

ano II, número 4
abril, maio e junho de 2012
www.conass.org.br

consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE



SUS

FIXAÇÃO

CARREIRA

FORMAÇÃO



SUS
RECURSOS
HUMANOS
FORMAÇÃO, CARREIRA E
FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS

consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Ano II | Número 4 | Abril, Maio e Junho de 2012



CAPA DE DANIEL MACEDO

6

consensus entrevista

*Nesta edição da **Revista Consensus**, o presidente do CONASS, Wilson Alecrim, secretário de Estado da Saúde do Amazonas, fala sobre as prioridades da sua gestão, sobre as especificidades da região amazônica e sobre o desejo de retornar à gestão municipal do SUS, área em que iniciou sua carreira*

14

especial

*Em reportagem especial, a **Revista Consensus** aborda a questão dos Recursos Humanos no SUS. A complexidade do tema e a precariedade das condições e das relações de trabalho na saúde pública brasileira desafiam os gestores e ameaçam o futuro do SUS*

26

saúde em foco

Em meio a polêmicas, Lei Seca completa quatro anos com resultados positivos, mas com previsão de penas mais rigorosas para a punição de motoristas embriagados

31 institucional

CONASS celebra 30 anos de existência com a realização do Seminário Internacional: Atenção Primária à Saúde – acesso universal e proteção social

33

Nova Diretoria do CONASS para a gestão 2012/2013 toma posse em Brasília

41

CONASS e Opas promovem seminário para debater modelos de cuidado das condições crônicas na APS

50

Assembleia do CONASS debate os dispositivos do Decreto n. 7.508/2011 e da Lei n. 141/2012

56 opinião

62 curtas

Recursos Humanos do SUS, é o tema especial desta edição da *Revista Consensus*. Não por acaso, a complexidade que permeia a questão é apresentada por meio da opinião de especialistas e de trabalhadores com os quais conversamos afim de entender um pouco as diversas nuances que envolvem a prática da saúde pública brasileira em todo o país.

Abordamos com ênfase a valorização dos profissionais tendo em vista que eles são a força principal do SUS e, por que não dizer, a sua cara. E essa valorização, que demonstramos ir além da remuneração, explicita outra necessidade latente do sistema público de saúde brasileiro, que é a definição do seu modelo assistencial e a promoção de todas as ações necessárias para que ele prevaleça em todos os níveis de atenção.

Quando o assunto é Recursos Humanos uma coisa puxa outra. Uma necessidade encoberta de um lado expõe outras tantas e, assim, a formação dos profissionais, o seu provimento de acordo com as necessidades das diversas e das variadas regiões do Brasil, a difícil vinculação deles ao sistema público vão sendo apresentadas como se estivessem de mãos dadas. E a sensação é de que essas necessidades gritam por soluções rápidas e eficientes perante o inexorável atrofiamento do sistema que o problema impõe.

Algumas alternativas estão sugeridas e indicadas, nem sempre concordantes, mas todas bem intencionadas e carregadas da necessidade de serem tratadas de maneira inter-setorial, afinal ninguém faz nada sozinho.

Ainda nesta edição, apresentamos uma entrevista com o presidente do CONASS, Wilson Alecrim, secretário de Estado da Saúde do Amazonas, eleito unanimemente em março deste ano e que falou a respeito do tema especial desta edição, das especificidades da região amazônica e de outros desafios do SUS, além de apresentar as propostas para sua gestão à frente do Conselho.

Na seção institucional esta edição traz a cobertura completa do Seminário Internacional: *Atenção Primária à Saúde – acesso universal e proteção social*, realizado em abril, como parte das comemorações pelos 30 anos do Conselho, bem como as coberturas do I Seminário *Modelos de Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde*, realizado pelo CONASS e pela Opas/OMS, como parte das atividades do laboratório de inovações no cuidado às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde, e da 6ª Assembleia do CONASS, realizada em São Luís, no Maranhão, cujos temas principais foram a Lei Complementar n. 141/2012 e o Decreto n. 7.508/2011.



