

Inovação na Atenção Especializada no Brasil



ENTREVISTA

Lumena Furtado fala sobre as estratégias do Ministério da Saúde para aperfeiçoar a Atenção Especializada no SUS

INSTITUCIONAL

Seminário do CONASS para a Construção de Consensos

Inovação na Atenção Especializada no Brasil



ENTREVISTA

Lumena Furtado fala sobre as estratégias do Ministério da Saúde para aperfeiçoar a Atenção Especializada no SUS

INSTITUCIONAL

Seminário do CONASS para a Construção de Consensos

6

consensus entrevista

Confira a entrevista com a secretária de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, Lumena Furtado, à respeito da Atenção Especializada no SUS

14

matéria de capa

Inovação na Atenção Especializada no Brasil: conheça as experiências que estão dando certo em diversos estados e municípios brasileiros

saúde em foco

26 *Subfinanciamento do SUS: em carta dirigida à nação, CONASS manifesta-se contra o contingenciamento no orçamento da saúde*

institucional

32 *Seminário do CONASS para Construção de Consensos define propostas dos secretários estaduais de saúde*

opinião

36 *Construindo Consensos para o SUS, por Wilson Duarte Alecrim*

38 curtas

A Atenção Especializada no Sistema Único de Saúde (SUS) tem a função de promover coordenadamente serviços especializados em saúde, oferecendo à população acesso qualificado e em tempo oportuno. No entanto, a insuficiência de oferta e a demanda excessiva pelas ações especializadas fazem com que este ponto da atenção se torne um gargalo do sistema.

Ao compreender a iminente necessidade de se aperfeiçoar a área, os gestores do SUS têm trabalhado conjuntamente na busca por soluções que qualifiquem a Atenção Especializada.

Diversas experiências têm sido realizadas em alguns estados e municípios brasileiros no sentido de inovar a maneira de organizar a relação entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Especializada sem aumentar, necessariamente, a oferta de serviços.

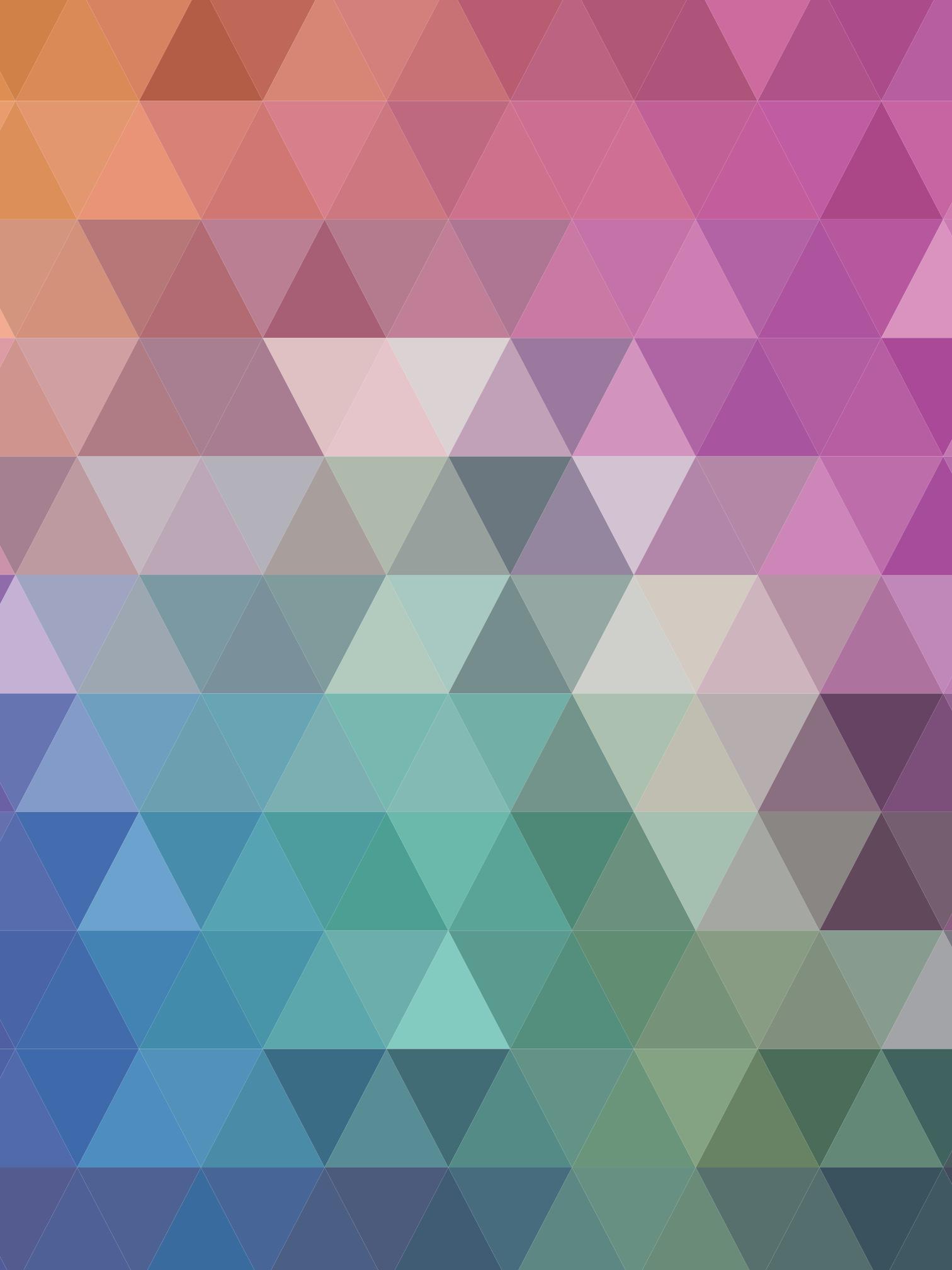
Como matéria de capa desta edição, apresentamos algumas dessas experiências, como as que acontecem em Santo Antônio do Monte/MG, Tauá/CE e na região de Maringá/PR. A matéria também traz a opinião de especialistas e autoridades envolvidas nesse processo de inovação na Atenção Especializada no SUS.

Nesse contexto ouvimos a secretária de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, Lumena Furtado. Em uma entrevista exclusiva, ela fala sobre os problemas que envolvem a Atenção Especializada no SUS e também sobre as ações que o Ministério da Saúde tem desenvolvido na tentativa de sanar as dificuldades que hoje permeiam a área.

O contingenciamento dos recursos do orçamento da saúde também é tema de matéria nesta edição. Na seção Saúde em Foco, o posicionamento do CONASS contra a medida adotada pelo Governo Federal para o setor. Em carta dirigida à nação, os secretários estaduais de saúde manifestam preocupação com a situação de subfinanciamento do SUS.

Na seção institucional a cobertura do Seminário do CONASS para a Construção de Consensos, realizado no dia 08 e 09 de julho, em Brasília, com o objetivo de definir o posicionamento técnico e político do Conselho. Nele, os secretários estaduais de saúde elaboraram as propostas que irão orientar a atuação do Conselho junto às instâncias de pactuação do SUS e também na 15ª Conferência Nacional de Saúde. Ainda nesta seção, a eleição do novo presidente do CONASS, secretário de Estado do Rio Grande do Sul, João Gabbardo dos Reis, eleito após a saída de Wilson Alecrim do cargo de secretário estadual de saúde do Amazonas.

Para finalizar, apresentamos a opinião do ex-presidente do CONASS, Wilson Duarte Alecrim sobre a importância da prática da construção de consensos para o SUS. ■



ENTREVISTA

Lumena Furtado

Com 30 anos de experiência e atuação nas mais diversas áreas do Sistema Único de Saúde (SUS), Lumena Almeida Castro Furtado é psicóloga, sanitária, mestre em Saúde Pública e doutoranda na área de gestão. Já foi secretária municipal adjunta de saúde em São Bernardo do Campo e secretária municipal de saúde em Mauá.

Pela terceira vez no Ministério da Saúde, comanda hoje uma das secretarias mais estratégicas do ministério: a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS).

Ciente da responsabilidade que tem em mãos, faz questão de esclarecer que, apesar de estar à frente da SAS e de certa forma simbolizar aquele espaço, não tem dúvidas de que todo o trabalho lá desempenhado é fruto do esforço coletivo de muitas pessoas. “Aqui na SAS, que é uma secretaria grande e com muitas áreas nós temos feito um grande trabalho de construção coletiva a fim de cumprirmos com o nosso trabalho da melhor maneira possível”, enfatiza ao nos receber para conceder esta entrevista.

Nas próximas páginas, a secretária fala dos problemas enfrentados na Atenção Especializada (AE) no SUS e sobre as estratégias que o Ministério da Saúde tem desempenhado na tentativa de sanar o gargalo que existe atualmente no cuidado especializado.



Consensus Quais são hoje, os principais problemas da Assistência Ambulatorial Especializada no SUS?

Lumena Almeida – O Sistema Único de Saúde avançou muito nos últimos anos na articulação e na organização da Atenção Básica (AB) com muitos dispositivos que têm feito com que seja cada vez mais universal o acesso a AB. Avançamos com os municípios assumindo fortemente o processo de gestão da Rede de Atenção Básica e com a incorporação de profissionais nas equipes de AB, o que tem permitido uma ampliação da qualidade. E com o Programa Mais Médicos, nos últimos anos, 63 milhões de brasileiros que não tinham acesso a um cuidado médico continuado passaram a ter esse cuidado pela Atenção Básica.

Nós temos hoje no Brasil, fruto do esforço dos estados, dos municípios e do Governo Federal, um processo de cuidado na AB muito mais ampliado e qualificado.

Por outro lado, temos também o maior sistema público de transplante do mundo. Hoje quase 100% dos transplantes no Brasil são públicos. Outro exemplo diz respeito ao acesso público à hemodiálise que no Brasil é também de quase 100%. O SUS tem avançado fortemente em alguns pontos do sistema de uma forma mais global, no entanto, temos um ponto dessa rede que é a Atenção Especializada em que tivemos pouca acumulação coletiva nos últimos anos no SUS. Temos talvez, dois ou três pontos mais importantes de problemas na Atenção Especializada. O primeiro consiste na fragmentação do cuidado nessa área. Temos em alguns locais, um acesso melhor ao diagnóstico, mas não conseguimos dar continuidade ao tratamento. Já em outros, nem mesmo o diagnóstico está sendo garantido de forma mais ampla.

Nós temos uma forma de organização do cuidado especializado que ainda é por procedimentos, ou seja, a consulta é especializada, o exame é especializado. Não é um processo integral de cuidado. Acho que o primeiro problema consiste na fragmentação da forma como se organizam hoje os pontos de atenção na Atenção Especializada. Isso traz também o segundo problema que é ainda a insuficiência da oferta que temos nessa área, fazendo com que o acesso seja precário. Esse é segundo ponto do problema: a insuficiência da oferta que ainda é agravada por uma desigualdade regional entre as várias Regiões de Saúde do Brasil. Das 438 Regiões de Saúde, se você pegar qualquer exemplo da área especializada e fizer um diagnóstico de acesso regional, é possível perceber uma enorme desigualdade. Nós temos alguns problemas de saúde que demandam AE em estados com 0% de cobertura e outros com 100% de cobertura, ou seja, temos uma desigualdade regional importante do acesso.

Consensus Tendo em vista os problemas que envolvem a Atenção Especializada, quais ações o Ministério da Saúde tem desenvolvido para a construção de uma política para esta área?

