perdas materiais decorrentes dos agravos. Estudo de Weaver e Madaleno, publicado em 1999, aponta que, na América Latina, os custos de mortes e invalidez por atos violentos correspondem a aproximadamente a 20% dos gastos totais de cada país com a saúde.

Porém, uma nova perspectiva está despontando, ainda que timidamente, dentro desse cenário catastrófico. Pela primeira vez, depois de 12 anos, a mortalidade por armas de fogo mostrou, em 2004, queda de 8%. Deixaram de morrer, em 2004, 3.234 pessoas, comparando-se tal número com a mortalidade por armas de fogo do ano anterior. O fato novo que despertou a consciência para lutar contra essa guerra silenciosa, que mata mais pessoas por ano no Brasil do que em dois anos de guerra no Iraque, é a Campanha de Desarmamento iniciada em julho de 2004. A participação espon-

tânea da população superou as expectativas do próprio governo. Já foram entregues mais de 430 mil armas de fogo em pouco mais de um ano de campanha.

Estados que apresentaram maior nível de recolhimento de armas, como São Paulo e Rio de Janeiro, também apresentaram uma diminuição de número de óbitos por armas de fogo de 2003 para 2004. Em São Paulo, foram 1.960 vidas poupadas e, no Rio de Janeiro, 672. O prazo para que o cidadão regularize a situação da arma que mantém guardada em casa vai até o dia 23 de outubro, data em que nós, brasileiros, iremos decidir, pelo voto, se somos a favor ou não da comercialização de armas de fogo no nosso país.

Como gestores que trabalham para a melhoria do Sistema Único de Saúde e como cidadãos que acompanham o sofrimento de famílias destruídas por atos violentos decorrentes das armas de fogo, os secretários estaduais de Saúde entendem que estamos diante de uma oportunidade única para pouparmos vidas. Desarmar-se significa uma decisão e um compromisso da sociedade brasileira em defesa da vida.

ARTIGO MARCUS PESTANA

### Desarme-se: um pacto a favor da vida

Correio Braziliense  
Sábado, 1o de outubro de 2005

MATÉRIA

### Lesões de arma de fogo custam R\$ 19 milhões ao SUS

Portal Terra

Terça-feira, 4 de outubro de 2005

MATÉRIA

### Armas de fogo causam 20 mil internações

Jornal da CBN

Quinta-feira, 6 de outubro de 2006

terra WWW.TERRA.COM.BR

POWER DIET COMPRAR 3X R\$ 65

**Lesões de arma de fogo custaram R\$ 19 mi ao SUS**

Terra, 4 de outubro de 2005, 12h43

Em 2004, foram registradas 19.678 internações no Sistema Único de Saúde (SUS) causadas por lesões de arma de fogo e os custos econômicos somaram quase R\$ 19 milhões. O levantamento foi feito pela assessoria técnica do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), utilizando informações do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Ministério da Saúde.

O presidente do Conass e Secretário de Saúde de Minas Gerais, Marcus Pestana, manifestou hoje publicamente o apoio do colegiado de Secretários Estaduais de Saúde ao desarmamento. Em reunião com o presidente do Senado, Renan Calheiros (PRDB-AL), Pestana, apresentou os dados epidemiológicos e custos para o SUS com as internações por armas de fogo.

A assessoria de imprensa do Conass ressalta que esses dados não retratam totalmente o impacto das armas de fogo na saúde, visto que o SIH refere-se aos recursos federais não considerando os gastos realizados pelas esferas estaduais e municipais. Esse levantamento também se limita a dados de internações ocorridas na rede SUS, não incluindo gastos realizados com internações em outros estabelecimentos de saúde não conveniados com o SUS. Além disso, não estão sendo considerados os custos com tratamento e reabilitação das vítimas por armas de fogo.

O tempo médio de internações no SUS é de aproximadamente sete dias. As internações por lesões ocasionadas por armas de fogo não em grande parte letais e apresentam alto custo. Segundo dados do Ministério da Saúde, cerca de 52% das internações por armas de fogo entre os menores de 14 anos foram por causa acidental. O perfil das internações muda quando observado os registros entre os maiores de 14 anos: 63% das internações ocorrem devido a homicídios.

O impacto de violência na saúde da população brasileira também pode ser medido pelos dados de mortalidade. Segundo os dados do Ministério da Saúde, 270 mil brasileiros morreram por arma de fogo na década de 90, o que equivale a uma taxa média de 19,4 mortes por 100 mil habitantes. Nos anos de 2002, 2003 e 2004, a taxa de mortalidade foi, respectivamente, de 22, 22,4, 20,3 mortes por 100 mil habitantes.

Nos países desenvolvidos da Europa e da Ásia, essa taxa se expressa inferior a duas mortes por 100 mil habitantes. Foram registradas 37.978 mortes por armas de fogo em 2002; 39.325, em 2003; 36.091, em 2004. Em 2003, morreram aproximadamente nove pessoas a cada 2 horas por armas de fogo. Mas ao se limitar às mortes por armas de fogo, o problema não é inteiramente revelado. Faltam informações sobre feridos e sobre as vítimas que se internaram nos hospitais.

Segundo o Conass, um fato relevante foi a redução do número de mortes por armas de fogo no Brasil em 2004, após a vigência da campanha de desarmamento. Segundo relatório do Ministério da Saúde, constatou-se que no ano passado o número de óbitos caiu 8,2% em comparação a 2003. Essa queda representa 3.234 vítimas a menos. A pesquisa usou como referência o número de mortes em 2004 comparado ao ano anterior. Foram 1.960 óbitos a menos em São Paulo, entre os anos de 2003 e 2004, e no Rio de Janeiro houve um decréscimo de 672 óbitos.

Redação Terra

Leia esta notícia no original em:  
Terra - Notícias - Brasil  
[http://noticias.terra.com.br/brasil/referendodesarmamento/interna/O\\_01694155-EE3475\\_00.html](http://noticias.terra.com.br/brasil/referendodesarmamento/interna/O_01694155-EE3475_00.html)

CLIQUE AQUI PARA COMEÇAR A IMPRESSÃO



### Secretários avaliam impacto do uso de armas na saúde da população

O secretário de Saúde do Pará, Fernando Dourado, entregou ontem ao presidente do Senado, Renan Calheiros, nota técnica elaborada pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) que avalia o impacto das armas de fogo na saúde da população e objetiva subsidiar as secretarias estaduais sobre o resultado parcial da campanha do desarmamento e sobre o referendo que será realizado em 23 de outubro.

Dourado observou que o Conass acredita que a socialização dos dados sociais e epidemiológicos pode contribuir para o esclarecimento do cidadão sobre o atual quadro de violência e auxiliar na tomada de decisão no referendo que vai definir se o Brasil deve ou não continuar permitindo a comercialização de armas e munições.

Baseado em dados do Sistema de Informações Hospitalares e do Sistema de Informação de Mortalidade, o relatório reúne as ocorrências de ferimentos e mortes por armas de fogo no período de 2000 a 2004. Segundo o documento, o Sistema Único de Saúde (SUS) teve, nesse período, um gasto de R\$ 540.197.100,63 com "morbidade hospitalar por causas externas". Entre janeiro e dezembro de 2004, o SUS gastou R\$ 18.984.689,09 com internações causadas por lesões de armas.

### MATÉRIA

## Secretários avaliam o impacto do uso de armas na saúde da população

Jornal do Senado

Quinta-feira, 6 de outubro de 2005

### ARTIGO

## Defenda a vida

O Globo

Segunda-feira, 17 de outubro de

2005

Segunda-feira, 17 de outubro de 2005

O GLOBO

OPINIÃO • 7

## Defenda a vida

MARCUS PESTANA

A violência se apresenta sob diversas e diferentes formas (física, sexual, moral e psicológica), e, infelizmente, tem alcançado níveis absurdos. Para o seu enfrentamento, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias e ações solidárias integradas entre o setor público e a sociedade civil organizada. A luta em defesa da vida pressupõe a diminuição de todo e qualquer ato de violência. Ao defender a vida é preciso estar consciente do valor que ela tem para si e para a sociedade. Uma ação extensa neste sentido foi o Código de Trânsito Brasileiro, que a partir de sua vigência verificou-se um declínio nas taxas de morte por acidentes de trânsito e também uma diminuição na gravidade das lesões. Nesta lógica, o Estatuto do Desarmamento é mais uma ferramenta de enfrentamento da violência.

O impacto da violência na saúde da população brasileira pode ser me-

Nos registros do Sistema Único de Saúde, deparamos com o crescimento da taxa da mortalidade por armas de fogo, principalmente na faixa mais produtiva da população, sendo que as maiores vítimas são jovens do sexo masculino e moradores de áreas carentes das periferias metropolitanas.

Segundo os dados do Ministério da Saúde, 270 mil brasileiros morreram por arma de fogo na década de 90, o que equivale a uma taxa média de 19,4 mortes por 100 mil habitantes. Nos anos de 2002, 2003 e 2004, a taxa de mortalidade foi, respectivamente, de 22,4; 20,3 mortes por 100 mil habitantes. Nos países desenvolvidos da Europa e da Ásia, essa taxa se expressa inferior a 2 mortes por 100 mil habitantes. Foram registradas 37.978 mortes por armas de fogo em 2002; 39.325, em

2003; 36.091, em 2004. Para se ter uma idéia, morreram, em 2003, aproximadamente 9 pessoas a cada 2 horas por armas de fogo. Mas ao se limitar às mortes por armas de fogo, o problema não é inteiramente revelado. Faltam informações sobre feridos e sobre as vítimas que se internaram nos hospitais.

No Brasil, os custos econômicos anuais de mortes e invalidez resultantes de atos violentos ainda são incipientes. Trata-se de uma avaliação complexa, pois além dos custos de tratamento e reabilitação da vítima estão envolvidos gastos com o sistema judiciário e penal, custos sociais com a queda de produtividade, além de perdas materiais decorrentes dos agravos. Estudo de Weaver e Madaleno, publicado em 1999, aponta que na América Latina os custos de mortes e invalidez por

atos violentos correspondem aproximadamente a 20% dos gastos totais de cada país com a saúde.

Porém uma nova perspectiva está despontando, ainda que timidamente, dentro deste cenário catastrófico. Pela primeira vez, depois de 12 anos, a mortalidade por armas de fogo mostrou, em 2004, queda de 8%. Deixaram de morrer, em 2004, 3.234 pessoas comparando à mortalidade por armas de fogo do ano anterior. O fato novo que despertou a consciência, para lutar contra essa guerra silenciosa, que mata mais pessoas por ano no Brasil do que em dois anos de guerra no Iraque, é a Campanha de Desarmamento iniciada em julho de 2004. A participação espontânea da população superou as expectativas do próprio governo. Já foram entregues mais de 430 mil armas de fogo em pouco mais de um ano de campanha.

Estados que apresentaram maior nível de recolhimento de armas, como São Paulo e Rio de Janeiro, também apresentaram uma diminuição

de número de óbitos por armas de fogo de 2003 para 2004. Em São Paulo, foram 1.960 vidas poupadas e no Rio de Janeiro, 672. O prazo para que o cidadão regularize a situação da arma que mantém guardada em casa vai até o dia 23 de outubro, data em que nós, brasileiros, iremos decidir, pelo voto, se somos a favor ou não da comercialização de armas de fogo no nosso país.

Como gestores que trabalham para a melhoria do Sistema Único de Saúde e como cidadãos que acompanham o sofrimento de famílias destruídas por atos violentos decorrentes das armas de fogo, os secretários estaduais de Saúde entendem que estamos diante de uma oportunidade única para pouparmos vidas. Desarmar-se significa uma decisão e um compromisso da sociedade brasileira em defesa da vida.

MARCUS PESTANA é secretário de Saúde do Estado de Minas Gerais e presidente do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass).

Estamos diante de uma oportunidade única para pouparmos vidas

## Jornais Consensus

Seguem as edições do jornal Consensus, publicadas nesta gestão (10 a 19)

### Nº 19 (março/2006)

#### Fórum Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil

##### REPORTAGENS

- Abertura
- Mesa-Redonda com os Partidos Políticos;
- Painél com ex-ministro Adib Jatene;
- Orçamento da Saúde;
- Painél com ex-ministro Humberto Costa;
- Pacto Federativo;
- Controle Social;
- A reforma na reforma sanitária



### Nº 18 (janeiro/fevereiro/2006)

#### Fórum Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil

##### REPORTAGENS

- Fórum debate a Saúde no Brasil;
- SUS: desafios e reformas;
- Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão;
- Notas dos Estados;
- Agenda



### Nº 17 (novembro/dezembro/2005)

#### Mobilização pela Saúde

##### REPORTAGENS

- Curso do CONASS para o aperfeiçoamento da Gestão na Atenção Primária à Saúde;
- Pandemia de Influenza;
- Entrevista: Dr. Jarbas Barbosa sobre medidas para enfrentamento de uma pandemia
- Mobilização em Prol da Saúde na Câmara dos Deputados (Negociações do CONASS, Conasems e Frente Parlamentar com os relatores do Orçamento 2006)
- Aplicação das Funções Essenciais de Saúde Pública no Ceará e em Goiás
- Nota dos Estados
- Agenda



## Nº 16 (outubro/2005)

### Gestores do SUS lutam para recompor o orçamento da Saúde

- Encontro Nacional reúne as Coordenadoras das Câmaras Técnicas do CONASS
  - Estudo do CONASS aponta: faltam R\$ 4,7 bilhões para a Saúde em 2006
- Relator Geral do Orçamento de 2006 recebe proposta do CONASS e Conasems
  - Presidente do CONASS defende mais recursos para a Saúde
    - Goiás sedia Projeto Piloto das Fesp
    - Entrevista: Dr. Fernando Cupertino sobre Fesp
    - Nota dos Estados
    - Agenda

## Nº 15 (setembro/2005)

### Desarme-se por um Pacto em Defesa da Vida – O CONASS apóia o desarmamento

- Estudo sobre custos das internações no SUS por armas de fogo
  - Entrevista: presidente do Senado Federal, Renan Calheiros
  - Referendo do Desarmamento
  - Notas dos Estados
  - Agenda