ENTREVISTA

Wilson Alecrim

Formado em medicina no ano de 1973, Wilson Alecrim completa, no próximo ano, 40 anos de profissão. Fez residência em clínica médica, especializou-se em doenças tropicais, foi professor titular da Universidade Federal do Amazonas e atuou como pesquisador na Fundação de Doença Tropical do estado. Iniciou sua carreira na gestão do SUS na década de 1980 como gestor municipal, mas nunca abandonou a academia. Em 2008, após sentir o peso da extinção da CPMF em dezembro do ano anterior, optou por deixar a Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas, decisão que não durou muito tempo. Em 2010, retornou ao posto de secretário Estadual de Saúde. Dois anos depois, elegeu-se presidente do CONASS e falou à *Revista Consensus* sobre as prioridades da sua gestão e sobre o desejo de retornar à gestão municipal para ajudar com sua experiência na área em que começou a carreira.



A expectativa é de que possamos construir, junto com o Ministério da Saúde, um programa que, a curto e médio prazos, coloque profissionais médicos para ocupar os postos existentes nos vários locais do país, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Também existe a expectativa que avance no Legislativo a regulamentação da carreira profissional do SUS nos três níveis de gestão: federal, estadual e municipal.

Revista Consensus O senhor elencou algumas questões como prioritárias em sua gestão na presidência do CONASS, entre elas, os Recursos Humanos do SUS, que é tema da matéria de capa desta edição. Como o CONASS pretende atuar em relação a esse desafio?

Wilson Alecrim A realidade da área de Recursos Humanos do SUS trouxe de volta a discussão de um tema que é a carreira do SUS que, infelizmente, ainda não foi concretizada. Nessa área de Recursos Humanos, há ainda a questão do quantitativo e do qualitativo de médicos para atender aos pacientes nos postos que temos disponíveis em relação

ao funcionamento da rede de atenção à saúde como um todo. O déficit de médicos hoje aproxima-se de 160 mil profissionais no país, sendo maior nas regiões amazônica e Nordeste e, nelas, é maior ainda naquelas áreas de difícil acesso. A expectativa é de que possamos construir, junto com o Ministério da Saúde, um programa que, a curto e médio prazos, coloque profissionais médicos para ocupar os postos existentes nos vários locais do país, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Também existe a expectativa que avance no Legislativo a regulamentação da carreira profissional do SUS nos três níveis de gestão: federal, estadual e municipal.

Consensus A região amazônica é riquíssima, mas, ao mesmo tempo, enfrenta dificuldades diversas nas ações e nos serviços de saúde. Em sua opinião, o que pode ser feito para corrigir essas desigualdades?

Alecrim A região amazônica constitui 51% do território nacional e tem 11% da população do país. Ou seja, na região amazônica há em média menos de 4 hab./km² enquanto no resto do país essa média chega a 14 hab./km². Como trabalhamos com pessoas e temos de estar onde as pessoas estão, dá para compreender que, logisticamente, todas as ações de saúde na região amazônica têm diferenciais para complicações e dificuldades maiores que em outras partes do Brasil. Longe de ser um problema para o país, a Amazônia pode se comportar como a solução para os seus problemas, do ponto de vista da ecologia, da biodiversidade, dos recursos hídricos para a produção de energia, mas nem sempre ela tem sido vista assim. Os estados da Amazônia são os que têm o menor valor *per capita* da Média e Alta Complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC). Não é possível continuar aceitando que um habitante da região amazônica tenha menos valor para o cuidado com a sua saúde que os habitantes de outras partes do país. Muitos projetos que poderiam ter se transformado em programas reais na área da saúde para a Amazônia, foram elaborados,

mas, infelizmente ainda nenhum foi colocado em ação para que programaticamente se possa trabalhar a atenção integral no estado dentro das necessidades das populações. Quero mencionar também a questão da população indígena. Hoje, dos habitantes indígenas do país, dois terços vivem na Amazônia e vivem em condições mais próximas do seu *habitat* natural. Então, é necessário também que essa população seja olhada com mais atenção.

Consensus No início deste ano, foi publicada a Lei Complementar n. 141, que regulamentou a EC n. 29. Como o senhor avalia a aplicação dessa lei nos estados brasileiros?

Alecrim A aplicação dessa lei e a regulamentação da Lei n. 8080/1990, por meio do Decreto n. 7508/2011, criou novas configurações

Visita a
Fundação
Centro de
Controle de
Oncologia
do Estado do
Amazonas, 2004
.....