Lumena Almeida – O cuidado especializado pressupõe uma integralidade que não será dada apenas com o cuidado ambulatorial, portanto também o cuidado hospitalar tem que estar presente nesse processo de desenho de uma política que possa dar conta dessa perspectiva. Estamos construindo diretrizes que estão sendo discutidas com o CONASS e com o Conasems sempre na direção de alguns pontos: buscar a oferta de módulos integrais de cuidado que acabem com a fragmentação e no qual possamos de fato garantir acesso às necessidades que aquele

cidadão tem naquele momento. Essa é uma forte diretriz para a construção que nós estamos fazendo. Para isso vamos ter de pensar formas de financiamento e formas de modelagem de organização de serviços. Temos que investir em possibilidades que possam nos ajudar a garantir esse cuidado integral. Vamos ter que investir fortemente também no processo de regulação que possa dar conta de garantir o acesso com base em critérios clínicos, em critérios de classificação de riscos e de priorização do acesso às pessoas que necessitam daquele cuidado.

Também teremos que investir no processo de informação, de educação permanente, de criar possibilidade de troca entre os profissionais e nós temos um foco nesse desenho na Política da Atenção Especializada que são as Regiões de Saúde, porque temos muita convicção de que o caminho de pactuação e construção dessa rede de cuidados serão as Regiões de Saúde.

A regionalização é um caminho sem volta no SUS e cada vez mais temos avançado nessa discussão. O Pacto pela Saúde há alguns anos colocou centralidade na Região de Saúde e nos convidou a radicalizar isso que a própria Constituição já trazia como princípio do SUS.

Acredito que a gente já vive uma situação diferente da que vivíamos há dez anos. As 438 regiões de Saúde no SUS são hoje uma realidade. Elas são um espaço regional de gestão compartilhada e é nesse espaço que a vida real acontece: com conflitos, problemas, diferenças, mas também com consenso, pactuação e construção de estratégias regionais. Estamos investindo no espaço regional como o espaço de construção e pactuação dessa rede de cuidados que deve dar conta de uma Atenção Especializada com qualidade integral.

O cuidado especializado pressupõe uma integralidade que não será dada apenas com o cuidado ambulatorial, portanto também o cuidado hospitalar tem que estar presente nesse processo de desenho de uma política que possa dar conta dessa perspectiva

Consensus Qual é o peso das doenças crônicas na Atenção Especializada?

Lumena Almeida – Na nossa discussão sobre um processo de cuidado para a Atenção Especializada nós temos assumido como uma das diretrizes, ficarmos atentos a esses dois fluxos de necessidades da população. O primeiro que é aquele que advém das doenças crônicas que exigem um cuidado continuado, em um acompanhamento longitudinal das pessoas e em uma multiplicidade interdisciplinar de necessidades que elas demandam. Isso com certeza terá sempre um peso importante na formulação dessa política de atenção na área especializada.

No entanto, temos também um segundo eixo colocado nesse processo que é o fato de precisarmos, ao mesmo tempo, nos dedicarmos àquelas situações de saúde que

demandam cuidado transitório e resolutivo. Ou seja, também temos que pensar em estratégias dentro desse processo de qualificação do cuidado especializado para que avancemos nesse cuidado integral porque muitas vezes em uma mesma especialidade teremos que ter estratégias para um cuidado mais continuado e também para um cuidado mais imediato, resolutivo e transitório.

Consensus O Ministério da Saúde está trabalhando no desenvolvimento do Programa Mais Especialidades, de maneira que ele se constitua como um conjunto de estratégias para ampliação do acesso a consultas, exames e procedimentos para determinadas especialidades. Como esse programa vai funcionar e como ele irá contribuir para a solução do gargalo que existe na Atenção Especializada?

Lumena Almeida – O ministério está formulando e iniciando um processo de pactuação com o CONASS e com o Conasems sobre o Programa Mais Especialidades. Nós temos alguns objetivos importantes a atingir com esse programa que consistem em ampliar e qualificar o acesso no tempo oportuno de forma integral a consultas, exames e a tratamentos especializados, além do acesso à tecnologia adequada. É fundamental esclarecer que o acesso à tecnologia adequada é essencial porque nem sempre mais consultas, mais exames e/ou mais medicamentos significam melhor cuidado. Então a gente também quer priorizar nessa discussão o acesso à tecnologia adequada que nos ajude a cuidar melhor das pessoas nessa área.

Consensus Como resolver os problemas das filas e listas de espera na Atenção Especializada?

Lumena Almeida – Esse é um desafio que estamos trabalhando no processo de formulação. Temos convicção de que não será possível resolver a questão da Atenção Especializada se não for de maneira articulada com a AB, com as Redes de Urgência e com o cuidado ambulatorial e hospitalar. Acredito que investir em novos serviços específicos para dar conta de tudo que se refere à AE não é a solução para o problema. Teremos que ser capazes de pensar em uma rede de cuidados onde o cuidado especializado possa estar presente em vários pontos da rede e com base em problemas específicos, pensarmos módulos de cuidados integrais que possam garantir o cuidado com qualidade.

Consensus Sabemos que o acesso direto à Atenção Ambulatorial Especializada por demanda espontânea é uma das principais causas das filas e das dificuldades de se conseguir consultas com especialistas. Esse é um padrão de comportamento da sociedade que tem por hábito buscar diretamente o atendimento com esses profissionais. Como enfrentar esse desafio de mudar o padrão de comportamento desses pacientes?

Lumena Almeida – Na verdade a responsabilidade por ordenar esse fluxo não é do usuário. É do gestor. E um dispositivo que temos colocado de maneira central na discussão dessa política de cuidado especializado é a questão da regulação. Nós teremos que fortalecer os processos regulatórios nas Regiões de Saúde para que possamos verdadeiramente assumir que a regulação desse fluxo tem que estar na mão do gestor. Hoje o usuário vai por conta própria procurar atendimento porque muitas vezes recebe um pedido de exame e tem que ir atrás desse exame. Essa responsabilidade não pode ser

deslocada para o usuário. Ela tem que ser deslocada para o sistema, para o gestor. E a forma que entendemos que qualifica o processo de organização desse cuidado é a regulação. Estamos investindo muito na qualificação de processos regulatórios regionais que nos ajudem a organizar este fluxo.

Consensus No SUS há experiências relevantes de utilização de equipes interdisciplinares em ambulatórios especializados. O Ministério da Saúde conhece essas experiências? Em caso positivo, pretende aproveitá-las para resolver os problemas da Atenção Ambulatorial Especializada?

Lumena Almeida – Nós temos feito junto com CONASS e Conasems um esforço de ampliar a escuta para as experiências estaduais e municipais que colocaram na sua agenda esse desafio de qualificar a Atenção Especializada. Temos feito várias oficinas, ouvido vários municípios e estados e ido às Regiões de Saúde. Enfim, temos feito muitos arranjos de escuta para podermos de fato nos deixar impregnar pelas experiências que têm enfrentado esse desafio.

É importante ressaltar que nenhuma experiência vai ser seguida como ela está posta porque o país tem muitas diversidades. Esse é um ponto que estamos trabalhando com muito cuidado na discussão da política: construir uma política com diretrizes e estratégias que orientem a reorganização do cuidado especializado, mas que estejam absolutamente abertas à diversidade regional no Brasil. Uma experiência que dá certo numa região do interior de Minas Gerais pode não ser a mesma que vai dar certo no Alto Solimões, por exemplo, ou uma experiência que pode ser muito exitosa em uma região metropolitana bastante adensada

pode não ser a mesma que vai ser adequada para uma região com um vazio assistencial importante. Sendo assim estamos ouvindo muitas experiências e aprendendo com todas elas. É muito bom conhecer a diversidade desse SUS que dá certo, desse SUS que está ali de forma bastante viva e articulada, criando experiências importantes, mas é importante ressaltar que teremos que fazer com base nas escutas, uma proposta que dialogue com a diversidade nacional.

Consensus Quais são hoje as especialidades com maior demanda para atender as necessidades da população e o que o Ministério da Saúde tem feito para reverter essa situação?

Lumena Almeida – Temos feito várias escutas de processos com as Centrais de Regulação, com os gestores e com os profissionais e temos notado diferença entre regiões. Há algumas especialidades que eu poderia dizer que em todos os estados brasileiros apresentam problemas. A oftalmologia e a ortopedia se destacam nesse processo como especialidades onde todos relatam dificuldade de acesso.

A cardiologia é também uma área bastante importante, assim como a urologia, nefrologia e a endocrinologia são áreas que estão apresentando dificuldades.

No entanto temos algumas especialidades que na relação com os gestores municipais, estaduais e em pesquisas feitas com a população aparecem como especialidades que demandariam cuidado mais importante. Junto a essas especialidades a área de oncologia também aparece como um vazio assistencial significativo para pensarmos em dispositivos que ajudem na ampliação do cuidado integral.

Consensus Por se tratar de uma área dependente da formação de médicos especialistas para dar conta das demandas, quais ações o MS tem feito para tratar essa questão da formação de recursos humanos?

Lumena Almeida – Esse é um excelente questionamento. O Brasil, com o Programa Mais Médicos, mudou radicalmente a forma como o Estado brasileiro está lidando com a formação de médicos no Brasil. Até o Programa Mais Médicos a formação médica não era regulada de forma global pelo Estado brasileiro e respondia, às vezes, muito mais aos interesses corporativos e de mercado do que exatamente à necessidade do SUS que fortemente coloca prioridades para a formação médica no Brasil.

Nessa questão da formação médica temos dois eixos muito importantes: o primeiro trata da graduação dos médicos e traz a discussão da necessidade de ampliação do número de médicos no Brasil. Acredito que essa polêmica hoje já está superada, porque todos os atores que dialogam conosco como



Foto: Evandro Oliveira

as entidades médicas, as universidades, a sociedade, o governo etc., já têm o consenso de que no Brasil faltam médicos.

Nossa proporção médico/habitante é muito menor do que em todos os países que têm sistemas nacionais universais. Nós enfrentamos esse debate com muita radicalidade e vale ressaltar que a presidente Dilma, com o Programa Mais Médicos teve muita coragem ao enfrentar conflitos de interesses e ao enfrentar a reação de setores da sociedade que se colocaram contra o programa que tem feito um movimento sem volta, estruturante e importante para conseguirmos resolver o problema da falta de médicos no Brasil.

Hoje temos a presença de médicos estrangeiros que vêm nos ajudar no provimento emergencial daquelas vagas onde os brasileiros não estão conseguindo se colocar, mas também estamos investindo na abertura de novas faculdades de medicina. No dia (10/7), o ministro Arthur Chioro, junto com o ministro da educação, Renato Janine, finalizou um edital exitoso para levar mais faculdades de medicina para municípios brasileiros que não tinham essa possibilidade e que têm estrutura de rede para poder receber essas faculdades. É importante dizer que isso tem sido feito com muita preocupação com a equidade. Nós temos hoje, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste investimento diferenciado para que possamos ampliar também a oferta de faculdade de medicina nessas regiões, aproximando-as da oferta já existente nas regiões Sul e Sudeste, além de estarmos ampliando também a oferta nessas duas regiões.

Esse é um movimento sério, cuidadoso e que tem muita preocupação com a qualidade do ensino, com o conteúdo. Podemos

citar, como exemplo, a mudança nas diretrizes curriculares dos cursos de medicina que, com o Mais Médicos, trouxe para dentro da formação e da graduação a obrigatoriedade desse aluno estar inserido no SUS, compreendendo as necessidades da população brasileira. Então podemos afirmar que esse é um primeiro movimento muito forte do Estado brasileiro assumindo a regulação da formação médica.