## Nº 14 (agosto/2005)

### Intercâmbio de experiências fortalece as Secretarias Estaduais de Saúde

- Presidente Marcus Pestana apresenta as prioridades do CONASS ao ministro Saraiva Felipe
  - Cooperação Técnica entre Brasil e Canadá
- Interferon Peguilado – CONASS leva ao Ministro Waldir Pires a situação dos medicamentos de dispensação em caráter excepcional
- 1o Encontro do CONASS para Troca de Experiências entre as SES
  - CONASS apresenta prioridades ao ministro Saraiva Felipe
  - Notas das SES
  - Agenda





**Nº 13** (julho/2005)

**Colufras – além das fronteiras em prol da Saúde**

- O ministro da Saúde, Saraiva Felipe, fala sobre orçamento, Assistência Farmacêutica e o papel dos Estados na gestão da Saúde
- 1º Encontro do CONASS para Troca de Experiências
- Ministro afirma estar aberto ao diálogo e conta com o apoio dos gestores estaduais e municipais para melhoramento do SUS
- Parcerias internacionais, Brasil-Canadá; intercâmbio e colaboração técnica
- Participação brasileira na Colufras
- Notas das SES
- Agenda



**Nº 12** (junho/2005)

**CONASS apóia Tratado Internacional contra o tabaco**

- Novo Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do MS, Moisés Goldbaum, fala ao Consensus
- Ministro recebe nova Diretoria do CONASS
- Entrevista: Dr. Moisés Goldbaum, Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde
- Controle Mundial do Tabaco
- Questões fundamentais para formulação do Pacto de Gestão
- Notas das SES
- Posse do Conasems
- CNS não aprova Programa de Transição das equipes do PSF
- Agenda



**Nº 11** (maio/2005)

**Lei de Responsabilidade Sanitária**

- Nova Diretoria do CONASS
- Lei de Responsabilidade Sanitária
- Entrevista: Deputado Federal Roberto Gouveia
- Secretários Estaduais acham que o Projeto de Lei está incompleto, pois não define as responsabilidades da União, dos Estados e dos municípios
- Notas das SES
- Agenda

**Nº 10** (março/abril/2005)

## **Gestores estaduais da América do sul discutiram a descentralização na Saúde**

- Eleição da nova Diretoria do CONASS
- Descentralização na Saúde
- Entrevista: Secretário de Minas Gerais e presidente do CONASS, Marcus Pestana
- Pronunciamento dos novos Secretários





# Fortalecimento das Secretarias Estaduais de Saúde



Projeto das Funções Essenciais  
de Saúde Pública nos Estados - Fesp

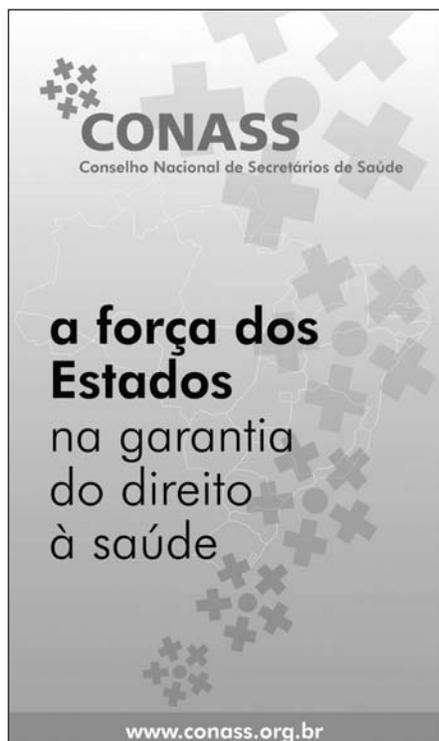
Cooperação Internacional para o  
Fortalecimento das Equipes de Atenção  
Primária nas SES

1ª Reunião conjunta das Câmaras Técnicas  
do CONASS: Vigilância Epidemiológica,  
Vigilância Sanitária e representantes da  
Vigilância Ambiental

Aperfeiçoamento da capacidade de gestão  
das SES na área da Assistência  
Farmacêutica



## Fortalecimento das Secretarias Estaduais de Saúde



“A força dos Estados na garantia do direito à saúde” não é só o slogan do CONASS, é a afirmação da importância da gestão estadual na garantia da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e o compromisso com a população residente em seu território.

O CONASS tem estabelecido estratégias de aprimoramento técnico das equipes das SES, para que estas possam apoiar e assessorar as Secretarias Municipais, na condução e na execução das ações de saúde que estão sob sua responsabilidade.

Este Conselho tem mantido constante diálogo com os demais gestores municipais e federal, buscando construir consensos nas questões das responsabilidades e das atribuições de cada esfera de gestão, a fim de evitar quaisquer ingerências que possam acirrar competições negativas entre os gestores.

É dever do Estado apoiar os municípios, facilitar e promover o processo de descentralização, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas e buscar soluções conjuntas. É importante que os gestores desenvolvam suas responsabilidades e atribuições para gerar políticas públicas mais justas e eficientes.

A Secretaria-Executiva do CONASS tem buscado potencializar as ações da entidade, além de atender às demandas dos gestores estaduais, prestando assessorias pontuais, gerais e específicas; realiza e/ou participa de oficinas, seminários e eventos realizados nos Estados; promove a articulação com as áreas técnicas do Ministério, facilitando a interlocução dos gestores estaduais e suas equipes; participa de Projetos e convênios; e produz material técnico-instrucional de suporte para as SES.

Destacamos a seguir as ações desenvolvidas pelo CONASS visando ao fortalecimento das SES.

## Projeto das Funções Essenciais de Saúde Pública nos Estados - Fesp

O interesse do CONASS em medir o desempenho das Secretarias Estaduais de Saúde, para fortalecimento da sua capacidade institucional, foi motivado a partir do estudo sobre o Instrumento de Medição do Desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública (Fesp), desenvolvido na década de 1990, pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), em colaboração com os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CCPD) e do Centro Latino-Americano de Investigações em Sistemas de Saúde (Claiss). Este instrumento aprovado pela Opas foi aplicado em 41 países da região das Américas.

A metodologia e os resultados obtidos, naqueles países, foram apresentados ao Colegiado de Secretários Estaduais e fez que a Assembléia deliberasse pela adequação e pela adaptação deste ao SUS e às SES. Ressalta-se que para um bom desempenho das atribuições dos Estados, o reconhecimento das funções consideradas essenciais para a Saúde Pública e a possibilidade de medi-las na nossa prática poderiam ser um dos meios para o fortalecimento das SES.

O conceito de Saúde Pública como ação coletiva do Estado e da Sociedade Civil tem como objetivo melhorar a saúde dos indivíduos e das comunidades, e a gestão estadual tem papel importante na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

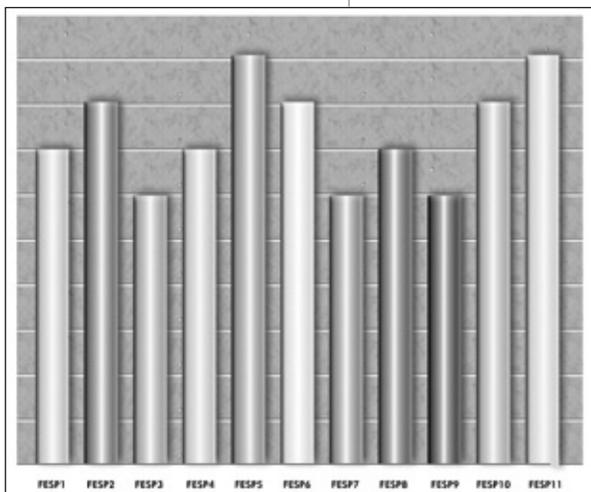
O processo de medição é capaz de identificar de forma global os pontos, fracos e fortes, das práticas de saúde no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde e permite uma visão diagnóstica e operacional das áreas que requerem maior apoio para seu bom desempenho, bem como aquelas que apresentam desempenho satisfatório. Ademais, permite avançar na reflexão e na operacionalização do papel e das atribuições da Gestão Estadual no SUS.

São 11 as Funções Essenciais de Saúde Pública:

- **Função Essencial Nº 1:** Monitoramento, análise e avaliação da situação de Saúde do Estado.
- **Função Essencial Nº 2:** Vigilância, investigação, controle de riscos e danos à Saúde.
- **Função Essencial Nº 3:** Promoção da Saúde.
- **Função Essencial Nº 4:** Participação social em Saúde.
- **Função Essencial Nº 5:** Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da Saúde.

- **Função Essencial Nº 6:** Capacidade de regulamentação, de fiscalização, de controle e de auditoria em Saúde.
- **Função Essencial Nº 7:** Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de Saúde.
- **Função Essencial Nº 8:** Administração, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos em Saúde.
- **Função Essencial Nº 9:** Promoção e garantia da qualidade dos serviços da Saúde.
- **Função Essencial Nº 10:** Pesquisa e incorporação tecnológica em Saúde.
- **Função Essencial Nº 11:** Organização e Coordenação do Sistema Estadual de Atenção à Saúde.

EXEMPLO DE RESULTADO DE  
MEDIÇÃO DAS FUNÇÕES  
ESSENCIAIS DE SAÚDE  
PÚBLICA



O instrumento de medição das Fesp, quando aplicado na Gestão Estadual, tende a promover:

- o fortalecimento das macrofunções gestoras na saúde e a construção de uma unidade interna nas equipes estaduais, quanto ao entendimento e à visão integral do desempenho nas Fesp;
- o desenvolvimento e o aprimoramento técnico da força de trabalho das equipes estaduais;
- a produção de relatórios parciais que poderão subsidiar a elaboração dos Planos Estaduais e do Orçamento;
- a identificação de áreas que requerem fortalecimento para a cooperação técnica dos Estados com os municípios e a qualificação das equipes técnicas estaduais para o exercício desta ação;
- a identificação de necessidades específicas que poderão subsidiar o desenho de processos de cooperação do Ministério da Saúde e de Organismos de apoio, como a Opas, com os Estados; e
- a formulação de proposições para um plano de fortalecimento da Gestão Estadual com base nas Funções Essenciais de Saúde Pública, que são de responsabilidade estadual.

Em síntese, tal instrumento pode promover o melhoramento das práticas de saúde, pois estabelece padrões de bom funcionamento e pontos de referência para o melhoramento contínuo.

E pode-se afirmar que o gestor estadual do SUS, como autoridade sanitária, tem a responsabilidade e o dever de garantir o bom desempenho das Fesp no âmbito do seu território.

## **Inovações metodológicas**

Do ponto de vista metodológico, entre os resultados positivos obtidos, um aspecto interessante observado é o envolvimento de aproximadamente 60 atores-chave no processo de medição, selecionados pelo gestor estadual dentre: equipe gestora; técnicos da SES; instituições governamentais e não-governamentais; universidades; centros de pesquisa em saúde; prestadores de serviços públicos e privados; e setores do governo dedicados às áreas de educação e de meio ambiente.

Trata-se de uma atividade com duração de dois dias e meio, nos quais os grupos buscam responder às questões levantadas no instrumento de forma coletiva, respaldados no reconhecimento das ações desenvolvidas pelas SES, utilizando a técnica de construção de consensos, para cada uma das 11 Funções.

Ao fim do processo, são apresentados os resultados obtidos sob forma de gráficos e as pontuações alcançadas para cada função. A análise dos indicadores oportuniza a identificação de áreas prioritárias de intervenção, apontando as áreas do sistema de Saúde Pública que se destacam como mais fortes e as áreas que apresentam maior grau de fragilidades. Os gestores e suas equipes têm a oportunidade de planejar ações de aprimoramento e fortalecimento.

A equipe coordenadora do CONASS/Opas elaborou e passou a executar uma segunda etapa do processo, distinta da proposta original das Fesp. Trata-se da realização de Oficinas de Fortalecimento, com duração de três dias, em que se estabelecem as prioridades a serem trabalhadas e a elaboração de uma "Agenda de Fortalecimento", detalhando objetivos, ações, atividades, prazos e responsáveis pelas atividades e pelas tarefas.

Dessa forma, o CONASS e a Opas consolidam um novo modelo de cooperação técnica, particularizada para cada Secretaria Estadual de Saúde, que aborda de modo articulado a melhoria global da gestão.

## Resultados alcançados

Em 2005, essa metodologia foi aplicada nos seguintes Estados: Goiás, Rondônia, Sergipe e Ceará; sendo que os Estados de Goiás e Rondônia já haviam realizado a oficina de fortalecimento.

RONDÔNIA



SERGIPE



CEARÁ





Está agendada para 2006 a realização da oficina de fortalecimento para o Estado do Ceará.

No mês de março de 2006, foi realizada a medição da SES de Mato Grosso e em abril de 2006, a oficina de fortalecimento para a SES de Sergipe. Há interesse das outras SES em aplicar a metodologia, o que provavelmente se dará durante o ano de 2006.

MATO GROSSO



A técnica de construção de consensos entre os participantes; o reconhecimento de potencialidades, fortalezas e fragilidades nas práticas das SES; a estimulação do senso crítico e a avaliação da prática exercida pelas SES; e as ações que deveriam estar sendo desenvolvidas como Funções

Essenciais de Saúde Pública têm trazido aos participantes e aos organizadores um enorme enriquecimento técnico-político.

Esse é um processo que está em desenvolvimento, mas que já demonstra resultados significativos na elaboração dos planos das SES e no estabelecimento de prioridades e ações de curto, médio e longo prazos.

## Cooperação Internacional para o Fortalecimento das Equipes de Atenção Primária nas SES

O CONASS no 1º Seminário para Construção de Consensos (Sergipe-julho/2003) elegeu como uma de suas prioridades o “fortalecimento da Atenção Primária, entendendo-a como eixo fundamental para a mudança de modelo assistencial”. Ao reafirmar-se que a gestão e a execução das ações e dos serviços de Atenção Primária são responsabilidades inerentes ao gestor municipal, definiram como atribuições da esfera estadual as macrofunções de formulação da

política, de planejamento, de co-financiamento, de formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, de cooperação técnica e de avaliação, no âmbito do território regional e estadual.

Para dar continuidade ao processo de fortalecimento institucional e reconhecendo que as SES e suas estruturas regionais são responsáveis pelo assessoramento e pelo apoio técnico aos municípios visando ao fortalecimento e à consolidação de uma

Atenção Primária à Saúde (APS) de qualidade no país, o CONASS desenvolveu em parceria com o Departamento de Medicina Familiar da Universidade de Toronto e com o apoio do Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) uma proposta de trabalho objetivando disponibilizar para as SES uma metodologia de capacitação e fortalecimento para equipes gerenciais de Atenção Primária/Programa de Saúde da Família. Trata-se da realização de um Curso de Aperfeiçoamento de Gestão em Atenção Primária à Saúde.