Abertura do Encontro de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Amazonas, 2006

de trabalho na parte organizacional do SUS. O COAP (Contrato Organizativo de Ação Pública) é que vai ser extremamente importante para identificarmos a nossa infraestrutura e as ações que podem ser transversalmente realizadas na própria área da saúde, mas é preciso que a aplicabilidade desses dispositivos legais tenha o devido esclarecimento para que não se cometam equívocos e/ou erros. No dia 5 de julho, realizamos no Maranhão a 6.^a Assembleia do CONASS cujos temas principais foram a Lei n. 141/2012 e o Decreto n. 7508/2011. (Veja matéria sobre a Assembleia nas páginas 50 a 53). Foi uma discussão extremamente importante porque, pela primeira vez, conseguimos reunir os órgãos de controle (Tribunal de Contas da União), representantes do Conselho Nacional de Saúde e o próprio Ministério

da Saúde. Nós já avançamos muito no que diz respeito à aplicabilidade dos dispositivos dessa lei e desse decreto, mas só começamos efetivamente a olhar com mais atenção para suas complexidades a partir de março deste ano. Por isso, continuaremos trabalhando com o Ministério e com os órgãos de controle para, dentro dos prazos, cumprirmos as medidas estabelecidas da maneira mais correta possível.

Consensus E em relação ao subfinanciamento da saúde pública brasileira, como será a atuação do CONASS?

Alecrim A EC n. 29 trazia a esperança de definição na parte do financiamento no que diz respeito a um dos gestores do SUS que é o governo federal. Infelizmente, isso não aconteceu. O CONASS tem participado e apoiado veementemente o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública cujo objetivo é coletar, no mínimo, 1,5 milhão de assinaturas de eleitores em todo o país a fim de caracterizar uma proposta de projeto de lei de iniciativa popular, que trata do incremento dos recursos destinados ao SUS.

Consensus Um dos pontos da agenda de prioridades do CONASS, citado pelo senhor em seu discurso de posse, é a troca de experiências bem-sucedidas. Como o CONASS pretende trabalhar essa questão?

Alecrim Nós temos feito um levantamento dessas experiências bem-sucedidas no país que são exemplos para serem discutidos e analisados. Muitos deles devem ser objetos de visitação *in loco* para que se compreenda melhor sua modelagem e aplicabilidade. Na assembleia do CONASS no mês de agosto, teremos uma agenda na qual os estados de Mato Grosso do Sul, Amapá, Maranhão e Goiás vão abordar o tema sobre experiências bem-sucedidas na aquisição de medicamentos e produtos para a saúde que funciona como uma espécie de compra coletiva para ganhar em escala na redução dos preços. Essas experiências demonstram que os estados mencionados têm tido ganhos significativos com essa modelagem e com esse sistema implantado.

Consensus E em relação ao enfrentamento da judicialização para a aquisição de medicamentos de alto custo?

Alecrim A judicialização configura-se como um problema sério para os estados. O SUS é um sistema universal que contempla a integralidade. No entanto, é preciso levar em consideração, em relação à assistência integral no SUS, três aspectos: os protocolos clínicos estabelecidos, a organização do acesso e a medicina baseada em evidências. Então, a universalidade é um princípio fundamen-



tal com o qual trabalhamos, sempre com o olhar voltado para o coletivo. Ao colocarmos recursos significativos para atender à individualidade da assistência, precisamos levar em consideração os possíveis impactos das escolhas feitas para atender à demandas individuais, sobre o coletivo dos usuários do SUS. Temos que articular nos estados uma ação entre gestores do SUS e os tribunais de Justiça, conforme recomendado pelo Conselho Nacional de Justiça, que permita um melhor esclarecimento aos magistrados sobre o tema, para que eles decidam sobre as demandas da população no que diz respeito ao acesso a medicamentos.

Abertura da campanha de combate a violência, 2006

O CONASS tem participado e apoiado veementemente o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública que tem o objetivo de coletar, no mínimo, 1,5 milhão de assinaturas de eleitores em todo o país a fim de caracterizar uma proposta de projeto de lei de iniciativa popular que trata do incremento dos recursos destinados ao SUS

Consensus O CONASS celebrou seus 30 anos com um seminário internacional que debateu a Atenção Primária à Saúde (APS) e vem atuando fortemente em relação às Redes de Atenção à Saúde. Elas também serão priorizadas em sua gestão?