O segundo movimento que também dialoga com o Mais Especialidades de forma intensa diz respeito a mais uma diretriz do Programa Mais Médicos que se direciona à formação de especialistas. Já está em curso, em uma parceria do Ministério da Saúde com o Ministério da Educação, um grande programa de regulação, acompanhamento e qualificação das residências médicas com a abertura de novas vagas de residência que até 2017. Serão abertas 11.400 novas vagas de residência médica e acho até que abriremos mais porque estamos construindo uma estratégia que vai levar a um número maior que este, universalizando o acesso dos médicos que se graduam em medicina à residência.

Hoje você tem um número importante de médicos que se formam e não conseguem acesso à residência porque não são oferecidas vagas suficientes para isso. Então haverá esse primeiro impacto de universalização do acesso.

E o segundo impacto é o Estado brasileiro dizer onde é preciso formar mais especialistas, assumindo para si a responsabilidade de regular a definição de quais especialidades serão oferecidas mais vagas. Nós chegamos em um momento no país, por exemplo, em que quase não havia pediatras e psiquiatras nos municípios e nos estados para dar conta

Quem tem que dizer se é necessário oferecer mais vagas de pediatria ou de outra especialidade é o Estado brasileiro. E como isso será feito? Olhando-se para o SUS

das necessidades que temos no SUS. Por outro lado, em algumas outras especialidades havia uma formação muito maior do que a necessidade do sistema.

Quem tem que dizer se é necessário oferecer mais vagas de pediatria ou de outra especialidade é o Estado brasileiro. E como isso será feito? Olhando-se para o SUS.

Também é importante mencionar que até mesmo o sistema privado de saúde sente os efeitos da formação insuficiente em algumas áreas. Não é um problema apenas do sistema público de saúde. É um problema também do sistema privado e por isso, temos feito debates com entidades que congregam serviços de excelência na área privada e que congregam especialidades médicas. Essa pergunta é muito importante porque trata de uma ação estruturante hoje do Ministério da Saúde, do Governo Federal, com o Programa Mais Médicos e que tenho certeza que vai mudar o jeito do Brasil lidar com essa agenda. ■



Inovação na Atenção Especializada no Brasil

ADRIANE CRUZ

O diagnóstico recorrente é de que esta atenção se configura um gargalo do SUS pela insuficiência de oferta, frequentemente chamada de “vazio assistencial da média complexidade”. Mas quando a decisão é melhorar o atendimento especializado de saúde, outros tantos desafios estão postos, assim como alternativas de soluções que estão dando certo em diversos estados e municípios brasileiros.

Imagine um Centro de Especialidades para onde as pessoas portadoras de doenças crônicas são encaminhadas, após a estratificação de risco feita pela Atenção Primária à Saúde (APS), para que tenham sua situação avaliada por uma equipe multiprofissional. Após a avaliação, essas pessoas, hipertensas e diabéticas, por exemplo, com um plano de cuidado traçado pela equipe de saúde, voltam a ser acompanhadas pela APS. Neste modelo, o especialista e o generalista se comunicam rotineiramente, seja por telefone ou mensagens de WhatsApp, tratando conjuntamente destes cidadãos.

Agora, imagine que estes mesmos doentes crônicos se consultem com o cardiologista ou endocrinologista, graças a vagas ofertadas pela central de regulação. E que, quando precisarem novamente de uma consulta, provavelmente ela não será com o mesmo profissional médico. Com uma receita ou pedido de exame nas mãos, esses usuários, mais uma vez, entrarão na fila, seja para se consultar com outro especialista, para pegar um medicamento ou para realizar algum exame.

O diagnóstico recorrente de que a Atenção Especializada se configura um gargalo do SUS pela insuficiência de oferta é equivocado, de acordo com Eugênio Vilaça. “Não é o ‘vazio assistencial’ o principal problema da Atenção Especializada no Brasil, mas o vazio cognitivo, ou seja, o desconhecimento de práticas que comprovam a possibilidade de um atendimento diferenciado aos que necessitam do especialista”. Vilaça explica que, mesmo havendo carência na oferta de algumas especialidades, experiências demonstram que os “vazios” podem ser superados com novas formas de organização das relações entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Especializada sem aumentar, necessariamente, a oferta de serviços.

Autor de três livros que tratam da Atenção Primária à Saúde, das Redes de Atenção à Saúde e das Condições Crônicas, o especialista em Planejamento de Sistema de Saúde, Eugênio Vilaça, esclarece que a Atenção Primária à Saúde, quando organizada adequadamente, pode acolher 75% dos portadores de doenças crônicas. “Com a devida organização, a APS faz a estratificação de risco do paciente e, se necessário, ele será encaminhado para um Centro de Especialidades onde não terá apenas uma consulta médica, mas uma ava-

liação interdisciplinar. Esse modelo é muito diferente do atendimento especializado preva- lecente nos dias de hoje, em que o cidadão procura o médico para se consultar e fazer exames”, argumenta o especialista.

Há evidências de que 70% a 80% dos portadores de condições crônicas apresentam quadros de menor complexidade que devem ter sua condição acompanhada pela equipe da APS e com ações de autocuidado. No entanto, unidades de Assistência Especializada, por conta do acesso direto por demanda espontânea e por falta da estratificação de riscos na APS, estão lotadas de pessoas com condições crônicas. “São, por exemplo, portadores de hipertensão de baixo e médio risco, passíveis de controle na APS. Essa é uma das causas que pressionam, forte e indevidamente, a agenda das unidades de Assistência Especializada, gerando filas e dificuldades de se conseguir consultas com especialistas”, esclarece a assessora Técnica do CONASS, Eliana Dourado.

Outro fator que pressiona a agenda das unidades de Assistência Especializada, segundo Eliana, é a permanência do usuário por tempo indefinido ou sua vinculação definitiva nesses serviços, além da excessiva centralização na consulta médica individual e presencial. “No geral, a Assistência Especializada tradicional não opera com equipes multiprofissionais envolvidas no cuidado interdisciplinar. Porém, ela não deve estar centrada exclusivamente nos médicos, pois há profissionais como enfermeiros e farmacêuticos clínicos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais que desenvolvem ações especializadas nesta atenção”, defende.

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas

No município de Santo Antônio do Monte, em Minas Gerais, foi implantado o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), por meio do Laboratório de Inovação às Condições Crônicas (Liacc). Wilmar de Oliveira

	As Redes de Atenção à Saúde http://goo.gl/KojdhE	
	O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde http://goo.gl/UfaAp9	
	A Construção Social da Atenção Primária à Saúde http://goo.gl/uydAW7	



O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) estimula desenvolvimento da capacidade de autocuidado no cidadão e tem se mostrado eficiente na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Especializada

Para Wilmar, essa dificuldade se apresenta entre os profissionais, entre os gestores e também entre os usuários, que comumente associam cuidado à prescrição médica. “Essa incompreensão é agravada por fatores como a rotatividade de profissionais, a pressão por remuneração diferenciada, a falta de recursos para melhoria da estrutura física e para a informatização da assistência, e a não organização, no primeiro momento, dos processos assistenciais básicos”.

Por outro lado, explica o coordenador, a implementação do MACC proporciona um rápido conhecimento da população de suas necessidades de saúde e a ordenação dos processos de atenção, desde os básicos até os que qualificam o cuidado contínuo. “Os principais benefícios podem ser vistos na melhoria dos indicadores de saúde: redução das internações, redução do atendimento na urgência, estabilização da condição crônica, melhoria no estilo de vida”, ressalta.

A implementação do MACC em Santo Antônio do Monte é uma das experiências relevantes com equipes multiprofissionais e trabalho interdisciplinar em ambulatórios especializados realizadas no SUS e vem inspirando outros estados e municípios brasileiros.

No Paraná, a Atenção Especializada também está passando por mudanças. Na região de Maringá, os municípios Maringá e Munhoz de Melo foram escolhidos para iniciar a experiência de implantação do MACC, que começou num Centro de Especialidades gerenciado pelo consórcio intermunicipal, que atende a 30 municípios da região de saúde de Maringá. “Visitamos o ambulatório com as

Filho, coordenador do Liacc em Samonte, como é chamada a cidade mineira, relata que as maiores dificuldades encontradas para a implementação do MACC está no fato de que ela envolve uma mudança radical no modelo de atenção – na lógica e na forma de organização da assistência à população portadora de condição crônica. “Essa mudança implica em passar de uma prática baseada simplesmente na oferta de consultas médicas especializadas, normalmente prescritivas e sem preocupação com a continuidade ou com o alcance de resultados de eficácia clínica, para a prática de um modelo baseado na continuidade do cuidado, conduzida por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, focada na responsabilização e desenvolvimento da capacidade de autocuidado do usuário e no alcance de resultados clínicos e funcionais para a população”, esclarece.

A experiência de Santo Antônio do Monte, em Minas Gerais, está apresentada em uma série de vídeos que podem ser acessados no *link* abaixo



equipes da regional de saúde e do consórcio. Elegemos duas unidades, conversamos com as equipes, apresentamos a proposta e elas concordaram em participar do processo. Em seguida, elaboramos o cronograma de atividades, que foi pactuado, e em 1º de novembro os pacientes passaram a ser encaminhados para o Centro de Especialidades”, relata Marise Dalcuche, diretora do Núcleo de Descentralização do SUS, da Secretaria Estadual da Saúde do Paraná.

Marise conta que, que neste período, foram realizadas capacitações para a estratificação de risco e para o manejo da hipertensão arterial e diabetes. As equipes do Centro de Especialidades e dos municípios passaram a se conhecer a se encontrar a fim de definirem encaminhamentos como, por exemplo, o agendamento do paciente, uma vez que por meio da central de marcação de consultas o agendamento é feito de acordo com as vagas. “Era preciso estabelecermos uma maneira de que esse paciente aparecesse dentro do sistema de marcação de um jeito diferente. Também viajamos para Santo Antônio do Monte, em setembro do ano passado, para conhecer a experiência de lá, o que deixou os profissionais mais seguros e entusiasmados com o projeto”.

O secretário adjunto de Saúde de São Pau-

lo, Wilson Pollara, também visitou o município mineiro para conhecer a experiência de implantação do MACC. “O que ocorre lá é interessante porque, mesmo com a abrangência pequena em algumas regiões, a qualidade do atendimento é nítida”. Pollara enfatiza o objetivo do CONASS de multiplicar a experiência, insistindo que ainda é muito forte a cultura da população de procurar diretamente o médico especialista. “Em São Paulo, se um diabético, mesmo acompanhado pela UBS, percebe uma ferida no pé, ele vai ao pronto socorro do hospital por livre e espontânea vontade. Isso demonstra que não há regionalização, pois o usuário pode sair da zona sul e ir pra um hospital na zona norte”, constata.

E como envolver os profissionais de saúde, os gestores e os cidadãos nesta mudança? Para Wilmar de Oliveira Filho, a experiência de Santo Antônio do Monte demonstra os fatores importantes para esse envolvimento. Segundo ele, para os profissionais é necessário perceber uma decisão institucional para implementação do modelo, ter clareza do seu significado e objetivos, aderir a um projeto preciso para sua operacionalização, ter disponível um espaço para aperfeiçoamento de todas as competências de práticas profissionais necessárias, aderir a um trabalho multiprofis-

sional e interdisciplinar, ter disponibilidade para um real envolvimento com o usuário, praticar um monitoramento dos processos e resultados de sua intervenção profissional.