O curso tem como objetivos discutir e difundir os conceitos e os princípios gerais da APS; identificar os marcos teóricos do trabalho com famílias no contexto da Saúde da Família; o primeiro contato; a longitudinalidade, a integralidade ou a abrangência e a coordenação; o desenvolvimento das capacidades das equipes estaduais para monitoramento e avaliação da APS e para tomada de decisão; o



CURSO DESENVOLVIDO PELO  
CONASS COM A PARCERIA DA  
UNIVERSIDADE DE TORONTO E DO  
MINISTÉRIO DA SAÚDE

desenvolvimento das capacidades das SES de identificar e propor estratégias para educação permanente em saúde; a importância de as SES trabalharem e fomentarem as práticas e os métodos com base em evidências; e difundir as ferramentas utilizadas para a gestão do trabalho.

Participam desta capacitação dois técnicos de cada Secretaria Estadual de Saúde da área da Atenção Primária e um representante de cada Conselho de Secretários Municipais de Saúde como observador do curso.

Os programas são apresentados em módulos que incluem apresentações teóricas, atividades em pequenos e grandes grupos, desenvolvimento de projetos e implementação de técnicas de trabalho em equipe. Os módulos são realizados no período de três a cinco dias em atividades de concentração, seguidos de um período de dispersão, no qual as equipes desenvolvem um projeto utilizando as estratégias apreendidas.

Nos meses de novembro de 2005 a março de 2006, participaram representantes de 20 Secretarias dos Estados: AC, AL, AM, BA, CE, ES, GO, MA, MS, MT, PA, PE, PI, PR, RJ, RS, SC, SE, TO e DF, oito representantes de Cosems, seis participantes do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, um observador do município de Maceió e um representante da SES de Pernambuco.

O curso está em desenvolvimento e é uma parceria importante entre o CONASS, a Universidade de Toronto e o Ministério da Saúde.

Ao considerar-se que a melhoria da qualidade da atenção básica é fundamental para se estabelecer um modelo de atenção integrado, o CONASS avança no sentido de fortalecer as equipes da APS das SES para atuarem como agentes multiplicadores dessa técnica.

## **1ª Reunião Conjunta das Câmaras Técnicas do CONASS:**

**Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e representantes da  
Vigilância Ambiental**



O CONASS, em julho de 2003, por ocasião do 1o Seminário para Construção de Consensos realizado em Sergipe, estabeleceu como uma das prioridades a integração das ações de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental, nos espaços regionais, na elaboração e na conformação dos seus Planos Diretores de Regionalização.

O consenso obtido foi de adotar medidas para induzir a integração destas ações e capacitar recursos humanos das respectivas áreas das Secretarias de Saúde.

Sabemos que propostas e ações de intervenção para melhoria do cenário sanitário exigem o desenvolvimento de novas formas de organização e de planejamento que priorizem abordagens interdisciplinares, intersetoriais e intra-setoriais.

A opção do CONASS em reunir os representantes das SES das áreas de Vigilância para trocarem experiências teve como objetivo o fortalecimento das SES, a integração das equipes, a redução de ações fragmentadas e a interface entre vigilâncias em saúde, promoção, prevenção e assistência.

O conceito que se busca alcançar é o de Vigilância em Saúde. E este é um conceito amplo que pressupõe a articulação entre os conhecimentos e as técnicas da área de epidemiologia, incluindo avaliação e pesquisa, planejamento, ciências sociais; os conhecimentos específicos da Vigilância Sanitária, que possui autoridade legal para intervir sobre ambientes e no setor produtivo; e os conhecimentos e as ações de vigilância sobre o ambiente em que vivemos que são fundamentais para evitar riscos e danos à saúde.

Pelo exposto, podemos concluir que as ações a serem desenvolvidas devem considerar as desigualdades sociais, o ambiente e a distribuição dos agravos à saúde e assim deslocar-se do conceito restrito de fiscalização, controle e/ou erradicação, para um conceito que exige a integração entre os saberes. Ressalta-se que o potencial destas áreas é de suma importância para a saúde coletiva, entretanto sempre há perda deste potencial quando as áreas trabalham de forma isolada, autônoma e/ou fragmentadas.

Presenciamos no Brasil os efeitos da transição demográfica e epidemiológica com significativo aumento das condições crônicas e percebemos que estamos diante de um modelo de atenção que talvez não dê conta de atender à população a partir das suas necessidades.

O CONASS, por meio da Secretaria-Executiva e cumprindo com a deliberação dos Secretários Estaduais, definiu estratégias no sentido de integrar as Vigilâncias e realizou com o apoio da Secretaria Estadual de Sergipe, no período de 24 a 26 de agosto de 2005, a primeira Reunião Conjunta das Câmaras Técnicas de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental.

Coube aos representantes das SES, utilizando metodologia específica, apresentarem uma experiência bem-sucedida que envolveu as três Vigilâncias e a elaboração de um texto sobre a situação das Vigilâncias na estrutura das SES.

Foram abordadas questões relacionadas à integralidade das ações, ao impacto sobre os problemas de saúde e aos determinantes sociais que refletem-se na situação sanitária e que precisam ser enfrentados pelas Vigilâncias. Foi questionada a forma de organização das Vigilâncias no âmbito dos Estados e dos municípios, que tendem a reproduzir a lógica adotada pelo nível federal, traduzida como programas verticais e autônomos.

Na programação, foram abordados temas comuns às três áreas, com o cuidado de respeitar as especificidades de cada área, mantendo horários para reuniões específicas e intercalando-os aos horários comuns ao conjunto dos representantes.

A palestra do professor Jairnilson Paim sobre **“A relação das ‘Vigilâncias’ com o modelo de Vigilância da Saúde”** permitiu maior reflexão sobre a prática das Vigilâncias.

Participaram 83 representantes dos 25 Estados e do Distrito Federal. Todos os Estados apresentaram suas experiências.

A experiência trazida pelos Estados permitiu que esse evento se constituísse em um marco importante para a construção de consensos técnicos, para a aproximação entre os técnicos e as SES e para as discussões do conceito de Vigilância em Saúde. A segunda reunião conjunta foi realizada com sucesso em Gramado e com o apoio da SES do Rio Grande do Sul.

Para o ano de 2006, pretende-se manter esta estratégia.

Está em fase de elaboração um CONASS Documenta com as experiências das SES.

## Aperfeiçoamento da capacidade de gestão das SES na área da Assistência Farmacêutica

Entre as responsabilidades das Secretarias Estaduais de Saúde na área da Assistência Farmacêutica estão o gerenciamento do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional, o gerenciamento dos medicamentos estratégicos adquiridos pelo Ministério da Saúde e o gerenciamento e/ou o acompanhamento da Assistência Farmacêutica básica, principalmente o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica.

Esse processo tem demandado uma crescente organização e estruturação da área da Assistência Farmacêutica nas SES.

Para contribuir com esse processo, e considerando a relevância da Assistência Farmacêutica para a garantia da integralidade e da resolubilidade das ações do SUS, além do substancial volume de recursos envolvidos, o CONASS propôs um projeto em parceria com o Ministério da Saúde na área da Assistência Farmacêutica, o qual se denomina "Desenvolvimento e Aprimoramento da Gestão Estadual da Assistência Farmacêutica".

**O projeto tem como objetivos aprimorar a capacidade de gestão e gerenciamento das Secretarias Estaduais de Saúde na Assistência Farmacêutica, buscando o efetivo desempenho de suas funções, notadamente no que diz respeito a suas responsabilidades previstas na Política Nacional de Medicamentos, e dar suporte e assessoria técnica às Secretarias Estaduais de Saúde para a consolidação do seu papel na formulação, na coordenação e no acompanhamento da Assistência Farmacêutica em seu território.**

Prevê, ainda, uma abordagem ampla dos aspectos relacionados ao gerenciamento na área como o programa de medicamentos de dispensação em caráter excepcional, a Assistência Farmacêutica básica e os medicamentos dos programas estratégicos do Ministério da Saúde.

Na etapa inicial, é feito um diagnóstico situacional preliminar da Assistência Farmacêutica nos Estados. A partir deste diagnóstico, são elaboradas propostas que têm por objetivo contribuir com a melhoria dos serviços farmacêuticos, otimizando os processos e as atividades relacionadas à assistência farmacêutica.

As sugestões têm caráter de consultoria e estão fundamentadas em bases técnicas e na vivência profissional dos consultores. O relatório é elaborado como um

documento aos Secretários, instruindo um processo de discussão com as gerências estaduais de Assistência Farmacêutica. Foram visitados pelos consultores para elaborarem o diagnóstico os seguintes Estados: Amapá, Amazonas, Maranhão, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe, Espírito Santo, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Tocantins, Acre, Rondônia e Santa Catarina.

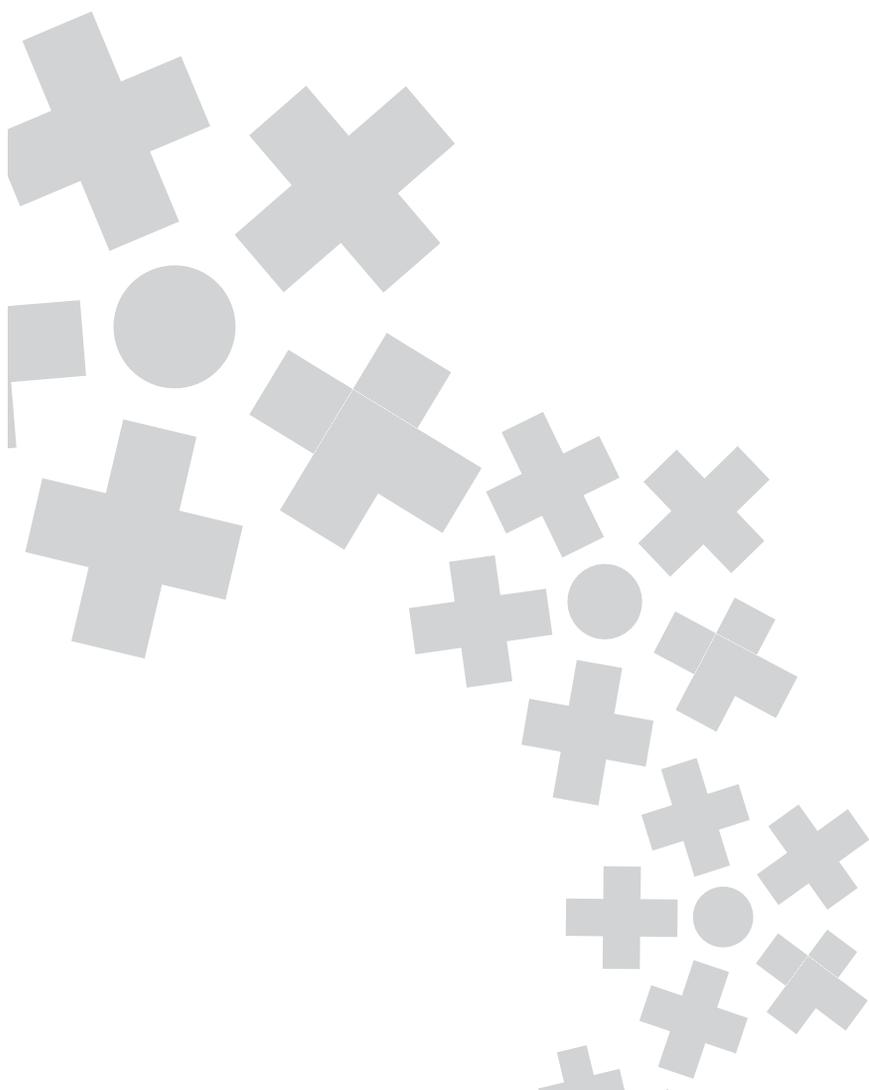


# Novo Pacto de Gestão



Um novo Pacto Político para o SUS

Por Uma Agenda de Compromissos pela  
Saúde



## Novo Pacto de Gestão

Vale destacar neste item os consensos obtidos pelos Secretários Estaduais de Saúde no Seminário de Sergipe. Nesse evento, os Secretários assinaram e divulgaram a Carta de Sergipe, contendo as principais preocupações, propostas e prioridades.

Entre as prioridades discutidas e consideradas de maior relevância para os Secretários a partir do Seminário para Construção de Consensos do CONASS, citamos: compromisso com o SUS e seus princípios; fortalecimento da Atenção Primária; valorização da saúde; necessária articulação intersetorial; fortalecimento do papel dos Estados; e luta pela regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 e por mais recursos financeiros para a área da Saúde.

**A partir da Carta de Sergipe, resultado das discussões, os Secretários solicitaram ao Ministério da Saúde a revisão do processo normativo do SUS com elaboração de uma nova norma voltada para a construção de um modelo de atenção que de fato contemplasse os princípios do SUS e que fosse elaborada sob a égide da responsabilidade sanitária, da reafirmação da importância das instâncias deliberativas CIB e CIT e do fortalecimento do controle social.**

Apresentamos a seguir a evolução deste trabalho conjunto que exigiu o exercício da construção de consensos entre CONASS, Conasems e Ministério da Saúde. É verdade que há pontos de operacionalização que ainda estão sendo discutidos, pois esse processo é dinâmico e precisa ser avaliado no sentido de sua efetiva operacionalização nas demais esferas de gestão. Os primeiros resultados obtidos constam no documento aprovado pela CIT, no dia 16 de fevereiro de 2006, que resultou na publicação da Portaria GM/MS nº 399, publicada em 22 de fevereiro de 2006, com a definição das diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, e na data de 3 de abril de 2006, foram publicadas as Portarias GM/MS nº 699, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, e a Portaria GM/MS nº 698, que institui a nova organização e transferência dos recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde na forma de blocos de financiamento.

## Um novo Pacto Político para o SUS

O processo iniciou-se em agosto de 2004, quando foi organizada, pelo Ministério da Saúde, uma oficina denominada "Agenda do Pacto de Gestão", com o objetivo de dar início ao processo de discussão para a revisão do processo normativo do SUS e estabelecer diretrizes, conteúdos e metodologia de trabalho destinados à elaboração de propostas direcionadas à pactuação de questões fundamentais para o processo de gestão do SUS. Os participantes dessa oficina foram representantes do CONASS, Conasems e do Ministério da Saúde.