Alecrim Uma das coisas que tem me animado muito é o fato de nos permitirmos rediscutir e fazer uma releitura correta do modelo de Atenção que estávamos tendo no país. Isso começou em 2010, mas a partir de 2011 ganhou corpo e se tornou importante porque nos permitiu compreender que a qualidade da APS que estávamos fazendo não era aquela que programamos. É cada vez mais

forte a compreensão de que, se a APS não se constituir na porta de entrada real do sistema, os recursos que temos para a saúde não serão otimizados. O seminário Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, realizado em abril foi importante porque permitiu essa análise. O CONASS tem tido um papel importante para o fortalecimento da APS por meio de seus programas, oficinas e sua equipe técnica. Os secretários estaduais de saúde têm o consenso da necessidade de se fortalecer a atenção primária à saúde, bem como o Ministério da Saúde também tem adotado diversos procedimentos no seu fortalecimento.

Consensus Em 2008, o senhor se afastou da gestão da saúde. O que o motivou a retornar?

Alecrim Em 2007 tive uma grande decepção em relação ao financiamento do SUS quando em dezembro daquele ano foi retirada a CPMF e com isso a saúde ficou sem aqueles recursos. Não que eu fosse a favor desta contribuição, mas ela se constituía como uma fonte de financiamento que, se tivesse sido remodelada de maneira que a arrecadação fosse destinada ao SUS, com certeza teríamos tido ganhos significativos. O que aconteceu foi o contrário e nós acabamos voltando à estaca zero em relação ao financiamento. No primeiro semestre de 2008 depois de algum tempo conversando com o governador do meu estado ele admitiu e concordou que eu me afastasse. Eu não pretendia mais voltar, mas em 2010, considerando o cenário político à época fui instado mais uma vez a voltar e tomei a decisão de assumir novamente a Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas. Depois de cumprir meus compromissos como secretário de Estado da Saúde do AM, pretendo voltar a trabalhar na gestão municipal onde iniciei a minha carreira de gestor na área do SUS, na década de 1980. ■

Wilson Alecrim com o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, e sua esposa Maria das Graças Costa Alecrim, no dia de sua posse como presidente do CONASS. Abril de 2012



O DESAFIO DA *Valorização profissional*

Opiniões diversas a respeito dos Recursos Humanos expressam a complexidade do tema

no SUS

ADRIANE CRUZ

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) depende da superação de diversos desafios. Um deles, provavelmente o principal, é a gestão do trabalho e da educação na saúde, uma vez que a potência do sistema está justamente em seus trabalhadores que somam mais de 2 milhões e 300 mil em todo o país, segundo dado do Ministério da Saúde.

O “exército do SUS”, como usualmente é chamada a força de trabalho da saúde, é formado por profissionais de níveis de escolaridade médio e superior. São homens e mulheres que se esforçam, estudam e trabalham

para promover o cuidado e a atenção à saúde dos cidadãos brasileiros. Tendo em vista as dificuldades rotineiras enfrentadas por esses profissionais, o termo exército torna-se ainda mais pertinente para aqueles que, muitas vezes, agem como verdadeiros soldados em prol do bem-estar coletivo.

O desafio que está posto e que nesta matéria procuramos apresentar e aprofundar é a valorização desses profissionais por meio da melhoria de suas condições de trabalho, remuneração e relações trabalhistas.

Para o médico e pesquisador do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Ro-



Da esquerda para a direita: Roberto Passos Nogueira, do Ipea; Cid Carvalhaes, da Federação Nacional dos Médicos; Maria do patrocínio, da Faculdade de Medicina da USP

berto Passos Nogueira, o movimento sanitário que culminou com a criação do SUS e com a garantia do direito à saúde assegurado constitucionalmente deu-se em uma conjuntura que pretendia promover mudanças na estrutura jurídica e política do Estado, nas questões de direito e na configuração do SUS. “Não se pode dizer que havia um vazio de reflexão em relação aos Recursos Humanos. Nós realizávamos conferências nacionais a respeito do tema durante o processo da reforma sanitária, assim como para outras temáticas. Mas uma questão fundamental talvez não tenha sido debatida como deveria, que é a vinculação dos profissionais ao Sistema”, explica.

Para Cid Carvalhaes, da Federação Nacional dos Médicos (Fenam), falta para a saúde pública no Brasil uma política de Estado que a estructure formal e legalmente. Ele alega que apenas os princípios e as diretrizes do SUS estão normatizados, o que dificulta a superação de problemas como o recrutamento dos Recursos Humanos. “Como são colocados médicos no Sistema? Como é feita a seleção? Não há política que defina quais são as necessidades de especialistas, de generalistas e de médicos de família nem mesmo de como qualificá-los para cada atuação. Assim como não há definição de como preparar os enfer-

meiros e demais profissionais, como os agentes administrativos, para atuar de acordo com estas especificidades”, argumenta. Carvalhaes ressalta ainda que esta indefinição também prejudica a elaboração de concursos públicos e demais processos seletivos.