Para o usuário, relata Wilmar, é necessário encontrar uma equipe profissional que demonstre interesse pela sua necessidade de saúde, participar de grupos onde conheça a experiência clínica de seus pares e receba orientações e recomendações adequadas para a sua situação de saúde, participar da decisão de metas relacionadas ao cuidado da sua própria situação, ter um *feedback* rápido sobre os progressos alcançados.

A organização da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Especializada

A visita à Samonte despertou o desejo de mudar o modelo de atenção no estado de São Paulo. O secretário adjunto entende que não é possível transitar de um modelo para outro de repente e ressalta que levantamentos e números são fundamentais para o processo de mudança. “Nossa ideia é transformar nossos Ames (*Ambulatórios Médico de Especialidades*) em setores como o Centro de Especialidades de Santo Antônio do Monte. Como já temos a estrutura, precisamos mudar sua finalidade e seu modo de operacionalização e o primeiro passo é saber quanto terá de ser ofertado em termos de médicos, consultórios e consultas – isso é o mais importante na assistência da saúde: quanto precisa, quanto custa e quem paga”, destaca.

O coordenador do Liacc em Samonte reitera que o MACC é caracterizado por conhecer a população de uma determinada área de abrangência, identificar suas necessidades de saúde, estratificar o risco e estabelecer respostas assistenciais coerentes com a situação de saúde apresentada. “Isto inclui a continuidade do cuidado e os profissionais e serviços que se responsabilizam pela assistência, a partir do plano de cuidado de cada usuário”. Wil-

mar reforça, no entanto, que a característica fundamental do modelo e dessa intervenção profissional é a responsabilização do usuário no autocuidado.

Já no município de Tauá, no Ceará, a mudança começou com a Planificação da Atenção Primária à Saúde. A prefeita da cidade, Patrícia Aguiar, conta que apostou conscientemente em uma estratégia essencial para o fortalecimento e organização da APS e reestruturação da Rede de Atenção à Saúde no município. Ela destaca que a planificação produz os mecanismos e os arranjos para que o sistema local de saúde tenha plena conectividade entre si. “A atenção à saúde se organiza através das redes e o nível primário é coordenador do cuidado. Superando o modelo prevalente, tão marcado pela fragmentação de serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, em que permanece a incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção”, esclarece.

A coordenadora dos Núcleos Técnicos do CONASS, Rita Cataneli, explica que a planificação é uma metodologia de organização e de planejamento das atividades da Atenção Primária à Saúde e acontece por meio de oficinas, com 12 módulos, que, paulatinamente, aumentam o conhecimento, as habilidades e as competências na APS. “Temos um momen-



Patrícia Aguiar, prefeita de Tauá, no Ceará, município que, com a implementação da Planificação da APS mobilizou mais de 500 profissionais de saúde. O Canal Saúde apresenta a experiência em dois programas: Sala de Convidados e Canal Saúde na Estrada (veja nos links ao lado)



Sala de Convidados
goo.gl/s3vqgC



Canal Saúde na Estrada
goo.gl/QA2HjS



to de concentração onde as pessoas ficam dois dias em atividades que aprofundam o conteúdo da APS. Depois, o momento de dispersão, que são de 35 a 45 dias, quando o profissional irá aplicar os conhecimentos adquiridos na concentração, na tentativa de mudar a realidade do processo de trabalho da APS. No módulo seguinte, os grupos apresentam o trabalho da dispersão e aí entra um novo conteúdo que percorre o caminho da planificação”, ilustra.

Eugênio Vilaça, ressalta que a maior dificuldade dos sistema de saúde é aperfeiçoar a Atenção Primária à Saúde. “Se não melhorar a APS, não melhora o acesso e não resolve a fila. Se a opção do gestor for por organizar a Atenção Especializada, é imprescindível fazê-lo conjuntamente com a APS ou então o modelo não vai funcionar. É preciso começar estratificando o risco e promovendo a regionalização, conforme descrevo no livro *A Construção Social da APS*”.

Marise Dalcuche ressalta que há interesse em ampliar o MACC no Paraná e que para iniciar o projeto, a Unidade Básica de Saúde deve se inserir no processo chamado tutoria, no qual ela tem que atingir níveis de qualidade. “A unidade recebe um questionário pra se auto-avaliar, e, se alcançar uma pontuação próxima de 100%, recebe um selo bronze. Essa avaliação está voltada para a segurança do paciente na unidade e se caracteriza como um primeiro nível de qualidade”, exemplifica.

Vilaça também chama a atenção para a

mudança necessária nas Centrais de Regulação, que atualmente encaminham os usuários de acordo com as vagas disponíveis. “Por isso, o cidadão fica de um canto para o outro. As Centrais de Regulação precisam atuar na lógica da regionalização da Atenção Especializada, definindo que unidades básicas o Centro de Especialidades irá cobrir. Nada é fácil, mas até mesmo os médicos especialistas se dizem cansados do modelo fragmentado e relatam a satisfação de se relacionarem com as equipes de saúde e, principalmente, de ver que as pessoas estão melhorando”.

Por outro lado, o financiamento da Atenção Especializada se configura como um grande desafio. Marise Dalcuche ressalta que tanto as formas quanto a quantia de financiamento são insuficientes. “Se aplica muito pouco na Atenção Especializada e, além disso, há desorganização deste investimento. Se o recurso é destinado para consultas e exames, é preciso saber quais serão os benefícios e resultados deste investimento”, diz. Ela explica que, para a implementação do MACC no Paraná, o estado está usando recursos do tesouro e enfatiza que o gestor municipal tem de estar de acordo com o projeto e questões políticas e financeiras que ele acarreta. “O estado financia através de convênio e não por procedimento, e utiliza instrumentos como plano de utilização do recurso e prestação de contas para o Tribunal de Contas do estado”, esclarece.

A região de Maringá, no Paraná, recebeu o projeto piloto do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, visando a melhoria da Atenção Especializada



Foto: Wikimedia



Profissionais reunidos em oficina da Planificação da Atenção Primária à Saúde no município de Tauá, Ceará

Valorização profissional

Em Tauá, a preocupação não era apenas envolver os trabalhadores da saúde, mas também a sociedade. Os profissionais foram sensibilizados quanto ao cenário da saúde na época, antes do início do projeto, e quanto à necessidade de avançar rumo às novas possibilidades, conforme descreve a prefeita da cidade. “Contratamos o departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza, para avaliar externamente o projeto, auscultando os usuários e, quanto ao envolvimento dos profissionais de saúde de todas as categorias, que encontravam-se desmotivados e com elevada descrença, promovemos uma densa qualificação sobre a proposta denominada de Planificação da Saúde”. Patrícia Aguiar relata que 530 profissionais da saúde estão envolvidos no projeto e serão certificados pela Escola de Saúde Pública do Ceará, com 100% de participação das equipes de saúde da família, em todas as categorias. Além disso, foram desenvolvidos diversos cursos sobre gestão e temas específicos. “Ao final temos um exército de profissionais motivados, qualificados e, sobretudo, que acreditam em suas práticas, que foram remodeladas. Por isso

são visíveis as mudanças práticas concebidas com esse processo”, elogia.

Patrícia também destaca a importância da decisão política no processo implementado em Tauá e disse que frequentemente escuta queixas dos colegas prefeitos a respeito da dificuldade de tocar a saúde. “Com a planificação, hoje vivemos o melhor momento da saúde de Tauá, com elevado grau de satisfação dos usuários e mudança dos indicadores sanitários. Para mim, como prefeita, esse é o maior retorno”, afirma.

A Atenção Especializada e as Redes de Atenção à Saúde

Um dos desafios para a efetivação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é o acesso adequado e oportuno aos serviços da Atenção Especializada, que é um dos pontos de atenção das redes. “A falta de integração entre diferentes pontos de atenção, a insuficiência de fluxos de referência e contrarreferência, aliada a precária articulação da regulamentação da atenção especializada no SUS, são fatores que contribuem para a baixa eficiência deste nível de atenção”, explica Eliana Dourado.

Ela também chama a atenção para o limitado acúmulo teórico sobre o tema. “Trata-se

de uma das áreas menos estudadas nos sistemas de atenção à saúde. Quando se buscam pesquisas relevantes em Atenção Especializada, encontram-se poucos trabalhos, se compararmos com a Atenção Primária à Saúde (APS) e com a Atenção Hospitalar, o que sugere que as investigações relativas à esta atenção devem ser estimuladas em nossas instituições acadêmicas e de pesquisa”, destaca.

Outro ponto primordial para as Redes de Atenção à Saúde é a comunicação e interdependência entre os diversos pontos de atenção e a coordenação pela APS. Portanto, a organização da Atenção Especializada não pode ser feita de forma independente, como ocorre nos sistemas fragmentados, mas coordenada entre a APS e os cuidados especiali-

zados. “No Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), a atuação do profissional especialista está sob orientação do médico generalista que atua na APS. A existência de generalistas e especialistas obedece aos princípios da divisão técnica do trabalho que exige competências e habilidades diferenciadas por distintos profissionais. Em relação aos médicos, na perspectiva de sistemas de saúde estruturados em RAS, é fundamental a presença equilibrada de médicos generalistas e especialistas, atuando conjuntamente em benefício das pessoas usuárias e suas famílias. Assim, o trabalho em rede implica no estabelecimento de relações próximas e coordenadas entre os generalistas e os especialistas”.

Para responder, com efetividade e eficiência, à demanda complexa da Atenção Especializada, o CONASS defende que é preciso

- Instituir uma política para Atenção Ambulatorial Especializada, com diretrizes baseadas na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, coordenada pela Atenção Primária à Saúde, utilizando como referencial o Modelo de Atenção às Condições Crônicas.
- Destacar, na política de Atenção Ambulatorial Especializada, a atenção à gestante, ao idoso, à criança, à saúde mental e aos portadores de condições crônicas. Também é necessário promover a utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidências, que orientem as intervenções na Atenção Especializada.
- Instituir, a partir da APS, a regulação das condições crônicas não agudizadas para a Atenção Especializada, utilizando ferramentas como a estratificação de risco; a integração de agendas e os protocolos de acesso.
- Propor ao Ministério da Saúde a mudança na forma de financiamento da Atenção Especializada, adotando o financiamento global que deve ser acompanhado por incentivos de desempenho, por meio do monitoramento e cumprimento de metas em relação à estrutura, processos e resultados.
- Estimular pesquisas acadêmicas e em serviços relativas à Atenção Especializada.

Trecho do relatório final do Seminário do CONASS para Construção de Consensos, que em breve será publicado na íntegra pelo CONASS.



CONASS DEBATE INOVAÇÃO NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

As experiências dos municípios de Santo Antônio do Monte, em Minas Gerais, de Tauá, no Ceará, e da região de Maringá, no Paraná, relatadas nesta matéria, serão apresentadas e discutidas no seminário CONASS Debate – Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada, no dia 6 de agosto de 2015, em Brasília.

No evento, serão abordados, entre outros aspectos, as alternativas de enfrentamento dos problemas vivenciados pelos gestores, bem como a apresentação de experiências exitosas e políticas de organização da Atenção Especializada no Brasil.

É esperado um público de aproximadamente 200 pessoas no seminário, que, assim como os anteriores, será transmitido ao vivo.