Foram definidos durante a oficina os seguintes Eixos Temáticos para o desenvolvimento dos trabalhos: Financiamento; Responsabilidade Sanitária de governo, de gestão e de respostas de sistemas e serviços de saúde; Planejamento, Programação e Avaliação; Organização da Assistência; Regionalização; Regulação e Normalização do Sistema; e Participação Social e Controle Público do Sistema.

Em razão da necessidade de construção de consensos em relação à gestão e à organização do SUS, o CONASS elaborou propostas para o Pacto de Gestão e apresentou suas teses com base nos consensos definidos sobre os temas no Seminário para Construção de Consensos, realizado em Sergipe em 2003, nos consensos obtidos no Seminário do Rio Grande do Norte e nas suas Assembléias ordinárias, que são apresentadas a seguir:

### Mudança do modelo de atenção à saúde

Para o CONASS, o Pacto deveria estabelecer o alcance de metas sanitárias consensuadas que levariam a mudanças no modelo de atenção à saúde. Quando se analisa a situação de saúde no Brasil, observa-se predominância das condições crônicas. Estudo da Escola Nacional de Saúde Pública demonstrou que dois terços da carga da doença no país estão determinados por essas condições. Há uma abundante evidência internacional de que essa situação epidemiológica só poderá ser enfrentada, com sucesso, por meio da organização do SUS em **redes horizontais de atenção à saúde**, a fim de garantir o acesso da população aos serviços de saúde de boa qualidade. Essas redes de atenção à saúde, em coerência com os princípios do SUS, deverão ser construídas sob a égide da responsabilidade sanitária, adequar-se à realidade de cada região do país, integrar as ações de promoção da saúde, atenção Primária à saúde, atenção à média e à alta complexidade ambulatorial e hospitalar, vigilância em saúde e políticas de recursos humanos.

O CONASS defende que as redes de atenção à saúde devem se articular em diferentes espaços, de forma que se possa prestar a atenção adequada, em serviços com qualidade e com o custo apropriado.

Este Conselho defende também que a construção social desses espaços territoriais deve se fazer dialeticamente, em conformidade com os princípios de economia de escala e do acesso a serviços de qualidade, em obediência aos fluxos assistenciais e às redes viárias existentes. É preciso ter, na utilização desses princípios, uma flexibilidade que permita responder às necessidades singulares de regiões de baixa densidade demográfica, como, por exemplo, a região Norte e a Amazônia Legal.

Os Secretários reconhecem os esforços já realizados pelos Estados e pelos municípios quando da elaboração dos Planos Diretores de Regionalização (PDRs) e, portanto, da necessidade de se considerar os planos existentes.

É consenso para o CONASS também que a construção social dos espaços territoriais infra-estaduais e supramunicipais deva admitir o **espaço macrorregional**, no qual se deva organizar a oferta de procedimentos de alta complexidade, e o **espaço microrregional**, em que se deva estruturar a oferta dos procedimentos de média complexidade.

Os municípios deverão ser recortados por **microespaços de responsabilização da Atenção Primária de Saúde**, em que se manifestará o princípio da responsabilização populacional de uma unidade de saúde e/ou de uma equipe de Atenção Primária.

Os Secretários reconhecem que a realidade brasileira de um país complexo, grande e desigual e com uma enorme fronteira com outros países, exige a definição de outros territórios sanitários como as regiões interestaduais e fronteiriças.

O CONASS defende que as responsabilidades de gestão devem ser atribuídas de acordo com a legislação do SUS e com o princípio da responsabilização inequívoca. Por este princípio, o cidadão deverá saber, de forma clara, qual Ente Federativo é responsável pela sua saúde.

Os Secretários destacam o papel primordial da União, como responsável pela gestão de espaços fronteiriços e interestaduais, bem como dos serviços de saúde prestados às populações indígenas.

Há consenso no CONASS sobre a definição das responsabilidades das três esferas de gestão na média e na alta complexidade, sendo que as ações de Atenção Primária à saúde são de responsabilidade inequívoca dos municípios.

Este Conselho sustenta, ainda, que todos os Entes Federativos serão gestores plenos, no seu âmbito de ação, desaparecendo, por consequência, os mecanismos de habilitação vigentes. Considerando o princípio federativo da autonomia das três esferas de governo, o SUS desenvolveu um sistema de gestão compartilhada que implica a articulação das diferentes instâncias federativas.

Entretanto, o CONASS reconhece que é preciso reorientar o eixo da

programação das ações que deverá seguir a lógica do planejamento das necessidades da população. Os gestores estaduais entendem que todo o planejamento do SUS deverá ser realizado para atender às necessidades de saúde, expressas em situações epidemiologicamente definidas e nas expectativas e demandas das populações.

Para os Secretários, são considerados principais instrumentos de gestão: a certificação, a programação, o controle e a avaliação e os instrumentos de contratação.

Uma vez que o SUS dispõe de vários instrumentos de programação – tais como: a programação pactuada e integrada da assistência à saúde; a programação pactuada e integrada da vigilância em saúde; o termo de ajuste e metas da Vigilância Sanitária e o pacto dos indicadores da atenção básica à saúde –, Secretários consideram extremamente relevante a necessidade de se fazer um esforço para a unificação desses diferentes instrumentos.

Outro ponto fundamental, para o CONASS, a ser destacado no Pacto de Gestão é que os gestores, federal, estaduais e municipais, deverão relacionar-se entre si e com os prestadores de serviços, públicos e privados, por meio de contratos. Isso é fundamental para se fixar, no SUS, uma cultura de gestão pública por resultados.

O CONASS considera que a implementação de sistemas logísticos, especialmente o **cartão de identificação dos cidadãos e os sistemas de transportes sanitários**, é imprescindível para que as programações se concretizem na prática de um sistema instituído em variadas unidades de saúde e em diferentes espaços territoriais, sob a forma de redes de atenção à saúde.

Outro ponto de crucial importância e impacto para gestão do SUS é a questão do financiamento. Este deve representar um ponto central do Pacto e do movimento de politização da saúde.

**Para o CONASS, é fundamental que os gestores do Ministério da Saúde e municipais de saúde acordem que os recursos comprometidos com o SUS, mesmo se cumprida a Emenda Constitucional nº 29, não serão suficientes para instituir um sistema público universal para toda a população brasileira, tal como determina a Constituição Federal e a legislação infraconstitucional. Essa mensagem deverá ser transmitida de forma intensa e continuada à população brasileira.**

O financiamento deve ser tripartite, portanto solidário entre a trina federativa, deve obedecer ao princípio da equidade e deve ser feito, diversamente, para custeio e investimentos.

Para o custeio das ações, o financiamento deverá ser realizado por dois fluxos: os intergestores e os entre gestores e prestadores de serviços de saúde. Os fluxos intergestores serão realizados fundo a fundo e em cinco grandes blocos: recursos para a

Atenção Primária à saúde, recursos para a atenção à média complexidade, recursos para a atenção à alta complexidade, recursos para a vigilância em saúde e recursos para a Assistência Farmacêutica.

Essas transferências intergestores serão concretizadas mediante contratos entre as partes que definam os produtos a serem realizados e seus resultados, com base na programação pactuada e integrada; esses contratos deverão ser monitorados e avaliados por um sistema de controle e avaliação acordado entre as partes.

O pagamento dos serviços aos prestadores será feito, também, de acordo com a programação pactuada e integrada; envolverá contratos entre os gestores e os prestadores e sistemas de controle e avaliação desses contratos. Este sistema deverá evoluir, ao longo do tempo, para um sistema de pagamento por capitação ou orçamento global. A curto e médio prazos haverá necessidade de se rever o sistema de procedimentos vigente, reagrupando-o pela sistemática de grupos de diagnósticos relacionados, e de se corrigir os valores das tabelas do SUS a fim de obedecer ao princípio de que nenhum serviço ou grupos de serviços sejam remunerados abaixo de seus custos.

**Os Secretários consideram que no sentido de racionalizar a utilização dos serviços de saúde deverão ser utilizados protocolos clínicos elaborados pelo Ministério da Saúde ou pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. A incorporação de novas tecnologias deverá ser precedida de uma análise dos órgãos oficiais de avaliação tecnológica em saúde e aprovadas na Comissão Intergestores Tripartite. O financiamento dos investimentos será feito com base nos Planos Diretores de Investimentos (PDIs).**

## Por uma agenda de compromissos pela saúde

A partir das discussões envolvendo o Pacto de Gestão, houve a compreensão pelos gestores federal, estaduais e municipais da necessidade de se pactuar também metas e objetivos sanitários a serem alcançados, assim como da importância de envolver a sociedade na defesa do SUS. E estabeleceu-se a organização e a pactuação de uma **Agenda de Compromissos pela Saúde**, com capacidade de responder aos desafios atuais da gestão e da organização do sistema para dar respostas concretas às necessidades de saúde da população brasileira.

Esta Agenda, implementada por pactuação tripartite, possibilita a efetivação de acordos entre os Entes Federados para a reforma de alguns aspectos da institucionalidade vigente e promove inovações em alguns processos e instrumentos de gestão.

Tal processo de pactuação tem como finalidade a qualificação da gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas. A construção dessa agenda implica o exercício simultâneo de definição de Macroprioridades, integradas sob a forma de três Pactos:

### Pacto em Defesa do SUS:

Compromisso inequívoco com a repolitização do SUS, consolidando a política pública de saúde brasileira como uma política de Estado, mais do que uma política de governos.

O SUS é produto de um bem-sucedido movimento de politização da saúde, o movimento sanitário brasileiro. É tempo de retomar essa caminhada. É

NA REUNIÃO DA CIT DO DIA 16 DE FEVEREIRO, O PRESIDENTE DO CONASS, MARCUS PESTANA, O MINISTRO DA SAÚDE, SARAIVA FELIPE, E O PRESIDENTE DO CONASEMS, SÍLVIO FERNANDES, ASSINAM O PACTO PELA SAÚDE 2006



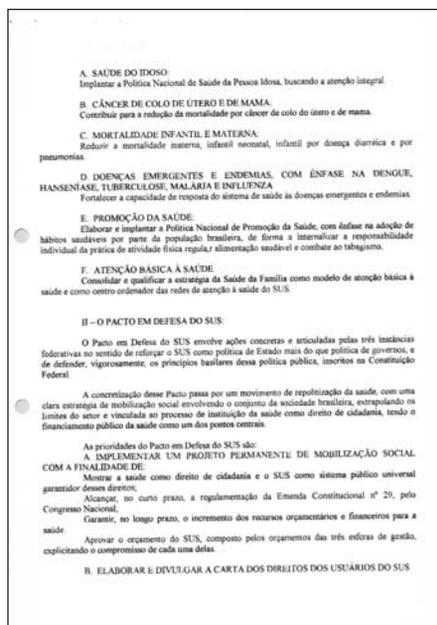
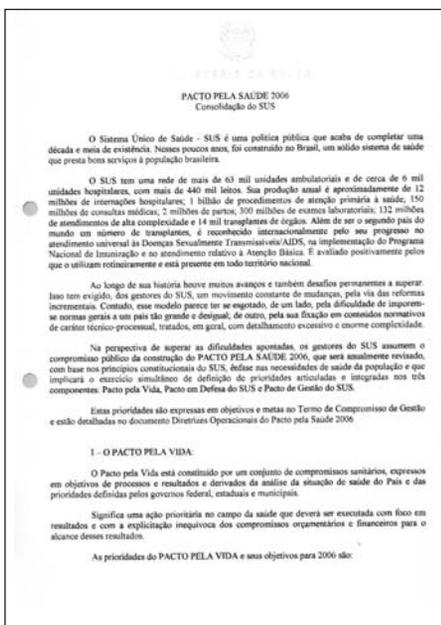
necessário romper os limites setoriais e levar a discussão sobre a política pública de saúde para os parlamentos, para as universidades, para os sindicatos, para as associações corporativas, para as igrejas, para a mídia, para os movimentos sociais, a fim de que a sociedade organizada decida qual SUS quer e quanto está disposta a pagar por ele, por meio dos impostos e das contribuições financeiras.

## Pacto pela Vida:

Estabelecimento de um conjunto de metas sanitárias mobilizadoras a partir de compromissos sanitários e de gestão que deverão ser atingidos pelo SUS. Foram definidas as seguintes áreas prioritárias: Saúde do idoso; Controle do câncer do colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase em dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da saúde, com ênfase em atividade física regular e alimentação saudável; e Fortalecimento da Atenção Básica.

## Pacto de Gestão:

Contempla os princípios do SUS previstos na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990 e indica a construção de um modelo de atenção à saúde que busca responder aos desafios atuais da gestão e dar respostas concretas às necessidades de saúde da população brasileira.



## **PACTO PELA SAÚDE 2006**

### Consolidação do SUS

O Sistema Único de Saúde - SUS é uma política pública que acaba de completar uma década e meia de existência. Nesses poucos anos, foi construído no Brasil, um sólido sistema de saúde que presta bons serviços à população brasileira.

O SUS tem uma rede de mais de 63 mil unidades ambulatoriais e de cerca de 6 mil unidades hospitalares, com mais de 440 mil leitos. Sua produção anual é aproximadamente de 12 milhões de internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde; 150 milhões de consultas médicas; 2 milhões de partos; 300 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 14 mil transplantes de órgãos. Além de ser o segundo país do mundo em número de transplantes, o Brasil é reconhecido internacionalmente pelo seu progresso no atendimento universal às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, na implementação do Programa Nacional de Imunização e no atendimento relativo à Atenção Básica. O SUS é avaliado positivamente pelos que o utilizam rotineiramente e está presente em todo território nacional.

Ao longo de sua história houve muitos avanços e também desafios permanentes a superar. Isso tem exigido, dos gestores do SUS, um movimento constante de mudanças, pela via das reformas incrementais. Contudo, esse modelo parece ter se esgotado, de um lado, pela dificuldade de imporem-se normas gerais a um país tão grande e desigual; de outro, pela sua fixação em conteúdos normativos de caráter técnico-processual, tratados, em geral, com detalhamento excessivo e enorme complexidade.