Na ordem dos fatores que compõem a estrutura de RH da saúde pública brasileira, a formação pode se configurar como primeira preocupação para que os demais aspectos, como a fixação dos profissionais e a criação de carreiras, por exemplo, contribuam para o funcionamento do Sistema.

Para Maria do Patrocínio Tenório, do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), a prática em saúde ainda é muito focada no modelo médico. “Hoje, sabemos que para formar um médico é preciso, entre outras coisas, qualificá-lo para trabalhar em equipe”, destaca. Tenório, que é secretária executiva da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), acrescenta que a residência é uma contribuição social fundamental, na qual o profissional aprende ao mesmo tempo em que presta um serviço à população. “Gosto de citar o levantamento realizado pela professora Vera Lúcia Bezerra, da Universidade de Brasília (UnB), que cons-

tatou que 30 milhões de consultas do SUS são dadas por residentes. Isso nós nunca podemos perder de vista”, defende.

A médica e professora indica a dinâmica da área da saúde como um componente que afeta a formação e do qual deve se apropriar. Ressalta que a residência médica agrega as vertentes educacional e assistencial e que ambas não podem estar desatreladas. E questiona: “Ainda somos formados com a prática dura e contínua. As diretrizes curriculares de medicina estabelecem, desde 2001, que os cenários de prática da formação devem ser os cenários reais, porém muitos deles estão sucateados e superlotados. Como convencer um estudante a almejar aquele cenário para o seu futuro profissional?”

Ainda em relação à Comissão Nacional de Residência Médica, Tenório destaca que, desde o Decreto n. 7.562/2011, que trata da composição e da competência da Comissão e a partir do qual o CONASS e o Conasems tornaram-se dela integrantes, o diálogo ficou mais aberto e direto. “Inteiramo-nos melhor do que os gestores estão vivenciando. Ouvimos, por exemplo, o CONASS, por meio do seu representante – o secretário de Estado da Saúde de Pernambuco (SES/PE), Antônio Carlos Figueira – que, como médico e gestor, consegue enxergar bem a situação e propor alternativas condizentes com a realidade.” E finaliza dizendo que a gestão da formação deveria ser configurada a partir de política de Estado, tendo em vista os prejuízos que pode sofrer conforme as mudanças de governo.

Antônio Carlos Figueira corrobora a opinião de que a participação dos gestores do SUS na CNRM é, de fato, importante para a política de formação médica do país. “Essa questão era restrita à academia e, por meio da Comissão, alcança a gestão do SUS, que é um grande empregador e que deve contribuir para indicar as reais necessidades em relação aos profissionais de que a saúde precisa.”

Para o secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, Mozart Sales, a formação deve estar de acordo com as necessidades do Sistema. “A interferência deve ser no sentido de promover, na graduação, diálogo maior com a rede do SUS. E na pós-graduação, formar quantitativa e qualitativamente e de maneira direcionada para as regiões de maior carência o número de especialistas necessário para a prestação de serviço que o SUS requer”, destaca.

Além da remuneração

A prevalência das condições crônicas, o aumento da expectativa de vida, da violência e dos acidentes de trânsito, o avanço e a incorporação tecnológica demonstram que a realidade da saúde pública está cada vez mais desafiadora e complexa. Além disso, o SUS vem sendo subfinanciado ao longo dos últimos anos, o que torna a questão dos Recursos Humanos ainda mais difícil.

Esses aspectos são relevantes para a organização do Sistema que, por sua vez, deve orientar o preparo da sua força de trabalho que requer, além da formação adequada e do aprimoramento do Sistema como um todo, investimentos para o desenvolvimento social e econômico das regiões mais remotas e daquelas nas quais a estrutura urbana é demasiadamente precária.

É opinião comum a todos os diversos especialistas consultados pela *Revista Consensus*



Antônio Carlos Figueira, da SES/PE



Mozart Sales,
secretário de
Gestão do
Trabalho e
da Educação
na Saúde do
Ministério
da Saúde

que sozinhos não garantem a permanência dos médicos e dos demais profissionais nas áreas de mais difícil localização e nas periferias das metrópoles, reforçando que a remuneração adequada é apenas um dos anseios dos trabalhadores do SUS.