Leia no *link* ao lado o texto base a respeito da temática do seminário, de autoria de Eugênio Vilaça. ■



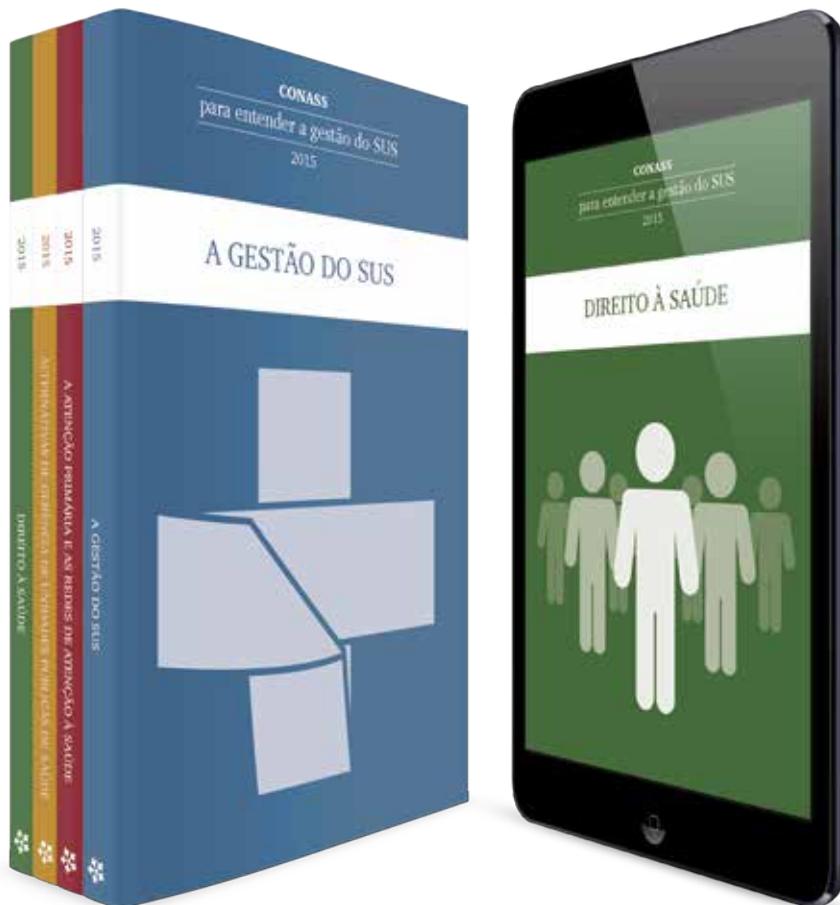
Conheça o projeto CONASS Debate
www.conass.org.br/conassdebate

CONASS

para entender a gestão do SUS

2015

A coleção **Para Entender a Gestão do SUS 2015**, com quatro livros: A Gestão do SUS; A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde; Alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde; e Direito à Saúde, traz temas atuais e estratégicos para a gestão do Sistema Único de Saúde, definidos a partir das prioridades discutidas nas Assembleias do CONASS.





A Gestão do SUS

Aborda a legislação estruturante do SUS e traz informações atualizadas a respeito da sua gestão e planejamento com base no Decreto n. 7.508/2011 e sobre seu financiamento, previsto na Lei n. 141/2012 e na Emenda Constitucional n. 86.



A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde

Apresenta as questões relativas à transição epidemiológica no Brasil e a importância da implantação das Redes de Atenção à Saúde. Ressalta o papel da Atenção Primária à Saúde na operacionalização das redes e descreve o atual processo de implantação.



Alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde

Apresenta os modelos de gerência da Administração Pública Brasileira, a Lei n. 13.019/2014 e um levantamento feito nos estados sobre os modelos de gerência de unidades públicas de saúde.



Direito à Saúde

Apresenta temas relacionados ao direito à saúde, à legislação brasileira, o sistema sanitário e suas interfaces com o sistema de justiça e os impactos do fenômeno da judicialização da saúde no SUS.

Baixe gratuitamente a coleção em seu computador, *tablet* ou *smartphone*!
www.conass.org.br/biblioteca

CONASS POSICIONA-SE CONTRA CONTINGENCIAMENTO NO ORÇAMENTO DA SAÚDE

TATIANA ROSA

Em documento dirigido à nação brasileira, secretários estaduais de saúde criticam os cortes do Governo Federal no orçamento do setor

No dia 22 de maio de 2015, o Governo Federal anunciou um corte de R\$ 69,9 bi do Orçamento Geral da União. A medida justificada como parte do ajuste fiscal para equilibrar as contas públicas do país contingenciou em R\$ 11,774 bi o orçamento da saúde, tendo sido o Ministério da Saúde um dos mais afetados com o corte.

Cientes da seriedade do fato diante do quadro de subfinanciamento que a saúde pública brasileira atravessa há tempos e que a cada dia torna-se mais agravante, os secretários estaduais de saúde reunidos em Assembleia no 3º Congresso Norte e Nordeste de Secretarias Municipais de Saúde, em João Pessoa, em junho, manifestaram a sua preocupação em relação às medidas adotadas pelo Governo Federal em relação ao financiamento da saúde.

Em carta dirigida à nação, os gestores estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS) expressam discordância com a decisão do Governo Federal de contingenciar o já comprometido orçamento do Ministério da Saúde e alertam que os cortes afetarão significativamente o investimento em serviços ambulatoriais e hospitalares o que conse-

quentemente agravará a prestação serviços aos usuários do SUS.

No documento, o CONASS conclama ainda a participação de todos, desde prefeitos, governadores e parlamentares até a sociedade brasileira a lutarem por financiamento adequado que o SUS precisa para de fato ser um sistema universal que garanta a todos o direito à saúde, preconizado na Constituição Federal de 1988.

A Carta à Nação foi apresentada na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, também na ocasião do 3º Congresso Norte e Nordeste de Secretarias Municipais de Saúde, em João Pessoa.

O secretário executivo do CONASS, Jurandi Frutuoso, chamou a atenção para a importância do ato que, segundo ele, representa e reforça o compromisso do CONASS com a luta pelo financiamento da saúde pública brasileira. “Houve um corte de R\$11 bi. Esse é um valor considerável que nós perdemos em uma época de crise. Se nós não nos posicionarmos nesse momento, nós perderemos forças para as lutas futuras dentro do Congresso Nacional e com a sociedade”, alertou.

CARTA À NAÇÃO

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, entidade representativa das Secretarias Estaduais de Saúde, por decisão em Assembleia, vem a público manifestar sua preocupação e sua discordância com a decisão do Governo Federal de contingenciar, por meio do Decreto n. 8.456, de 22 de maio de 2015, em R\$11,774 bilhões o orçamento do Ministério da Saúde, o que irá agravar ainda mais a situação do Sistema Único de Saúde (SUS) que, reconhecidamente desfinanciado, luta por melhores condições para atender a população brasileira.

O subfinanciamento do SUS retarda todas as tentativas de aprimorar seu desempenho nos seus 27 anos de existência, compromete as estratégias definidas e o impede de cumprir os preceitos da universalidade, integralidade e da equidade. A União, que em 1993 era responsável por 72% dos gastos públicos com ações e serviços públicos de saúde, em 2013 respondeu apenas por 42,93% (R\$ 83,04 bilhões), enquanto estados e municípios responderam por 57,76% (R\$ 111,96 bilhões), apesar de disporem de receitas bem inferiores. Situação agravada em razão do aumento dos custos com saúde que ficou, em média, 7 pontos percentuais acima da inflação geral na última década.

Diante do anseio em ter um sistema de saúde público e universal adequadamente financiado, que lhe permita viver mais e melhor, a sociedade mobilizou-se e, por meio do Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública – Saúde+10, tentou garantir mais recursos para a área, entregando à Câmara dos Deputados, em agosto de 2013, o Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PLP n. 123/2012), respaldado por 2,2 milhões de

assinaturas, exigindo o equivalente a 10% das Receitas Correntes Brutas da União para a saúde.

No entanto, o projeto aprovado pelo Congresso Nacional, com respaldo do Governo Federal, a PEC n. 359/2013 – promulgada como Emenda Constitucional n. 86/2015, que destina 15% das Receitas Correntes Líquidas, com vigência a partir de 2016, iniciando com 13,2% e progredindo 1/5 por ano até alcançar 15% em 2020, nos põe diante de um cenário que em 2016 e 2017 poderemos ter menos recursos do que pela regra estabelecida na Lei n. 141/2012.

Não bastasse esse cenário de desfinanciamento, deparamo-nos, agora, com um contingenciamento de recursos do orçamento do Ministério da Saúde que afetará de forma significativa os investimentos necessários para a ampliação imediata de serviços ambulatoriais e hospitalares, impossibilitará a implantação das Redes de Atenção à Saúde em todas as regiões dos estados brasileiros e terá repercussão na prestação de ações assistenciais e sanitárias ofertadas a toda população.

Com base no exposto, o CONASS solicita à Presidente Dilma Rousseff que reveja a posição do Governo Federal quanto ao contingenciamento de recursos do Ministério da Saúde no orçamento 2015.

Conclamamos Prefeitos, Governadores, Parlamentares do Congresso Nacional e a Sociedade Brasileira a juntos atuarmos por um financiamento adequado ao SUS, para que ele possa, de forma efetiva, garantir o Direito à Saúde para todos os cidadãos brasileiros, uma conquista da Constituição Federal de 1988.

João Pessoa – Paraíba, 10 de junho de 2015.



Entrevista com Ricardo Coutinho, governador da Paraíba



Durante o 3º Congresso Norte Nordeste de Secretarias Municipais de Saúde, o governador da Paraíba, Ricardo Coutinho (PSB), recebeu a equipe da **Revista Consensus** para uma entrevista exclusiva. Com argumentos e posições firmes, o governador falou sobre o subfinanciamento da saúde pública brasileira e sobre a possibilidade da criação de uma nova fonte de recursos para o SUS. Confira a opinião do chefe do Poder Executivo da Paraíba acerca dessas e de outras questões fundamentais para a sustentabilidade do SUS.

Em sua opinião, como o contingenciamento de R\$11bi do orçamento da saúde pode afetar a prestação de serviços pelo SUS?

Acho que o atual aporte de recursos que o SUS tem nas suas esferas (estados, municípios e União), não é suficiente para que ele opere de forma satisfatória os serviços que existem. Nós não prestamos um bom serviço. O serviço público em geral no Brasil é muito ruim e precisa melhorar. A saúde fez avanços extraordinários na sua estrutura, na sua concepção, mas houve, ao longo dos anos, principalmente da Constituinte para cá, transferência muito grande de serviços e responsabilidades para estados e municípios sem o devido aporte financeiro. A participação da União em termos proporcionais decaiu, passando de quase 89% em 1988 para chegar a 47% em 2012. Enquanto os municípios e estados que representavam entre 12 e 13% subiram para mais de 50%. Então houve uma inversão total em que estados e municípios assumiram as responsabilidades na execução dos serviços, mas, sem ter a devida contrapartida financeira. Isso ocasionou uma expansão dos serviços, po-

rém uma demanda reprimida e uma qualidade questionável. Se é para manter isso que está posto, o dinheiro que existe não dá, se é para melhorar, muito menos, então é preciso discutir com a seriedade que o momento impõe, duas questões: a primeira é que não haja contingenciamento na saúde porque se nós precisamos de ajuste nas contas governamentais, e nós de fato precisamos — e eu compreendo o que a presidente Dilma quer e o que ela está bancando mesmo diante de todo o desgaste que isso tem ocasionado —, essa conta não pode ser paga simplesmente por dentro de uma máquina que já presta péssimos serviços públicos e ao mesmo tempo comprometendo estados e municípios. É preciso repensar quem paga essa conta ou pelo menos parte dessa conta.