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE 2006, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

Estas prioridades são expressas em objetivos e metas no Termo de Compromisso de Gestão e estão detalhadas no documento Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006

**I – O PACTO PELA VIDA:**

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

As prioridades do PACTO PELA VIDA e seus objetivos para 2006 são:

**SAÚDE DO IDOSO:**

Implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral.

**CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA:**

Contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama.

**MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA:**

Reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarréica e por pneumonias.

**DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA E INFLUENZA**

Fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias.

**PROMOÇÃO DA SAÚDE:**

Elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo.

**ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.

**II – O PACTO EM DEFESA DO SUS:**

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política

de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.

A concretização desse Pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

As prioridades do Pacto em Defesa do SUS são:

IMPLEMENTAR UM PROJETO PERMANENTE DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL COM A FINALIDADE DE:

Mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos;

Alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional;

Garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde.

Aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas.

ELABORAR E DIVULGAR A CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS

### **III – O PACTO DE GESTÃO DO SUS**

O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Esse Pacto parte de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais.

Esse Pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional.

Reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação.

Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite: busca critérios de alocação equitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos.

As prioridades do Pacto de Gestão são:

DEFINIR DE FORMA INEQUÍVOCA A RESPONSABILIDADE SANITÁRIA DE CADA INSTÂNCIA GESTORA DO SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação.

ESTABELEECER AS DIRETRIZES PARA A GESTÃO DO SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Este PACTO PELA SAÚDE 2006 aprovado pelos gestores do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006, é abaixo assinado pelo Ministro da Saúde, o Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS e será operacionalizado por meio do documento de Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006.

# Política Nacional de Assistência Farmacêutica



Medicamentos de Dispensação  
em Caráter Excepcional



## Política Nacional de Assistência Farmacêutica

Um dos pontos mais discutidos durante as Assembléias do CONASS diz respeito ao acesso aos medicamentos, ao financiamento da Assistência Farmacêutica e ao seu sistema de avaliação. A credibilidade do SUS do ponto de vista dos usuários fica prejudicada quando as dificuldades de acesso e a disponibilidade aos medicamentos imperam. A implementação da política nacional de medicamentos é complexa e exige das três esferas de gestão a união de esforços para implementá-la e melhorá-la, como pode ser visto no detalhamento a seguir.

Entre as prioridades estabelecidas na Política Nacional de Medicamentos está a reorientação da Assistência Farmacêutica. A sua estruturação é um dos grandes desafios que se apresentam aos gestores do SUS, uma vez que propõe uma mudança no modelo de organização e na forma de gerenciamento, tendo por base uma nova lógica de atuação. As ações desenvolvidas nessa área não devem se limitar apenas à aquisição e à distribuição de medicamentos, o que demanda conhecimentos técnicos e habilidades gerenciais para a sua estruturação, em conformidade com as competências estabelecidas para cada esfera de governo.

O processo de descentralização exige que os gestores aperfeiçoem e busquem novas estratégias, com propostas estruturantes que garantam a eficiência de suas ações, consolidando os vínculos entre os serviços e a população, promovendo o acesso, o uso racional e a integralidade das ações.

A necessidade de construir uma nova gestão da Assistência Farmacêutica no SUS fundamenta-se na implementação dessa nova prática nos Estados e nos municípios, sendo necessário, para que isso ocorra, o desenvolvimento de ações estruturantes, com aplicação de novos conhecimentos, habilidades, ferramentas e técnicas, indispensáveis à qualificação e à melhoria das atividades desenvolvidas.

Engloba, ainda, as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, monitoramento da qualidade e promoção do uso racional de medicamentos, este envolvendo tanto a prescrição como a utilização dos medicamentos pelos usuários.

O nível de complexidade que envolve o gerenciamento dessa área, e o enorme desafio implícito no cumprimento dos princípios constitucionais e das diretrizes do SUS, em uma área fortemente sujeita a imposições do mercado, é um desafio para os gestores do SUS. A incipiente regulação e a regulamentação atual têm-se mostrado insuficiente e, algumas vezes, até mesmo inócua para enfrentar o desafio representado por demandas crescentes, em contraposição a um financiamento insuficiente para fazer frente às ofertas disponíveis no mercado.

Com a constante incorporação tecnológica a que é submetido o setor, com custos crescentes e acesso assegurado muitas vezes por meio de decisões judiciais, a Assistência Farmacêutica é um desafio permanente para os gestores do SUS.

Ao considerar-se o cenário apresentado, o CONASS participa ativamente das discussões acerca do tema, acompanhando e atualizando permanentemente informações e dados sobre os medicamentos, especialmente aqueles gerenciados pelas Secretarias Estaduais de Saúde – entre eles: recursos aplicados, quantitativos adquiridos e distribuídos, forma de aquisição e preços praticados.

A análise dessas informações permite que o CONASS acompanhe e se posicione junto às demais instâncias envolvidas, na elaboração de políticas mais coerentes, no estabelecimento de prioridades para a área de Assistência Farmacêutica e com recursos financeiros necessários para seu financiamento, subsidiando assim a discussão das propostas orçamentárias apresentadas para a área. Nesse contexto, o CONASS posicionou-se de forma contundente e desencadeou uma série de ações em relação à Proposta de Lei Orçamentária Anual (PLOA) para 2006. Demonstrou, entre outros, que os recursos previstos para a aquisição dos medicamentos de dispensação em caráter excepcional são insuficientes, não fazendo frente ao crescimento da demanda e aos preços efetivamente pagos pelos Estados para esse grupo de medicamentos.

**A Ploa de 2006 prevê, para esses medicamentos, recursos federais da ordem de R\$ 1,21 bilhão para o período, quando os gastos apurados com base nos dados disponibilizados pelas SES projetam gastos aproximados de R\$ 2,4 bilhões. O valor necessário para fazer frente ao financiamento federal desses medicamentos, considerando um co-financiamento estadual de 20%, deveria prever, no orçamento, recursos da ordem de R\$ 1,92 bilhão para aquisição desses medicamentos.**

Merece destaque a participação efetiva do CONASS na discussão dos recursos financeiros a serem aplicados na Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, bem como dos critérios para selecionar o elenco mínimo obrigatório e estabelecer um cronograma para descentralização gradativa dos recursos destinados à compra de medicamentos básicos, até esse momento, com compra centralizada no Ministério da Saúde.

## Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

De acordo com levantamentos efetuados pelo CONASS junto às SES, o co-financiamento estadual é, em média, de 40%, sem que até a presente data, tenha havido qualquer pactuação referente a esse desembolso financeiro pelos Estados.

Como estratégia para o enfrentamento das dificuldades apresentadas pelas SES, o CONASS dá continuidade à implementação das propostas explicitadas pelos Secretários no Seminário realizado pelo CONASS para Construção de Consensos sobre a Assistência Farmacêutica, focando especificamente os medicamentos de dispensação em caráter excepcional, realizado em Manaus, em julho de 2004.

Entre elas, destaca-se a necessidade de se definir uma política para esses medicamentos, bem como de regulamentar o acesso a estes.

A crescente judicialização na área de medicamentos tem trazido sérias conseqüências para o SUS, atingindo predominantemente as Secretarias Estaduais de Saúde, muitas vezes na pessoa dos próprios Secretários.

Vários Estados fornecem volumes significativos de medicamentos por determinação judicial, sendo assustadoramente crescentes os custos envolvidos com sua compra e dispensação. Em muitos casos, esses recursos correspondem a uma parcela significativa dos recursos destinados aos medicamentos. Dessa forma, essas demandas determinam como são executados os orçamentos e, indiretamente, a forma como os recursos serão aplicados. Mais preocupante é o fato de que isso ocorre mesmo frente a evidências técnicas e científicas desfavoráveis. Além disso, causam um desarranjo no planejamento financeiro, técnico e logístico institucional, uma vez que as prioridades estabelecidas pelos gestores, submetidas e aprovadas pelas instâncias gestoras, de pactuação e do controle social do SUS, deixam de ser desconsideradas.

É imprescindível que as políticas públicas estabelecidas e as prioridades definidas pelos gestores, em um cenário de demandas crescentes e financiamento insuficiente, sejam respeitadas.

Nesse sentido, o CONASS contribuiu de forma efetiva com a proposta de regulamentação elaborada e apresentada pelo Colégio Nacional de Procuradores Gerais dos Estados e do Distrito Federal para os medicamentos de dispensação em caráter excepcional, discutindo-a e apresentando suas contribuições em reunião realizada em Caldas Novas, em 2005.

Espera-se que essa regulamentação contribua com o esforço feito pelos Estados para encontrar mecanismos que façam frente à crescente judicialização dos medicamentos.

Em relação à necessidade de reduzir as discrepâncias regionais dos preços praticados na venda dos medicamentos “excepcionais” às SES, o CONASS sugeriu ao Ministério da Saúde que este efetuasse um processo licitatório, por meio de pregão, com a finalidade de fazer um Registro Nacional de Preços (RNP) dos medicamentos constantes da tabela SIA/SUS, o qual poderia ser utilizado pelas SES que tivessem interesse e maior dificuldade em efetuar aquisições competitivas, quer por escala, localização geográfica ou outras questões específicas. Além da possibilidade de utilização do RNP para efetivar compras a preços melhores, o valor registrado poderia servir como um balizador no estabelecimento dos valores de ressarcimento estabelecidos pelo Ministério da Saúde em 2002 e vigentes até o presente momento.

O CONASS, com base na experiência de compra de vários Estados, participou ativamente na elaboração do edital, na definição de critérios e estratégias adotados e na composição dos lotes/grupos de medicamentos a serem licitados.

A aquisição centralizada de alguns medicamentos, reivindicada pelo CONASS nas situações em que essa modalidade se mostre mais adequada, também tem apresentado avanços.

**Outra estratégia apresentada pelo CONASS como alternativa para superar as dificuldades com a compra dos medicamentos foi a constituição de um consórcio entre os gestores estaduais. A publicação da Lei Federal no 11.107/2005, que trata da constituição de Consórcios Públicos, forneceu o respaldo legal necessário ao desenvolvimento da proposta.**

Conforme prevê a legislação, os medicamentos “excepcionais” são um exemplo concreto de objetivo comum capaz de aglutinar os Estados em torno de um consórcio. Além disso, representa uma alternativa para ajudar a solucionar, em parte, o grave problema hoje enfrentado pelas Secretarias Estaduais de Saúde nessa área. A compra conjunta de medicamentos, por meio de um consórcio, representa uma solução para resolver um problema que é comum a todas as 27 Unidades da Federação.

Após análise dos aspectos jurídicos, operacionais e administrativos, foi elaborada uma minuta de Protocolo de Intenções, aprovada em reunião realizada no dia 19 de outubro de 2005 com os Estados interessados. Manifestaram intenção de aderir ao Consórcio Interestadual de Saúde os Estados de Alagoas, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Maranhão, Minas Gerais, Pará, Piauí, Rio Grande do Sul, Sergipe e o Distrito Federal. Atualmente, a proposta se encontra na etapa de assinatura pelos governadores.



# Câmaras Técnicas do CONASS



Câmara Técnica  
de Assistência Farmacêutica

Câmara Técnica  
de Atenção à Saúde

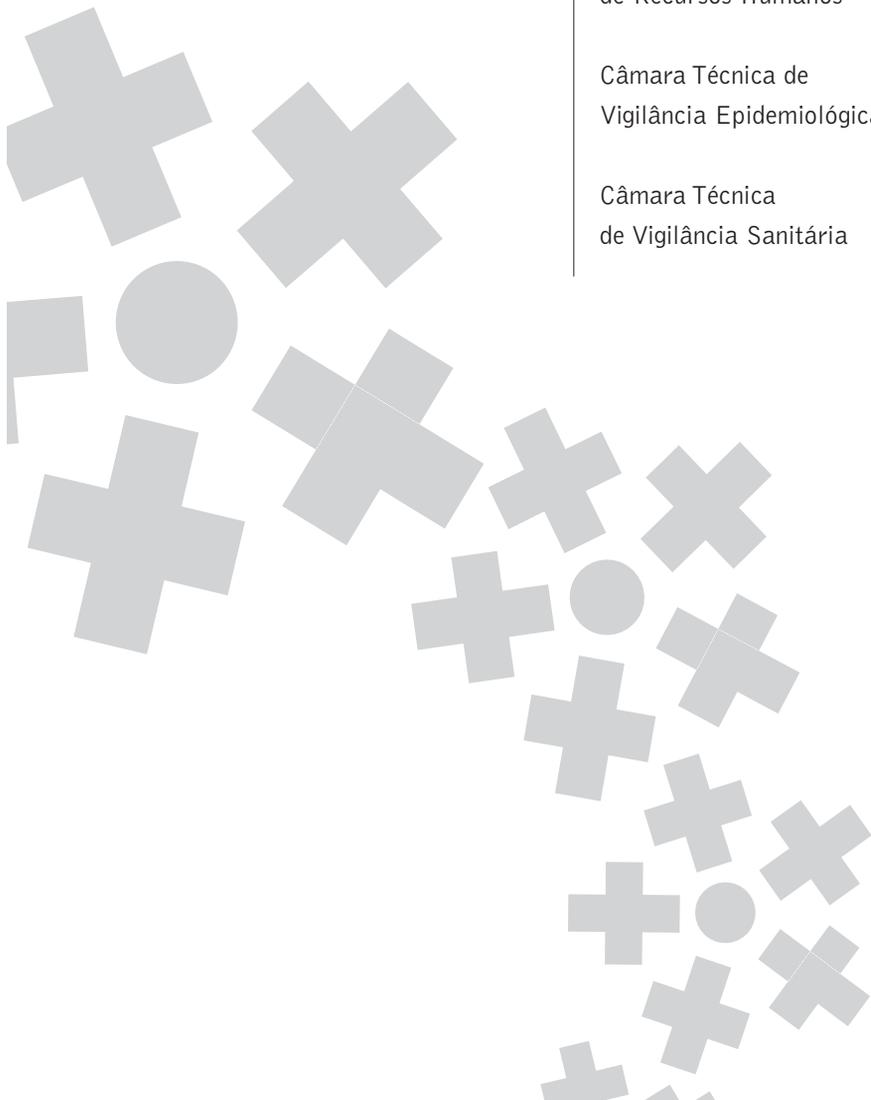
Câmara Técnica  
de Gestão e Financiamento

Câmara Técnica de Informação e  
Informática em Saúde

Câmara Técnica  
de Recursos Humanos

Câmara Técnica de  
Vigilância Epidemiológica

Câmara Técnica  
de Vigilância Sanitária



O CONASS instituiu na estrutura da sua Secretaria-Executiva as Câmaras Técnicas temáticas constituídas com a finalidade de assessorar tecnicamente a Secretaria-Executiva, a Diretoria e a Assembléia Geral, na formulação de políticas e estratégias específicas relativas à gestão dos serviços e às ações inerentes ao Setor Saúde. É integrado por um técnico de cada SES, indicado pelo Secretário e que o representa na respectiva área temática e um assessor técnico da Secretaria-Executiva que tem a atribuição de fomentar e supervisionar os trabalhos.