Qual é a sua opinião em relação à possibilidade de um recurso específico para a saúde?

Acho que, primeiramente, em relação ao ajuste, é preciso pensar em outras fontes. Por exemplo: você tem uma discussão que no Brasil é um tabu em que praticamente criminalizam qualquer discussão que signifique tirar alguma coisa das pessoas mais ricas. No Brasil falar em se tirar de grandes investidores, das pessoas mais ricas, é algo inaceitável e o pior: ainda tentam passar a ideia de que isso pode afetar as pessoas mais pobres, o que não é verdade.

O Brasil é um dos países mais injustos do mundo, socialmente falando, por conta disso. E é preciso quebrar esse tabu e ter coragem para isso. É necessário colocar na ordem do dia, por exemplo, uma nova alíquota do Imposto de Renda para quem ganha acima de R\$70 mil. Ora, por que você tem uma mesma alíquota acima de R\$15 mil ou R\$17 mil e por aí vai? Quem ganha R\$15 mil é uma coisa, quem ganha R\$100 mil é outra, então é preciso ter uma nova alíquota ou pensar outra maneira. Esta é apenas uma proposição para colocar na mesa de discussão. Ou então pensar também na questão das heranças porque é preciso discutir isso com seriedade. No caso da saúde, eu acho que a extinção da CPMF foi uma daquelas lutas em que quem pagou, e

às vezes pagou com a própria vida, foi o povo. Porque a CPMF, a sua queda, a sua extinção jamais diminuiria preço de qualquer coisa. Primeiro, porque quem pagava a CPMF era quem ganhava acima de R\$4 mil, ou seja a grande maioria do povo brasileiro não chegava nem próximo disso. Segundo, porque o percentual de 0,037 era tão pouco que as pessoas às vezes nem percebiam... isso não era o grande incômodo. E aquilo era uma disputa do Congresso contra o governo do presidente Lula, infelizmente nos levou a um corte de R\$50bi. Eu acho que é preciso discutir sem medo da grande mídia, sem medo dos castradores de opiniões que tentam criminalizar qualquer debate nesse sentido. É preciso discutir a questão do aumento do financiamento de recursos novos fora aqueles que já estão investidos para a saúde e não para substituir por exemplo, aquilo que o estados já colocam. Nós não queremos dinheiro para substituir. Eu não estou interessado em dizer que o estado vai tirar o que está aplicando para poder vir dinheiro novo para aplicar.

O que eu quero é uma fórmula que me diga que, além desses recursos que nós estamos colocando, nós vamos ter mais recursos para poder por exemplo ter a Média e Alta Complexidade na questão de diagnóstico de imagens, de cirurgias em todas as microrregiões do estado. Então nós precisamos de dinheiro para quê? Para manter o custeio hospitalar. Isso é fundamental, porque, de certa forma, a Atenção Primária à Saúde (APS), com o programa Mais Médicos deu um salto significativo e importante.

Falando em Atenção Primária à Saúde (APS), o senhor defende o seu fortalecimento por meio da ação dos prefeitos em seus municípios. Fale um pouco sobre essa questão da APS e da importância do seu fortalecimento.

A APS é fundamental porque, caso contrário, não há hospital suficiente para tanta gente, além do que, quando ela não funciona como deveria, ocorre um processo de deseducação do povo. Se o cidadão tem dor de cabeça, ele vai para o hospital. Se ele tem dor de barriga, vai para o hospital também, então ele não reconhece o serviço que está ali na ponta e que é responsável pela sua comunidade que são as Equipes de Saúde da Família (ESF) como algo que tenha capacida-

de de tratá-lo e que não tem legitimidade. Então é necessário que a APS esteja fortalecida porque ela, por si só, consegue fazer uma triagem de no mínimo de 70% dos pacientes o que evita a sobrecarga nos hospitais o que é muito comum em todos os recantos do país.

Muitos justificam que o problema do SUS é a má gestão e não o subfinanciamento. Qual é a sua opinião sobre essa relação má gestão x financiamento?

Essa é uma discussão de quem veio primeiro: o ovo ou a galinha. É importante dizer que nós gastamos mal. É verdade que nós gastamos mal! É preciso melhorar a qualidade dos gastos, mas é evidente que o sistema precisa de mais dinheiro. Não dá para ficar esperando anos para se ter uma boa gestão porque essa boa gestão nunca vai chegar, pois os recursos não existem para poder comprar medicamentos e equipamentos, para formar as equipes necessárias, ou seja, é uma discussão infrutífera.

Nós, em todas as esferas, precisamos de instrumentos para melhorar a gestão porque é bem verdade que a gestão no serviço público, particularmente na saúde, ainda é primitiva, ainda é perdulária. Vou citar o exemplo do meu estado a Paraíba. Nesse momento nós não só aderimos ao ApuraSUS — sistema de gestão de custos —, como também trouxemos o diretor de cada unidade hospitalar para se apropriar dessa ferramenta, porque não é mais o funcionário dele e sim ele mesmo o responsável por informar todos os dados que a gente quer para poder fazer planilhas de custo, para poder produzir metas, para poder gerir o sistema com eficiência e eficácia maiores.

Agora eu não posso ficar esperando depois de ter aberto no primeiro mandato dez hospitais, três Upas, depois de ter em quatro anos a maior rede coletora de leite materno do Nordeste, de ter duplicado o número de acesso de crianças aos bancos de leite, de ter duplicado de quatro para oito mil litros de leite materno em quatro anos, de ter criado na Paraíba um programa de cardiologia pediátrica onde já foram feitas 431 cirurgias cardíacas em crianças sem um centavo da União, tudo isso com recursos próprios e um estado como o nosso não aguenta e os demais também não aguentam.

Não dá para ficar discutindo ou esperando que se melhore a gestão para lá na frente termos resultados positivos, porque essa é uma conta que não fecha e nós precisamos ter a capacidade de enfrentar isso e acho que a grande questão hoje é: o Congresso Nacional, os governadores, os prefeitos, os secretários estaduais e municipais de saúde e a sociedade pensarem em que saúde queremos.

Em sua opinião, existe no Congresso Nacional alguma resistência à causa da saúde? Porque todos sabem que é preciso mais dinheiro para o SUS e os números mostram isso. Em 2013 houve toda a movimentação do Saúde + 10 que reuniu mais de 2 milhões de assinaturas, pedindo mais recursos para a saúde e ainda assim a discussão não foi para a frente. O senhor acha que existe algum interesse político que não permite que essa discussão avance dentro do Congresso Nacional?

Acho que tem duas coisas importantes que envolvem essa questão. Primeiro que ao longo dos anos se criou uma lógica no país de que a saúde pública para o povo tem que ser de qualidade inferior por se tratar de serviço público. Só que não se percebe que independentemente da condição social, se uma pessoa tem algo mais grave como um AVC, um acidente com tiros ou um acidente com politraumas, não existe no país nada que não sejam os hospitais de trauma, então naturalmente todos nós somos iguais.

Ou seja, essa ideia é completamente subvertida para poder criar um conceito e fazer com que o SUS não atinja o estágio superior que nós precisamos atingir. Porque se é livre a prestação de serviços na saúde por planos de saúde — e que de fato, seja —, é fundamental também compreender que, quando alguém portador de um plano de saúde for atendido no SUS, esse plano precisa reembolsar o sistema. É fundamental compreender que isso possa ser feito por estados e municípios imediatamente, para que se tenha efetivamente um Sistema Único e não um sistema único que tenha mais outro envolvido.

E nós sabemos que esse setor (refere-se à saúde suplementar) tem muito poder.

Então em relação à pergunta, eu não sou criança para achar que as pessoas não vão atrás dos

seus interesses, porque elas vão e o nosso Congresso Nacional, com todo respeito, tem se esforçado pouco para se qualificar nesse debate. O Congresso precisa dar uma atenção maior e isso não é crítica direcionada a ninguém especificamente porque o Congresso é um mundo de parlamentares com as suas legitimidades e também com seus interesses, mas acho que o Congresso precisa dar uma resposta mais rápida a esses problemas que nós estamos vivendo.

Quando houve o aumento do IOF, ninguém disse nada. Quem vive esbravejando contra o aumento de impostos, a mídia nacional, ninguém disse nada. Agora quando é para discutir a saúde e colocar mais recursos todos esses críticos se levantam, dizendo que ninguém mais vai aguentar pagar mais impostos.

Isso é balela. A verdade é que alguns setores não querem ver o SUS continuar a ter a ascensão necessária que ele precisa ter.

Nós não vemos muito o sociedade ir às ruas, assim como fez nas manifestações contra a corrupção, em defesa do SUS. O senhor acha que a sociedade está desacreditada do SUS?

Acho que a sociedade vive ciclos. A sociedade organizada também vive ciclos. Esse é um ciclo de falência de algumas formas de organização ou pelo menos de retração dessas formas de organização. A década de 1980 coincidia com o fim da ditadura e com o ressurgimento de inúmeros movimentos. No meio disso tudo, houve um movimento muito forte pela construção do SUS e pela qualidade de atendimento porque os trabalhadores compreendiam que essa era uma pauta importante.

De lá para cá, os trabalhadores perderam muito essa lógica da defesa do sistema e da qualidade do atendimento e terminaram entrando em uma lógica corporativista que é muito perversa para o povo que fica no meio disso tudo.

A década de 1990 foi ruim porque foi uma década de arrefecimento da organização social, com o neoliberalismo chegando com muita força. Houve ainda a mudança de presidente por meio de um impeachment, depois novamente a consolidação da política neoliberal no mundo imposta dentro do nosso país. Posteriormente do início dos anos 2000 para cá, teve-se um go-

verno mais comprometido com as causas sociais e também os movimentos mais ligados à questão da gestão e ao governo. Então esse é um processo que, a meu ver, parece ser necessário criar uma geração para poder fazer a roda girar de novo, o que inevitavelmente vai acontecer, talvez não com a velocidade que a gente quer muitas vezes.

Nós estamos passando por essa transição, por essa travessia.

Acho que o fundamental é perceber que se, na década de 1980, nós tínhamos determinados instrumentos, hoje nós temos outros. É importante usarmos outras formas. Da mesma maneira que você mobiliza milhões de pessoas para as manifestações por meio das redes sociais onde você não tem sequer verticalização de lideranças, onde aqueles que se dizem líderes não lideram nada e as pessoas não se legitimam neles, deveria haver esse movimento em prol da saúde.

E aí podem me perguntar o porquê de eu, enquanto governador, não fazer isso. Eu não faço porque a minha posição é outra. Eu não deveria fazer esse tipo de movimento que tem que vir de outros setores porque senão ele já vem contaminado pela autoridade e pelo interesse de alguém que governa um estado ou juntamente com outros governadores.

Agora a discussão sobre financiamento não! Esta os governadores do Nordeste já começaram a fazer desde novembro de 2014 e nós vamos agora em julho, em Teresina no Piauí tirar uma posição bastante clara sobre isso.

Falando sobre essa questão dos governadores do Nordeste, o ministro da Saúde, Arthur Chioro, na abertura do 3º Congresso Norte Nordeste de Secretarias Municipais de Saúde, falou sobre o seu papel de liderança nesse movimento. Como o senhor tem trabalhado nesse comando?

Eu não sou líder. Na verdade o Nordeste tem nove governadores com excelente capacidade. O nordeste de trinta anos atrás é um. O nordeste de hoje é outro. O perfil político é outro. O campo de discussão é outro e nós temos afinidades que extrapolam as questões partidárias. Nós sabemos separar bem as coisas e temos feito um trabalho permanente de organização de uma região para

que ela se expresse de uma forma unificada.

A grande questão realmente é que estamos desenvolvendo um pensamento e ação únicos para a Região Nordeste que tem as suas diversidades internas. Porém é um pensamento único para uma região que tem também uma situação de grande prevalência de uniformidade no seu território, como por exemplo o fato de nós termos 80% desse território no sertão semiárido.

E todos nós estamos muito articulados no sentido de tratar da questão da saúde. Agora em julho no 3º encontro dos governadores do Nordeste em Teresina/PI, a saúde será um dos temas centrais e nós vamos nos expressar para o Brasil acerca dessa situação sobre o financiamento da saúde.

Qual é a sua opinião sobre a PEC n. 451/14?

Acho que ela desconstrói a ideologia de um sistema que seja único de fato. Ela divide a saúde como a do pobre e a saúde que não é do pobre. A Constituição já estabeleceu que o direito ao qual temos direito é à saúde. Você não pode ter na Constituição um sistema único junto com a Saúde Suplementar que, ao estar na Constituição, automaticamente vai se arvorar numa condição de estar no mesmo nível do SUS.

Essa é mais uma proposta ruim que divide o SUS e que tem lá na frente outros objetivos. Ela precisa ser combatida e derrotada da mesma forma como o Projeto de Decreto Legislativo do senador Cássio Cunha e Aluizio Nunes Ferreira, buscando acabar com o Programa Mais Médicos ao retirar os cubanos que são 60% dos médicos que aqui estão, também precisa ser derrotada e denunciada.

Essas proposições são ataques permanentes, não contra a presidente Dilma ou contra o ministro Arthur Chioro. São ataques contra o povo.

A PEC n. 451/14 efetivamente não acrescenta nada, pelo contrário: ela retira e traz instabilidade para o sistema. Acho que o poder legislativo precisa pensar e espero que ao analisar essa proposta pense muito mais nos direitos e interesses do povo do que nos interesses particulares de alguns ou então de algumas corporações. ■

ASSEMBLEIA DEFINE PROPOSTAS NO SEMINÁRIO DO CONASS PARA CONSTRUÇÃO DE CONSENSOS

TATIANA ROSA

Os gestores elaboraram coletivamente o posicionamento técnico e político do Conselho

Nos dias 08 e 09 de julho foi realizado, em Brasília o Seminário do CONASS para a Construção de Consensos, com o objetivo definir o posicionamento técnico, político e operacional dos gestores estaduais de saúde junto aos fóruns de pactuação do Sistema Único de Saúde (SUS) e também elaborar propostas para a 15ª Conferência Nacional de Saúde.

Nos dois dias de debate os secretários estaduais de saúde construíram coletivamente as propostas abrangidas em quatro eixos temáticos: A gestão do SUS; Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde; Alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde; e Direito à Saúde. Temas estes que contemplam as preocupações apresentadas pelos secretários nas assembleias do Conselho.

O presidente do CONASS, secretário de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, João Gabbardo dos Reis, destacou a importância da discussão acerca de temas fundamentais para

o SUS principalmente neste momento de crise que o sistema atravessa. “Temos de destacar a presença maciça dos secretários. Isso reflete a seriedade do debate neste momento delicado que o sistema tem enfrentado”.

Gabbardo também enfatizou a maneira positiva como o processo de consenso foi realizado entre os secretários. Segundo ele, a metodologia adequada, aliada à elevada capacidade técnica dos colaboradores permitiu que todos os secretários estaduais de saúde pudessem, em conjunto com seus principais assessores, discutir os diversos temas que foram propostos.

Ao final do seminário as propostas foram consensadas e estão compiladas no relatório final do Seminário que será objeto de publicação. O presidente do CONASS mencionou alguns dos pontos mais importantes dessas propostas acerca de cada um dos quatro eixos. “O primeiro eixo discutiu a Gestão do SUS com temas muito importantes e que serão agora amplamente debatidos, como a questão

do Pacto Federativo e o financiamento, bem como todos os aspectos relativos a forma de distribuição e alocação de recursos”. Ainda no contexto da gestão, Gabbaro destacou o debate sobre regulação com ênfase na necessidade de um sistema informatizado que contemple as necessidades dos gestores.

Em relação às propostas que compõem o eixo da Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde, o presidente do CONASS chamou a atenção para as discussões acerca da assistência ambulatorial especializada e da assistência hospitalar. “Vale ressaltar também a discussão sobre o papel dos estados na Vigilância à Saúde, a Política de Assistência Farmacêutica e a criação de estruturas próprias nas secretarias estaduais de saúde voltadas para a inovação e incorporação de novas tecnologias”, completou.

O terceiro eixo, que debateu as alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde, propiciou a apresentação de propostas para a revisão das legislações pertinentes. Gabbaro destacou as sugestões que foram feitas no sentido de se promover alterações que

possibilitem mais autonomia e a flexibilidade necessárias a fim de dar mais efetividade a essas unidades públicas de saúde.

Por fim, o presidente do CONASS destacou no quarto eixo o amplo debate sobre os direitos constitucionais. “Essa foi uma discussão muito importante principalmente no tocante a integralidade da atenção e ao processo de judicialização que exerce uma constante pressão sobre os gestores, com gastos crescentes e muitas vezes sem a menor evidência de benefícios”, concluiu.

As propostas elaboradas pelo conjunto dos secretários irão orientar o posicionamento técnico e político do CONASS junto à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), e a formulação do planejamento estratégico da Secretaria Executiva do CONASS. ■

Durante os dois dias do seminário os secretários estaduais de saúde e suas equipes debateram os temas que resultaram nas propostas do CONASS



Secretário de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul é eleito presidente do CONASS

Após a saída de Wilson Duarte Alecrim da secretaria de Estado da Saúde do Amazonas, os gestores estaduais da saúde elegeram, por aclamação, o novo presidente do Conselho, o secretário de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, João Gabbardo dos Reis. A eleição aconteceu na ocasião do Seminário do CONASS para a Construção de Consensos.

Indicado pelos secretários estaduais de saúde que destacaram a sua vasta experiência na gestão do SUS, Gabbardo falou sobre a responsabilidade que tem ao substituir o ex-presidente Alecrim. “É uma grande responsabilidade sucedê-lo tendo em vista tudo o que ele representa e pela extrema dedicação que ele teve com o CONASS, sendo muito competente e agregador, mantendo uma excelente relação com o Ministério da Saúde nesse período em que esteve à frente do Conselho. Pretendo dar continuidade a isso”, afirmou.

O presidente do CONASS destacou que irá conduzir sua gestão com a ampla participação dos demais secretários estaduais de saúde. “Quero contar com o envolvimento dos colegas que me colocaram na direção deste Conselho. Temos de dividir as nossas tarefas, pois há uma série de assuntos a serem tratados que exigirão muito de todos nós para que possamos cumprir com êxito a nossa missão”, disse aos secretários.

Presente na Assembleia, Wilson Alecrim desejou sorte ao novo presidente e agradeceu o apoio dos gestores e da equipe do CONASS no período em que esteve à frente do Conselho. “Que todos tenham vida longa para que possam planejar, executar e aprimorar a saúde pública em seus estados”, despediu-se.

Perfil – João Gabbardo dos Reis é médico formado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e possui especialização em Pediatria no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Foi secretário municipal de Saúde em Santa Rosa de 1993 a 1994. Entre os anos de 1995 e 1996, gerenciou o planejamento do Grupo Hospitalar Conceição. Chefiou o Departamento de Controle e Avaliação do Ministério da Saúde. Também foi superintendente do Instituto de Cardiologia do Distrito Federal.



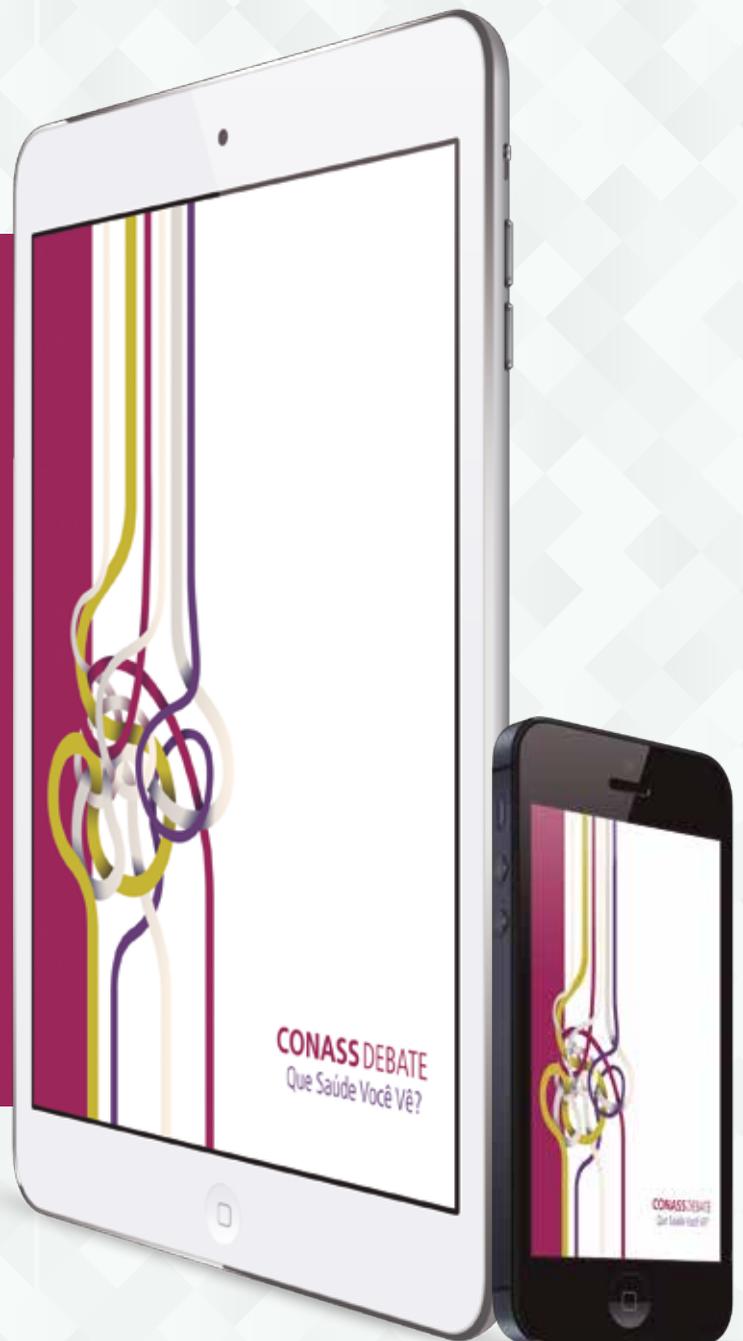
O presidente do CONASS, João Gabbardo dos Reis, cumprimenta o ex-presidente Wilson Duarte Alecrim. À direita, o secretário executivo do CONASS, Jurandi Frutuoso

CONASS DEBATE

CONASS Debate Que Saúde Você Vê?