As Câmaras Técnicas reúnem-se ordinariamente de três a quatro vezes ao ano. Essas reuniões oportunizam articulação e integração entre as equipes técnicas das Secretarias Estaduais de Saúde, análises de propostas e políticas nacionais a serem implementadas, reflexões sobre as diferentes realidades regionais e especialmente a construção de subsídios técnicos para tomada de posição ou operacionalização das deliberações e das pactuações realizadas pelos gestores.

Atualmente, existem sete Câmaras Técnicas:

- Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica
- Câmara Técnica de Atenção à Saúde
  - Câmara Técnica de Gestão e Financiamento
  - Câmara Técnica de Informação e Informática em Saúde
  - Câmara Técnica de Recursos Humanos
  - Câmara Técnica de Vigilância Epidemiológica
  - Câmara Técnica de Vigilância Sanitária



1ª REUNIÃO DAS COORDENADORAS  
DAS CÂMARAS TÉCNICAS DO  
CONASS REALIZADA EM BRASÍLIA  
EM OUTUBRO DE 2005

## Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica

A Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica (CTAF) tem sido muito atuante e participativa, trazendo para sua pauta a discussão dos temas prioritários demandados pelo momento atual de implementação das políticas de medicamentos e de Assistência Farmacêutica e, especialmente, aqueles pautados pelos Secretários. Analisam-se cenários e informações com o propósito de subsidiá-los tecnicamente nos assuntos pertinentes à área.

Nas reuniões, busca-se adotar uma atitude proativa em relação aos temas de relevância para os Secretários, respaldando os posicionamentos do CONASS.

No período abrangido pelo presente relatório, merecem ênfase a apresentação e a discussão da política proposta para a Assistência Farmacêutica na atenção básica, publicada pela Portaria GM/MS no 1.105, de 5 de julho de 2005, a qual estabeleceu normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e definiu um Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos nesse nível de atenção à saúde.

Atendendo às demandas de gestores estaduais e municipais do SUS, foi ampliado o recurso financeiro destinado ao Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB), além de incorporar recurso financeiro de fonte diversa daquela destinada ao IAFB. Esse recurso destina-se ao desenvolvimento de ações estratégicas nesse nível de atenção (hipertensão, diabetes, asma, combate à desnutrição, saúde da mulher e combate ao tabagismo).

Apesar dos avanços, a portaria foi revista por demanda da CTAF, com propostas de várias alterações e incorporando um cronograma de descentralização dos recursos destinados à compra dos medicamentos das ações estratégicas, de acordo com pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite.

As discussões e as propostas apresentadas levaram ao cancelamento da Portaria no 1.105 e à publicação da Portaria GM/MS no 2.084, em 28 de outubro de 2005.

Também foram apresentados e discutidos: proposta de regulamentação para dispensação de medicamentos de dispensação em caráter excepcional, apresentada pelo Colégio Nacional de Procuradores-Gerais dos Estados e do Distrito Federal; proposta do Ministério da Saúde para publicação de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas de medicamentos excepcionais já submetidos à consulta pública; e outros assuntos pertinentes a esse grupo de medicamentos.

Foi discutida a proposta do CONASS de constituir um consórcio interestadual para aquisição de medicamentos excepcionais como estratégia para ajudar a solucionar o grave problema hoje enfrentado pelas Secretarias Estaduais de Saúde nessa área.

Procurou-se, igualmente, trazer para o espaço da Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica a troca de experiências realizada pelo CONASS, em Fortaleza, com apresentação de experiências bem-sucedidas desenvolvidas pelas Secretarias na área, procurando, dessa forma, contribuir com a estruturação e a qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica nos Estados e o intercâmbio de experiência entre os profissionais que nela atuam.

Com essa finalidade, foram apresentados os sistemas informatizados desenvolvidos pelos Estados de Santa Catarina, São Paulo e Paraná para o gerenciamento dos medicamentos "excepcionais", os quais permitem otimizar o gerenciamento da distribuição e da dispensação desses medicamentos que está sob responsabilidade das SES.

Também foram mostradas experiências de planejamento e de capacitação gerencial em Assistência Farmacêutica que promovem a descentralização da gestão, o uso racional e o acesso da população aos medicamentos.

Dessa forma, propicia-se o intercâmbio técnico e a troca de experiências entre as Unidades da Federação, em um processo sinérgico de construção entre aqueles que apresentam maior dificuldade na estruturação dos seus serviços e outros que já venceram algumas etapas e podem contribuir com o desenvolvimento da Assistência Farmacêutica no SUS.

## Câmara Técnica de Atenção à Saúde

A Câmara Técnica de Atenção à Saúde participou ativamente das discussões que antecederam a publicação de portarias referentes à área. Embora muitas sugestões e propostas do CONASS não tenham sido incorporadas pelo MS, esse processo permitiu uma maior articulação das áreas de atenção à saúde entre as SES e a reformulação de vários itens pelo MS.

Em 26 de outubro de 2005, em São Paulo, foi realizada a reunião da Câmara Técnica de Atenção à Saúde, quando foram discutidos os seguintes assuntos:

- Implantação das novas políticas de Alta Complexidade – Cardiologia, Neurologia, Ortopedia, Saúde Auditiva e Doença Renal. Impactos financeiros e dificuldades de implementação, sugestões e propostas.
- Agenda de Compromissos pela Saúde – apresentação de diretrizes e macroprioridades.
- Contratualização dos hospitais de ensino e dos hospitais filantrópicos: acompanhamento e avaliação das metas pactuadas e impacto sobre a assistência – como as SES estão fazendo o acompanhamento.
- Centro de Especialização Odontológica, novas portarias e avaliação da implementação.
- Assistência Obstétrica – Programa Humanização do Pré-natal e Nascimento.
- Samu e Centrais de regulação pré-hospitalar de urgência – avaliação da implantação nos Estados, dificuldades e propostas.
- Consulta pública da unificação da tabela SIA AIH/Descentralização do SIH: sugestões e propostas.
- Atenção Oncológica – proposta de estabelecimento da política e do plano de ação para o controle dos cânceres do colo de útero e de mama.

## **Câmara Técnica de Gestão e Financiamento**

A Câmara Técnica de Gestão e Financiamento reuniu-se em duas ocasiões no ano de 2005 e foram discutidos os seguintes assuntos:

- Agenda de Compromisso dos três gestores:
  - Pacto pela Vida;
  - Pacto de Gestão; e
  - Pacto em defesa do SUS.
- Nova proposta de PPI.
- Regulação.
- Planejatus: organização e funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS.
- Funções Essenciais de Saúde Pública.
- Déficit Nominal Zero.
- Ciclo orçamentário no Brasil.
- Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias 2006 e autógrafo da LDO 2006.
- Execução Orçamentária 2005.
- Proposta Orçamentária do MS para 2006.
- Análises de portarias publicadas pelo MS entre 4 e 11 de julho de 2005 e que não foram pactuadas na CIT.

Esta Câmara Técnica tem dado prioridade à análise, à discussão e ao acompanhamento das questões orçamentárias e participado das discussões sobre a revisão do processo normativo do SUS.

## **Câmara Técnica de Informação e Informática em Saúde**

No ano de 2005, foram realizadas quatro reuniões ordinárias da Câmara Técnica de Informação e Informática em Saúde (CTIIS), sendo uma no Rio de Janeiro (RJ), em março, uma em Aracajú (SE), em junho, uma em Porto Alegre (RS), em setembro e uma em Belo Horizonte (MG), em novembro. Os principais temas de discussão nessas ocasiões foram:

- Sistemas de regulação do acesso a serviços de saúde – foram indicados pelos representantes da CTIIS como prioritários, em razão do grande volume de recursos que vem sendo despendido por SES e SMS em seu desenvolvimento e implementação. Foram objetos de trocas de informações entre as SES e de debates com o Datasus/MS em muitas oportunidades, com destaque para a realização de uma videoconferência para levantamento de problemas e busca de soluções.
- Cartão Nacional de Saúde – no mês de março, foi realizada uma reunião extraordinária do CONASS e do Conasems com técnicos da SAS e do Datasus para tratar exclusivamente deste tema. Nesse evento, que contou com a presença de representantes de 24 Secretarias Estaduais de Saúde, foram acordadas ações conjuntas e definido um cronograma para sua realização. Como consequência, foi possível regularizar a situação dos equipamentos e dos softwares alocados às SES para hospedar a base de dados de cadastro de usuários; viabilizar a transferência do espelho das bases estaduais para as respectivas SES; e reeditar o treinamento de técnicos de SES e SMS para continuidade do cadastramento.
- Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado, Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e Sistemas de Informação de Mortalidade e Nascidos Vivos – a CTIIS acompanhou ativamente tanto a evolução do desenvolvimento dos softwares pelo Datasus e sua compatibilidade com outros aplicativos essenciais, quanto o desempenho das SES nos testes realizados com suas diversas versões. Isso possibilitou a cooperação e o melhor entendimento com o MS, até mesmo no que concerne ao cronograma de implementação.

Outros temas mais pontuais foram abordados, contando algumas vezes com a presença de representantes de outras entidades, convidados especialmente para esse fim, como no caso da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Merece destaque a utilização das reuniões ordinárias como oportunidades para troca de experiências entre as SES. Nesse sentido, foram feitas apresentações sobre temas diversos pelos representantes das Secretarias Estaduais do Rio de Janeiro, São Paulo, Mato Grosso, Santa Catarina, Alagoas, Sergipe e Ceará.

Outras atividades da CTIIS incluíram:

- Curso de Gestão e Tecnologia de Informação em Saúde – promovido pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz) e desenvolvido com a metodologia de ensino a distância, foi oferecido gratuitamente para até dois técnicos de cada Secretaria Estadual de Saúde, a partir de negociação da CTIIS. Aproximadamente 45% dos inscritos já o concluíram com sucesso.
- Pesquisa “Levantamento dos Sistemas de Informação utilizados pelas SES” – foi iniciada em 2004 e encerrada em 2005, encontrando-se em fase final de tabulação e análise das informações, devendo ser apresentada aos Secretários Estaduais ainda no primeiro semestre de 2006.

## Câmara Técnica de Recursos Humanos

A Câmara Técnica de Recursos Humanos (CTRH) reuniu-se em março de 2005 para discussão do fortalecimento da capacidade de gestão, da regularização da situação dos vínculos e de ingresso dos Agentes Comunitários de Saúde e das Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Em julho de 2005, durante o **VI Congresso Nacional da Rede Unida**, foi realizada uma oficina da Câmara Técnica de Recursos Humanos do CONASS, com o tema "Modernização da Gestão de RH da Saúde na Gestão Estadual", que evidenciou o papel estratégico e dinamizador de processos de mudanças no campo da gestão do trabalho, com o estabelecimento do consenso entre os Secretários de Estado da Saúde. Em 2004, a oficina "Recursos Humanos: um desafio do tamanho do SUS" possibilitou e identificou as questões que ainda resistem e demandam apoio e assessoramento maior de outras esferas do SUS, como: a estruturação dos sistemas de informação para a tomada de decisão, a participação efetiva da área nos orçamentos gerais das SES e a necessidade de desenvolvimento de planos estaduais de RH, articulados ao plano estadual de saúde.

Em dezembro de 2005, em Pernambuco, a CTRH discutiu a situação atual dos Pólos de Educação Permanente em Saúde e a Agenda para 2006.

Outra atividade realizada pelo CONASS, considerando as dificuldades de operacionalização dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, foi a realização de oficinas específicas com os representantes das Secretarias Estaduais nos Pólos de Educação Permanente em Saúde em *maio e julho de 2005* durante o **VI Congresso Nacional da Rede Unida**, com o tema "As Secretarias Estaduais de Saúde e os Pólos de Educação Permanente: impasses e estratégias", cujo relatório foi encaminhado à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde.

## **Câmara Técnica de Vigilância Epidemiológica**

Os integrantes da Câmara Técnica de Vigilância Epidemiológica elegeram para os anos de 2005/2006, como estratégias para superar a fragmentação das ações entre as Vigilâncias, substituir o conceito de controle/fiscalização e erradicação e adotar o conceito de Vigilância em Saúde.

São destacadas as seguintes ações e estratégias desenvolvidas:

- realizar reuniões descentralizadas (Belo Horizonte, Sergipe, Gramado-RS, Pernambuco e Vitória);
- em todas as reuniões, manter um espaço para informe sobre o contexto político e os principais pontos de discussão nas Assembléias dos Secretários e na CIT, bem como as propostas gerais do Ministério da Saúde;
- realizar reuniões conjuntas entre representantes da Vigilância Epidemiológica e da Vigilância Ambiental;
- colocar na agenda política dos gestores estaduais o papel das Vigilâncias na reorganização do SUS (em todas as reuniões da CT Epidemiologia, os gestores estaduais foram envolvidos e convidados para fazer pronunciamento – ocasião em que apresentavam a SES, a organização, a agenda, as prioridades e a inserção das Vigilâncias);
- integrar as três Vigilâncias: Epidemiológica, Sanitária e Ambiental;
- rever os indicadores da PPI nas três áreas.

### **E os resultados obtidos foram:**

- reunião conjunta e fortalecimento das Vigilâncias no encontro para troca de experiências em Sergipe;
- revisão das portarias da Vigilância Epidemiológica e da Vigilância Ambiental;
- discussão e subsídios apresentados para a elaboração das portarias sobre o Registro de Câncer de Base Populacional; Sistema de Verificação de Óbitos; instrução normativa que trata da divisão dos Estados por extratos; rede de serviços de Vigilância Epidemiológica nos hospitais; situação dos agentes da Funasa; método de avaliação da PPI por parte do Ministério da Saúde, escolha de assessores/consultores do MS nas áreas de Sarampo/Dengue e outros agravos; dificuldades das áreas; necessidade de se estabelecer os níveis de complexidade da Vigilância Epidemiológica; participação dos coordenadores regionais; e participação no GT VS da CIT.

Este processo ainda está em desenvolvimento e não se trata de um caminho fácil ou rápido. É preciso considerar os fatores que interferem no processo saúde–doença, unir esforços para identificar os fatores de risco aos quais está submetida a população, o cenário sanitário e ambiental, o perfil epidemiológico de uma dada população e a interface com as áreas da assistência – ponto fundamental para a saúde coletiva.

## Câmara Técnica de Vigilância Sanitária

A Câmara Técnica de Visa reuniu-se em cinco ocasiões no ano de 2005, sendo que em duas delas as reuniões foram conjuntas com a Câmara Técnica de Vigilância Epidemiológica e com representantes da Vigilância Ambiental.

Na segunda reunião da Câmara, foi debatido o tema “Medicamentos Psicotrópicos e Entorpecentes” e foi convidado o Dr. Elisaldo Carlini, do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, para proferir uma palestra sobre “O relatório da Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes”. Posteriormente, foi feito um painel para a Análise do Modelo Brasileiro de Controle de Medicamentos Psicotrópicos e Entorpecentes com a participação das seguintes instituições: Gabinete de Segurança Institucional/Secretaria Nacional Antidrogas, Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crime, Opas, Abrasco, Anvisa/MS e Departamento de Assistência Farmacêutica/SCTIE/MS.

Nas reuniões conjuntas, o objetivo principal era a integração das áreas de Vigilância e os temas discutidos, além da palestra do Prof. Dr. Jairnilson Paim sobre “O papel das Vigilâncias na organização do SUS e na integralidade das ações”, foram:

Proposta da Política sobre Laboratórios de Saúde Pública;

Influenza Aviária (Plano de Contingência, medidas que estão sendo adotadas pelos Estados e propostas de ações integradas);

Orçamento do MS de 2005 e 2006, Agenda de Compromisso dos três gestores (Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em defesa do SUS);

Programação Pactuada Integrada – avaliação dos indicadores das três áreas.

Nos temas específicos, os principais pontos discutidos foram: Plano Diretor de Vigilância Sanitária; Avaliação das Metas Pactuadas por Estados e Municípios no TAM; implantação do Sinavisa; Incentivo Financeiro para Adesão à Política Nacional de Promoção da Saúde; Consulta Pública 31 – sobre o regulamento das boas práticas de manipulação; descentralização da Visa; resultado das discussões do Grupo de Categorização; e PPI – VS/indicadores, monitoramento e avaliação.

### Eventos

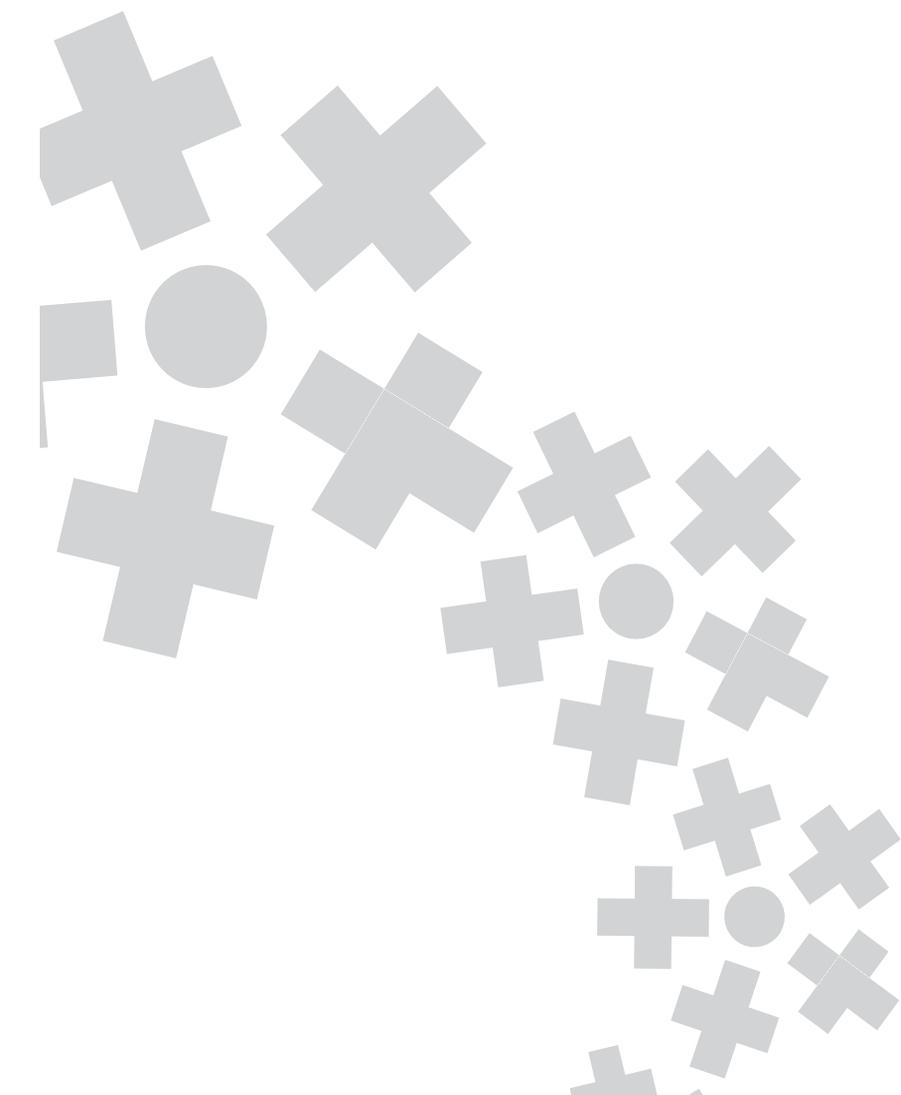
O CONASS participou de uma oficina em Montreal que teve por objetivo promover o fortalecimento da cooperação técnica em outros campos ligados à saúde, na perspectiva de colaborar com a construção de estratégias e de soluções de problemas no âmbito do Sistema de Saúde, por meio do fomento de pesquisa, da formação de recursos humanos e da execução de projetos em co-participação.

# Gestão Financeira



Projetos financiados – Convênios

Projetos/Convênios a serem executados em  
2006/2007



## Gestão Financeira

Durante todos esses anos, o CONASS vem representando os interesses comuns dos gestores estaduais no estabelecimento das políticas públicas voltadas para a área da Saúde, defendendo o SUS e a população em geral na garantia dos direitos humanos e civis de cidadania. Como resultado de anos de trabalho, o CONASS firmou várias parcerias que possibilitaram o desenvolvimento de diversos projetos.

### Projetos financiados - Convênios

Durante o período de gestão entre abril/2005 e março/2006, foram executados os seguintes convênios:

#### CONASS/Ministério da Saúde

##### SUGESTÃO - CONASS/MS - Convênio no 4.174/2004

- **Ação:** Implementação da Rede Nacional de Apoio para Gestão Descentralizada do Sistema Único de Saúde
- **Objeto:** Capacitação das Equipes das Secretarias Estaduais para aprimoramento de Gestão do SUS
- **Valor:** R\$ 2.720.832,00
- **Cronograma de Desembolso:**
  - 1a parcela: 28/3/2005: R\$ 544.166,40;
  - 2a parcela: 5/5/2005: R\$ 544.166,40;
  - 3a parcela: 20/12/2005: R\$ 544.166,40;
  - 4a parcela: 20/1/2005: R\$ 544.166,40;
  - 5a parcela: a receber: R\$ 544.166,40;
- **Data de assinatura:** 31/12/2004; e
- **Vigência:** 31/12/2006

##### Subsídio à manutenção da Secretaria Executiva do CONASS - CONASS/MS - Convênio no 55/2005

- **Ação:** a ser financiada – Subsídio do MS à manutenção da Secretaria Executiva do CONASS.

■ **Objeto:** Aporte financeiro do Ministério da Saúde ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) para apoiar a manutenção da equipe de assessoria técnica que compõe a Secretaria-Executiva do CONASS, a fim de contribuir para suas tarefas de cooperação técnica às Secretarias Estaduais de Saúde.

■ **Valor:** R\$ 158.000,00

Cronograma de Desembolso: Parcela única;

Data de assinatura: 26/4/2005; e

■ **Vigência:** 26/12/2006.

### **Termo Aditivo – Programa de Informação e Apoio Técnico às Novas Equipes Gestoras Estaduais do SUS de 2003 – Progestores 2003**

#### ■ **Objetivos:**

- fortalecimento da SES para cooperação técnica aos municípios, com ênfase na gestão da Atenção Primária;
- contribuições do CONASS para a construção do processo normativo do SUS, com ênfase na regionalização e na cooperação técnicas aos Estados;
- organização da gestão estadual do programa de medicamentos de dispensação em caráter excepcional/alto custo;
- comunicação e informações estratégicas para os gestores do SUS.

■ **Valor executado de abril/2005 a junho/2006:** R\$ 130.064,39

### **CONASS/Opas**

■ **Carta-Acordo** – “Fortalecimento das Fesp na gestão descentralizada do SUS”

■ **Valor:** R\$ 24.300,00 em parcela única

Celebrado em 13/11/2005

Executado em dezembro/2005

#### **Objetivos específicos**

- Revisar e finalizar a adaptação das Fesp à gestão descentralizada do SUS.
- Apoiar a elaboração de plano de ação para o Estado de acordo com a avaliação realizada.

#### **Atividades**

- Reuniões de discussão para finalização da fase I da adaptação.
- Seminários de aplicação da metodologia e da medição piloto das Fesp.
- Seminário de avaliação e finalização da adaptação à luz do teste piloto.

## **CONASS/Decit - Unesco Decit/Unesco**

### **Contrato no SA 1501/2005**

Projeto para o desenvolvimento do I Encontro de Gestores Estaduais Provinciais e Departamentais de Sistemas Sul-Americanos de Saúde.

■ **Finalidade:** Promover a discussão e a análise crítica dos processos de descentralização ocorridos na América do Sul, permitindo a troca de experiências entre gestores e acadêmicos de países que possuem diferentes modelos de atenção à saúde e suas repercussões na garantia da saúde como direito de cidadania.

■ **Início do contrato:** 14/3/2005

■ **Vigência:** 14/5/2005

1a parcela em 24/3/2005 de R\$ 15.000,00; e

2a parcela em 2/5/2005 de R\$ 35.000,00.

### **Projetos/Convênios a serem executados em 2006/2007:**

Publicados no Diário Oficial da União. Ainda não foi recebida nenhuma parcela.

■ **CONASS/OPAS – Projeto de Financiamento Setorial e Alocação de Recursos para a Saúde** – valor: R\$ 500.000,00

■ **Termo Aditivo do SUSGESTÃO** – valor: R\$ 630.208,00

■ **Progestores II** – valor: R\$ 3.730.000,00

# Modernização da Estrutura Interna do CONASS

Investimento em equipamentos  
e novas tecnologias

Modernização administrativa e biblioteca



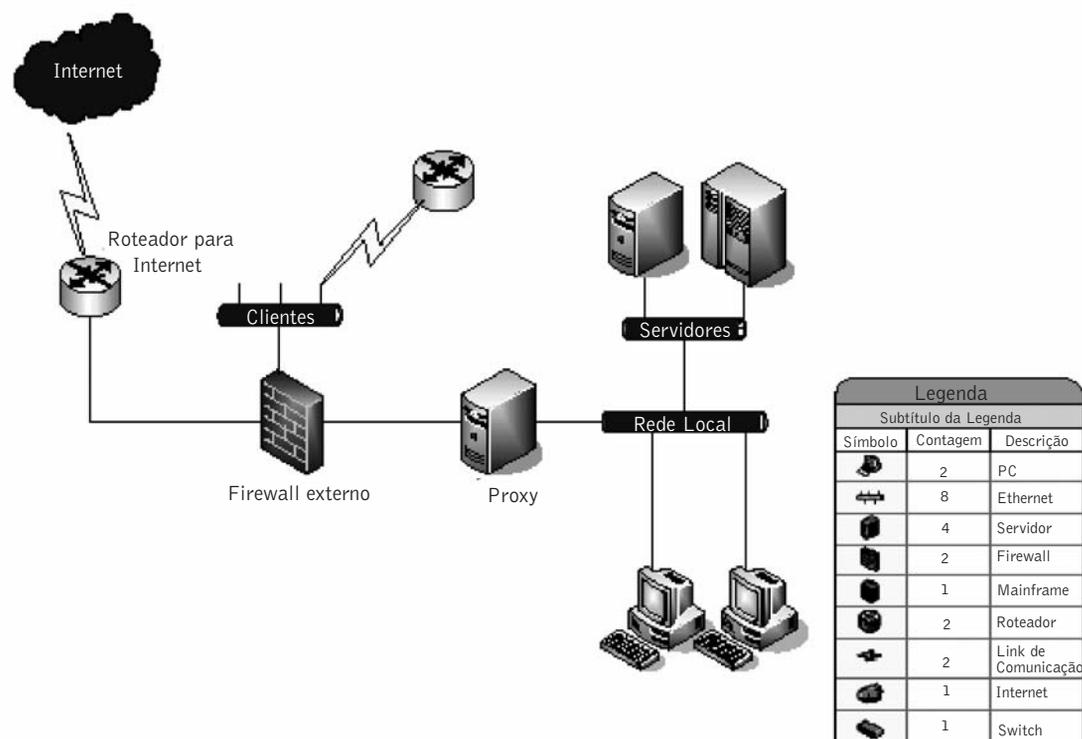
## Investimento em equipamentos e novas tecnologias

O CONASS desde 2004 desenvolve projeto de infra-estrutura de tecnologia de informação que tem o objetivo de dotar esse Conselho de infra-estrutura mais adequada ao perfil da instituição.

A primeira parte do projeto estabelecida ainda em 2004 foi a modernização dos equipamentos de informática com a aquisição de 19 microcomputadores e dois notebooks. A segunda, desenvolvida a partir de 2005, foi a implantação da rede interna do CONASS, com a aquisição de dois switch e uma ADCL, bem como o cabeamento de toda a rede.