O CONASS, em parceria com o Canal Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, realizou no dia 28 de novembro de 2014 o seminário CONASS Debate – Que saúde você vê?. O livro é o registro do seminário que ratificou o entendimento de que é preciso reconhecer a comunicação como área estratégica da saúde e não como um setor que apenas produz folders ou marca entrevistas. Não se trata apenas de pautar a imprensa ou ter um furo de reportagem, mas de estabelecer uma relação efetiva entre os profissionais que comunicam a saúde. No horizonte, a perspectiva de uma política de comunicação que abranja toda a gestão de saúde no país, refletida também na formação dos comunicadores brasileiros.

acesse e baixe em
www.conass.org.br/biblioteca



CONSTRUINDO CONSENSOS PARA O SUS

WILSON DUARTE ALECRIM

Possui graduação pela Universidade Federal do Amazonas e mestrado em Medicina Tropical pela Universidade de Brasília. Foi diretor do Centro Universitário Nilton Lins e pesquisador da Fundação de Medicina Tropical do Amazonas. Foi professor titular da Universidade Federal do Amazonas e iniciou sua carreira na gestão do SUS na década de 1980, como gestor municipal. Entre os anos de 2004 e 2008 foi secretário de Estado da Saúde. Retornou ao posto de secretário estadual de saúde, dois anos depois em 2010 e em 2012 foi eleito presidente do CONASS, cargo em que permaneceu até o dia 30 de junho de 2015

“A construção de consensos é de vital importância para atuação técnica e política do CONASS”

Em julho de 2015, durante dois dias, o CONASS realizou o Seminário para a Construção de Consensos, desenvolvendo uma programação previamente aprovada pela Assembleia realizada em junho na cidade de João Pessoa, quando foi mencionada a importância da participação dos secretários, o que de fato realmente ocorreu.

Na construção de consensos é importante considerar os significados de gerência e gestão no SUS. De forma mais ampliada e fundamental, o papel dos gestores, voltado para coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria, cabendo aos gestores definir um conjunto articulado de saberes e práticas necessárias à implementação de políticas na área de saúde.

Como prática de construir consensos, o SUS se apresenta como a essência do processo democrático. Nos seus principais colegiados as decisões se fazem por consenso, o que é importante para dar sustentabilidade nas propostas e políticas que são implantadas no país. O atual momento que atravessamos na vida pública do país nos remete a uma breve análise sobre o resultado do processo eleitoral de 2014 e da 15ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) a ser realizada no último trimestre de 2015. Desde quando foi implantado o instituto da reeleição não havia ocorrido no início dos mandatos dos governadores alteração tão significativa na titularidade das secretarias estaduais de saúde. Dos 27 secretários apenas quatro continuaram em janeiro de 2015, demonstrando que a saúde deve ter preocupado os eleitos com seus efeitos sobre o resultado eleitoral. A 15ª Conferência Nacional de Saúde está sendo construída em novo formato e esperamos que o seu resultado possa resgatar a 8ª CNS que foi um marco para início e continuidade por bastante tempo na construção do SUS.

Na linha do tempo é importante considerar que na Assembleia do CONASS, em 13 de dezembro de 2006, foi lançado o livro SUS: Avanços e Desafios, em que foram apresentados os problemas a serem superados e no qual consta na apresentação um texto da lavra do presidente do CONASS à época, Jurandi Frutuoso, atual secretário executivo, mencionando que o Conselho havia realizado um Fórum e aprovado por consenso um Manifesto aos Candidatos à Presidência da República na eleição de 2006, tendo sido entregue a todos os candidatos e coordenadores de seus pro-

gramas de governo. Reforça a tese de que os estados devem representar a força na garantia do direito a saúde no país. No livro também há seis tópicos relacionados como desafios: Universalização, Financiamento, Modelo Institucional, Modelo de Atenção à Saúde, Gestão do trabalho no SUS e Participação social. Dos seis, três fazem parte do atual Seminário para Construção de Consensos: Modelo de Atenção, Modelo de gestão e financiamento, sendo incluído um quarto tema que trata do Direito a saúde.

Como tópicos que devemos considerar, as transições epidemiológica e demográfica são importantes na procura de modelos. A transição epidemiológica, ocorrendo de forma rápida no país, produz um perfil que inclui as doenças infecciosas e parasitárias (DIPs), desnutrição, doença reprodutiva. Como exemplos, as DIPs em 1930 eram responsáveis por 46% da nosologia e, no ano de 2000, por apenas 5%; as doenças cardiovasculares em 1930 por 12% e em 2009 já representavam 30%.

No modelo de atenção à saúde, não resta dúvida de que deve ser contemplada a integralidade, e que seja de qualidade, resolutivo, regionalizado, integrado aos diversos pontos da atenção, considerando tipologias para eventos agudos e condições crônicas. Os secretários estaduais de saúde têm manifestado continuada preocupação com a Atenção Primária à Saúde que deve assumir três papéis importantes: resolutividade, coordenação e responsabilização.

O debate sobre financiamento indica que deve ser buscado o envolvimento dos governadores em uma agenda coletiva, definindo a forma de financiamento que aporte os recursos necessários para sustentabilidade do SUS, incluindo a definição do percentual da União partindo do princípio de que a transferência de recursos pela União é insuficiente para atender as necessidades do SUS. Atualmente a União arrecada 67,8% dos tributos e contribui com apenas 42,93% para a saúde, os estados e municípios contribuem com 57,%. ■

O Ministério da Saúde lançou o novo **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções**, incorporando ao SUS o que há de mais moderno no tratamento da Hepatite C, com a incorporação de três novos medicamentos: daclatasvir, simeprevir e sofosbuvir. Cerca de 30 mil pessoas serão beneficiadas com o novo tratamento. O novo Protocolo está disponível no site do CONASS. Acesse e confira: www.conass.org.br.

O Departamento de Atenção Básica lançou a **versão 2.0 do sistema e-SUS**. Nele, os trabalhadores da Atenção Básica, as prefeituras e os governos estaduais podem avaliar e acompanhar os fluxos de trabalho, fortalecer os processos de gestão do cuidado dos usuários e agilizar a busca de informações epidemiológicas. O sistema também permite colocar em evidência problemas e características particulares de cada comunidade. Saiba mais em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>.

O Governo Federal lançou no dia 28 de julho um novo canal de comunicação com a população por meio da internet, o site **Dialoga Brasil**. A iniciativa tem como objetivo estimular a participação digital nas atividades governamentais e constituiu-se como um espaço de participação digital. A plataforma **Dialoga Brasil** apresenta 14 temas e 80 programas prioritários do governo federal para que a população proponha melhorias nas políticas públicas e na vida dos brasileiros e brasileiras. Conheça e participe: www.dialoga.gov.br.

A partir de agora, exames e terapias de alta e média complexidade realizados por beneficiários de planos de saúde na rede pública e identificados por meio de **Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (Apac)** passarão a ter seus valores ressarcidos ao Sistema Único de Saúde (SUS). A medida integra o conjunto de ações do governo federal que objetivam o aprimoramento da cobrança do ressarcimento ao sistema e tem o objetivo de evitar o protelamento do pagamento e induzir a adimplência junto ao Ministério da Saúde.

O CONASS lançou, durante o Seminário para a Construção de Consensos, realizado nos dias 08 e 09 de julho, a **atualização da Coleção Para Entender a Gestão 2011**, tendo em vista a abrangência de seu conteúdo acerca da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponibilizada em versão digital, a atualização traz as principais alterações ocorridas no sistema ao longo desses quatro anos. Nesta versão será possível encontrar informações atualizadas sobre temas como o Decreto n. 7.508/11; a Lei n. 141/12; o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap); a atualização da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, entre outros. A atualização está disponível no site do CONASS – www.conass.org.br.

Mais Curtas podem ser acompanhadas nas Redes Sociais!



Siga
twitter.com/CONASSoficial



Curta
facebook.com/conassoficial

consensus

Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DIRETORIA 2015/2016

PRESIDENTE

João Gabbardo dos Reis (RS)

VICE-PRESIDENTES

Região Centro-Oeste: Marco Bertúlio (MT); **Região Nordeste:** Fábio Vilas Boas (BA); **Região Norte:** Francisco Armando Melo (AC); **Região Sudeste:** Fausto Pereira (MG); **Região Sul:** cargo vago

COMISSÃO FISCAL

Titulares: Leonardo Vilela (GO); José Macedo Sobral (SE); Marcos Pacheco (MA); **Suplentes:** Roberta Abath (PB); Ricardo Oliveira (ES); Samuel Braga Bonilha (TO)

REPRESENTANTES DO CONASS

Hemobrás: José Iran Costa Júnior (PE)

ANS: Felipe Peixoto (RJ)

Anvisa: Francisco Costa (PI), e Viviane Rocha de Luiz (CONASS)

CNS: João Gabbardo dos Reis, Jurandi Frutuoso e Haroldo Jorge de Carvalho Pontes

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE 2015

Carlos Lagreca (RN); David Everson Uip (SP); Fábio Gondim (DF); Fábio Vilas Boas (BA); Fausto Pereira dos Santos (MG); Felipe Peixoto (RJ); Francisco Armando Melo (AC); Francisco Costa (PI); Henrique Jorge Javi de Sousa (CE); Iran Júnior (PE); João Gabbardo (RS); João Paulo Kleinubing (SC); José Macedo Sobral (SE); Kalil Gibran Linhares Coelho (RR); Leonardo Vilela (GO); Marcos Pacheco (MA); Marco Aurélio Bertúlio (MT); Michele Caputo Neto (PR); Nelson Barbosa Tavares (MS); Pedro Elias de Souza (AM); Pedro Rodrigues Gonçalves Leite (AP); Ricardo Oliveira (ES); Roberta Abath (PB); Rozangela Wyszomirska (AL); Samuel Braga Bonilha (TO); Vitor Manuel Jesus Mateus (PA); William Pimentel (RO)

A revista **Consensus** é uma publicação de distribuição gratuita do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Os artigos assinados são de inteira responsabilidade dos autores.

CONSELHO EDITORIAL

Adriane Cruz, Fernando Cupertino, Jurandi Frutuoso, Marcus Carvalho, Ricardo F. Scotti, René Santos, Rita Cataneli e Tatiana Rosa

JORNALISTA RESPONSÁVEL

Adriane Cruz | RP 7672 DF

PROJETO GRÁFICO

Clarice Lacerda
Thales Amorim

DIAGRAMAÇÃO, ILUSTRAÇÕES E CAPA

Marcus Carvalho

IMPRESSÃO

Qualidade Gráfica e Editora

TIRAGEM

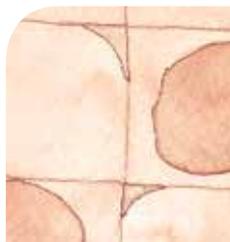
8.000 exemplares

Capa foi impressa em papel Starmax brilho 80g/m² e miolo em papel Kromma Silk 70g/m². O projeto gráfico foi composto com as Famílias Tipográficas Proforma, Liga Sans LT Std e Frutiger LT Std.

Opiniões, sugestões e pautas

Assessoria de Comunicação Social
E-mail: ascom@conass.org.br

Setor Comercial Sul (SCS), Quadra 9
Ed. Parque Cidade Corporate
Torre "C" – Sala 1105
CEP: 70308-200 – Brasília-DF



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Lançamento

A Atenção Primária à Saúde que se quer construir socialmente é uma estratégia complexa, altamente resolutive, com capacidade de coordenar as Redes de Atenção à Saúde e com responsabilidades claras, sanitárias e econômicas, por sua população adstrita.

O livro **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**, de Eugênio Vilaça Mendes, apresenta o modelo operacional desta construção cuja aplicação em algumas experiências nacionais tem apresentado resultados positivos.



O livro **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde** é gratuitamente disponibilizado na biblioteca do CONASS para computadores, *smartphones* e *tablets*.



www.conass.org.br/biblioteca