A continuação do projeto fazia-se necessária, pois a infra-estrutura de Tecnologia de Informação (TI) existente não garantia controles, tanto na forma de navegação na Internet, quanto na integração com a plataforma da rede interna. Portanto, fez-se necessário avançar para a terceira parte do projeto com a implantação de uma nova estrutura de rede, visando agregar maior segurança à topologia das redes interna e externa. Para isso, foi necessária a aquisição de mais quatro computadores de porte servidor, um switch, um rack, um nobreak, além de um equipamento ativo de rede, com capacidade de criação de domínios de tráfego separados.

Para garantir a compatibilidade da solução, todos os equipamentos adquiridos (servidor, estações de trabalho, notebooks, switch, rack e nobreak) são do mesmo fabricante.



Com o objetivo de complementar o projeto de infra-estrutura de Tecnologia de Informação (TI), foi necessária a aquisição de uma nova máquina copiadora que simplifica os processos de produção e gerenciamento de documentos físicos e digitais que o CONASS reproduz.

## **Modernização administrativa e biblioteca**

### **Organização do Acervo de Publicações e Documentos do CONASS**

Disponibilizar o acervo existente da documentação produzida é importante para a memória histórica do CONASS. Esse acervo possibilita aos interessados que o material produzido pelas Secretarias Estaduais e pela Secretaria-Executiva sirva para consultas e pesquisas.

Todos os documentos e publicações, do ano de 2005, foram analisados, organizados e incorporados aos diversos acervos existentes:

#### **Acervo arquivístico**

Composto pelos documentos administrativos do CONASS, separados entre os de guarda permanente e os de guarda temporária. Estes últimos já foram arquivados pelo prazo estipulado para eliminação.

#### **Acervo editorial geral**

Composto por documentos publicados por diversas instituições e autores variados, publicados sobre assuntos de interesse para o CONASS, disponíveis para consulta.

#### **Acervo editorial do CONASS**

Composto por documentos editados pelo CONASS, disponíveis para consulta.

#### **Acervo da memória técnica**

Composto por documentos editados pelo CONASS, com acesso restrito, visando salvaguardar a memória do CONASS. Um exemplar de cada documento foi enviado para a Biblioteca Nacional no Rio de Janeiro.

#### **Acervo de distribuição e estoque**

Composto por estoques de documentos para distribuição.

# Participação em Eventos Internacionais e Parcerias Estabelecidas

Brasil e Canadá – Colufra – I Simpósio  
Internacional da Conferência Luso-  
Francófona de Saúde

Outros temas em que representantes do  
CONASS tiveram participação



## **Participação em Eventos Internacionais e Parcerias Estabelecidas**

A participação do CONASS em parcerias com outros países tem se dado de forma mais acentuada nos últimos dez anos. Um dos objetivos é socializar e debater com outros países os êxitos alcançados pelo Sistema Único de Saúde, bem como aprender com experiências exitosas e inovadoras alcançadas para além das nossas fronteiras. A participação em eventos internacionais e as parcerias firmadas possibilitam reflexões sobre dificuldades e pontos de estrangulamento vivenciados no Brasil e uma interlocução com outros países que adotam modelos de atenção que tenham alguma coerência com a lógica e os princípios do SUS.

Os gestores estaduais acreditam que é somando esforços que conseguiremos a repolitização e o debate sobre o SUS. Por meio do diálogo e consolidando parcerias entre Entes Federados, parlamentares, segmentos organizados da sociedade civil; instituições de estudo, ensino e pesquisa, organismos nacionais e internacionais é que alcançaremos com êxito o objetivo de melhorar a qualidade da assistência à saúde e garantir o acesso da população.

Por esses motivos, o CONASS considera importante a participação em eventos internacionais que tratam sobre atenção à saúde. É uma oportunidade para refletir sobre os sistemas e os modelos propostos e sobre a nossa realidade.

No último ano, o CONASS participou de vários eventos internacionais e fez parcerias importantes. A título de exemplo, citaremos a participação no Colufra que resultou em cooperação técnica bilateral.

## **Brasil e Canadá - Colufras I Simpósio Internacional da Conferência Luso-Francófona de Saúde**

“Saúde e Cidadania no Universo Luso-Francófono” foi o tema do I Simpósio Internacional da Colufras – iniciativa internacional não-governamental e sem fins lucrativos que congrega instituições, associações e profissionais da Saúde dos países de língua francesa e portuguesa das Américas, da Europa e da África. Sua missão é favorecer o desenvolvimento de intercâmbios e de cooperações entre esses países e aprimorar os Sistemas de Saúde, a qualidade e o acesso dos serviços prestados à população.

Vale destacar que a Colufras surgiu de discussões iniciadas, em 1999, entre os líderes universitários e governamentais da Saúde do Brasil e do Canadá que observaram a necessidade de valorizar o emprego das línguas francesa e portuguesa nos fóruns internacionais, particularmente pan-americanos, e preservar a riqueza da diversidade cultural no continente.

Assim, a fim de estreitar as relações e aperfeiçoar seus Sistemas de Saúde, Brasil e Canadá trocaram experiências durante o citado Simpósio ocorrido em Montreal, Quebec, no período de 14 a 17 de junho de 2005.

Entre os resultados obtidos por meio do intercâmbio com o Canadá, firmou-se a possibilidade de cooperação técnica bilateral, entendendo que essa cooperação entre os países pode proporcionar a construção de uma agenda de troca de experiências e qualificação de recursos humanos.

Para dar continuidade à formalização da cooperação com o Quebec, iniciada na gestão anterior, em abril do ano de 2005, no Rio de Janeiro, os Secretários Estaduais de Saúde firmaram acordo com o Ministro da Saúde da província, Philippe Couillard. Esse acordo tem como objetivo solucionar as dificuldades na gestão da Saúde e melhorar os serviços ofertados.

Na ocasião, o ministro Couillard sugeriu que fossem ampliadas as relações do CONASS com as agências canadenses, o que possibilitaria o melhor conhecimento de assistências a diferentes tipos de população.

Em Montreal, representantes do CONASS participaram de uma reunião com o ministro Couillard e seus principais assessores. O Secretário de Saúde de Goiás, Fernando Cupertino, considerou esse encontro extremamente objetivo e recuperou os termos da cooperação assinada no ano de 2005, no Rio de Janeiro.

O presidente do CONASS, Dr. Marcus Pestana, enfatizou três pontos como possibilidade do aprofundamento das relações:

- a discussão da universalidade e da integralidade como direito de acesso e amplitude de cobertura;
- os sistemas de prevenção e de promoção da saúde nas trocas de tecnologias, capacitação, sensibilização profissional e metodologia de abordagens de serviços; e
- a organização de redes de Atenção Primária e também de alta complexidade, a regulação da incorporação tecnológica e a saúde indígena.

Concretamente, conseguimos estabelecer uma agenda de visitas de autoridades do Ministério da Saúde do Quebec às Secretarias Estaduais de Saúde brasileiras. Essa ação permitirá conhecer a realidade e os problemas vividos por grandes regiões e grandes áreas metropolitanas.

Em uma segunda fase, em 2006, temos privilegiado a troca de profissionais por intercâmbio em termos específicos – com o objetivo de conhecer o funcionamento de determinadas instituições e ferramentas de trabalho utilizadas em programas e projetos, dentro de um eixo de interesse mútuo. Dessa forma, tem sido possível disponibilizar, para as nossas Secretarias, metodologias de capacitação para a equipe de Saúde da Família, com foco na gestão clínica, entre inúmeras outras metodologias e cooperação.

Recebemos a visita ao CONASS, em agosto de 2005, do professor da Universidade de Toronto, Yves Talbot, e o resultado dessa visita foi a realização de capacitação das equipes estaduais na Atenção Primária, conforme descrito no item fortalecimento da gestão estadual.

## **Participação do CONASS na Colufras**

Foi representativa a delegação brasileira que participou do I Simpósio Internacional da Conferência Luso-Francófona de Saúde (Colufras).

Entre os participantes do evento, estavam membros do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e de universidades brasileiras (ver quadro a seguir).

O CONASS teve como representantes seu presidente Marcus Pestana, os vices Fernando Cupertino e Luiz Roberto Barradas, além dos Secretários de Estado da Saúde do Mato Grosso do Sul, Matias Gonsales, e do Maranhão, Helena Maria Duailibe. Também participaram do evento os Secretários de Saúde Adjuntos dos Estados do Rio de Janeiro, Wilson de Maio; de Alagoas, Josefa Petrucia; de Santa Catarina, Carmem

Zanatto; e de Sergipe, Maria José Evangelista, e ainda o Secretário de Coordenação Institucional do Tocantins, Paulo Miranda, e a Assessoria Técnica do CONASS.

Várias experiências brasileiras foram apresentadas e debatidas, entre elas:

- A Secretária de Saúde Adjunta de Sergipe, Maria José Evangelista, fez uma apresentação, na oficina sobre Atenção Primária.
- O Secretário de Saúde de Goiás apresentou "Semelhanças e diferenças entre o Sistema de Saúde do Brasil e o Sistema de Saúde do Canadá-Quebec".
- O Estado de Mato Grosso também apresentou sua experiência de implantação da Central de Regulação do acesso de serviços já em curso há três anos.



As atividades apresentadas pelos brasileiros causaram boa impressão entre os participantes e o CONASS marcou sua posição nessa Conferência.

## Outros temas em que representantes do CONASS tiveram participação

**Tema:** O lugar e o papel do cidadão na governança do Sistema de Saúde

**Participantes:** Luiz Roberto Barradas (Secretário de Saúde do Estado de São Paulo); Luiz Odorico Monteiro (Secretário Municipal de Saúde de Fortaleza-CE)

**Tema :** Regulação e Financiamento dos serviços de Saúde

**Participantes :** Lígia Bahia (Universidade Federal do Rio de Janeiro); Marcus Pestana (Presidente do CONASS e Secretário de Saúde de Minas Gerais)

**Tema :** Formação e importância do capital humano na área da Saúde

**Participantes :** Célia Pierantoni (Universidade Estadual do Rio de Janeiro); Júlio Müller (Consultor de Recursos Humanos do CONASS); Maria Luiza Jaeger (Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Ministério da Saúde); Naomar de Almeida Filho (Reitor da Universidade Federal da Bahia)

**ANEXOS**



## Notas Técnicas

### Principais Notas Técnicas divulgadas pela Secretaria-Executiva do CONASS no período de abril de 2005 a março de 2006

<b>NOTAS TÉCNICAS 2005</b>	<b>DATA</b>	<b>ASSUNTO</b>
NT SE/CONASS nº 12/ 2005	20/6/2005	Consórcios Públicos de Saúde
NT SE/CONASS nº 13/2005	5/7/2005	Regulamentação do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional
NT SE/CONASS nº 14/2005	20/7/2005	Cooperação Internacional: Colufra Ministério da Saúde Universidade de Toronto
NT SE/CONASS nº 15/2005	15/8/2005	Análise das portarias publicadas pelo Ministério da Saúde no Diário Oficial da União de 4 a 11 de julho de 2005
NT SE/CONASS nº 16/2005	3/8/2005	Déficit Nominal Zero
NT SE/CONASS nº 17/2005	15/8/2005	A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a regulação do Setor de Saúde Suplementar
NT SE/CONASS nº 18/2005	16/8/2005	Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos do SUS
NT SE/CONASS nº 19/2005	15/8/2005	Regulamentação do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional – Proposta do CONASS
NT SE/CONASS nº 20/2005	30/9/2005	Um Pacto em Defesa da Vida
NT SE/CONASS nº 21/2005	18/10/2005	Nova Proposta de Financiamento dos Laboratórios de Saúde Pública (Finlacen)

NT SE/CONASS nº 22A/2005	26/10/2005	Síntese do Estudo do CONASS em relação aos recursos previstos para o Ministério da Saúde no Projeto de Lei Orçamentária 2006
NT SE/CONASS nº 23/2005	29/6/2005	Residências Multiprofissionais
NT SE/CONASS nº 24/2005	18/10/2005	Implantação das Políticas de Alta Complexidade
NT SE/CONASS nº 25/2005	19/10/2005	Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal
NT SE/CONASS nº 26/2005	8/12/2005	Política de Atenção Oncológica
NT SE/CONASS nº 27/2005	1/11/2005	Informações sobre a doença Influenza Humana (Gripe Aviária)
NT SE/CONASS nº 28/2005	14/12/2005	Descentralização do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-D)
NT SE/CONASS nº 30/2005	20/12/2005	Unificação das Tabelas de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares no SUS
<b>NOTAS TÉCNICAS 2006</b>	<b>DATA</b>	<b>ASSUNTO</b>
NT SE/CONASS nº 01/2006	10/2/2006	Execução Orçamentária de 2005 do Ministério da Saúde – Exigência para transferência de recursos voluntária para Estados e municípios
NT SE/CONASS nº 02/2006	10/2/2006	Política de Internação Domiciliar
NT SE/CONASS nº 03/2006	20/3/2006	Projeto Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS Fronteiras
NT SE/CONASS nº 04/2006	20/3/2006	Projeto de Olho no Futuro – Assistência Oftalmológica à população assistida no Programa Brasil Alfabetizado – MEC
NT SE/CONASS nº 05/2006	4/4/2006	Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbitos e Esclarecimentos de Causa Mortis

## CONASS documenta

### I Encontro do CONASS para Troca de Experiências

Na décima edição do Conass Documenta estão relatadas experiências bem sucedidas desenvolvidas nos Estados, apresentadas 1º Encontro do CONASS para Troca de Experiências, realizado em Fortaleza – Ceará , nos dias 4 a 5 de agosto.

O evento fortaleceu o papel das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), na busca por unidade política e convergências de estratégias para melhorar a Saúde no Brasil.

A melhoria da qualidade de vida da população brasileira, por meio de ações efetivas na Saúde, foi o principal enfoque das 55 experiências encaminhadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde ao CONASS. Destas, foram selecionados 22 projetos para apresentação em Fortaleza, seguindo o critério de representação estadual; relevância da experiência; experiências com resultados; e compatibilidade com as prioridades do Conass.

Durante os dias 4, 5 e 6 de agosto, aproximadamente 120 pessoas participaram do encontro que foi dividido em cinco mesas: Atenção Primária; Assistência Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica ; e Gestão e Regulação.