Para a enfermeira, Andréa Moraes, que trabalha há oito anos em uma equipe de Saúde da Família, o desejo de atuar na Atenção Primária à Saúde surgiu durante a graduação. “Venho de uma universidade pública na qual o aluno é incentivado a atuar na Estratégia de Saúde da Família, na qual também me especializei. Então, eu escolhi estar aqui porque acredito na filosofia da Estratégia”, relata. Andréa ressalta que a formação direcionada ajuda na prática cotidiana do trabalho, mas que essa prática muitas vezes é dificultada pela falta de infraestrutura e pelo baixo número de profissionais para atender à grande parcela da população. “Quem conhece a planta de uma equipe básica da Estratégia Saúde da Família vê que o que temos não é suficiente. Não temos sala de procedimentos. Na verdade, fazemos tudo em uma microssala na qual, dividindo espaço com armário de medicamentos, fazemos nebulização e os demais procedimentos, como curativos, retirada de pontos e pesagem de recém-nascidos. Tudo isso, além de inadequado, coloca em risco o meu Coren – registro do profissional de enfermagem –

porque, a partir do momento em que eu trabalho em um ambiente como este, estou sendo conivente com o risco e com o erro”, desabafa.

Os profissionais da equipe da Saúde da Família entrevistados pela *Revista Consensus* reconhecem que sua atuação deve representar o alívio para as atenções mais complexas do SUS. No entanto, a realidade vivenciada por esses profissionais atrapalha o desempenho do serviço. “Somos uma única equipe para atender a 70 mil pessoas. Isso é muito frustrante. Por outro lado, é gratificante atuarmos na Atenção Primária à Saúde, na qual conseguimos resolver grande parte das demandas, mesmo deixando tantas outras sem solução”, diz Neimar Portela, médica de família há mais de oito anos. Segundo Neimar, a média de encaminhamentos da equipe para as demais atenções é de apenas 10%, mas, muitas vezes, o atendimento para na Atenção Primária à Saúde. “Especialidades como oftalmologia e dermatologia, que são recorrentemente necessárias, são muito difíceis de conseguir. Cirurgia vascular é quase impossível, tem gente esperando há três anos por uma consulta.”

O Ministério da Saúde determina que cada equipe deve se responsabilizar pelo acompanhamento de, no máximo, 4 mil habitantes, sendo a média recomendada de 3 mil habitantes de determinada área, e essas equipes passam a ter corresponsabilidade no cuidado à saúde. Essa responsabilidade também é motivo de preocupação para os profissionais da Estratégia Saúde da Família, que alegam o mau funcionamento da rede. “Muitas vezes o paciente vem aqui e é encaminhado para exame. Contudo encontra tantos obstáculos que, quando retorna, já está em situação de emergência”, relata a auxiliar de enfermagem, Maria do Socorro.

Provimento

Mozart Sales também falou a respeito de uma avaliação da rede assistencial que o Ministé-

rio da Saúde está realizando afim de conhecer a capacidade dos hospitais, de ensino e da rede como um todo, para a abertura de programas de residência em todo o país. “Estão sendo mensurados o número de leitos, as especialidades em que estão credenciados e sua localização e, após o período de identificação que está sendo concluído, os prestadores e os gestores serão convocados a promover políticas de indução e de incentivo para abertura desses programas nos hospitais que têm capacidade instalada para essa oferta”, explica.

O professor de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da USP e diretor do serviço de Clínica Geral do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, Milton Arruda, pondera que a toda discussão em relação ao número de médicos será vazia se o país não decidir que sistema de saúde quer e que a sociedade merece médicos em número suficiente, mas, principalmente bem formados. “Esses profissionais devem ser competentes, éticos e responsáveis. E o Estado brasileiro deve garantir que os médicos que vão atender à população, nos grandes centros ou nas fronteiras, tenham essas características.”

Milton Arruda destacou a importância de se formarem médicos que tenham a visão de integralidade do cuidado e que, para tanto, são necessários projeto pedagógico e corpo docente sólidos. “Existem cidades em que, se somarmos todos os médicos, eles não são suficientes para compor o corpo docente de um curso de medicina”, completa. O professor também citou aqueles que considera “critérios mínimos” a serem atendidos para a abertura de um curso de medicina. O primeiro é a existência de hospitais-escola. “Por mais que eu seja um defensor de que a formação dos médicos seja em toda a rede de saúde, eu não acredito que seja possível formar um bom médico sem um bom hospital.” E o segundo é que a instituição de ensino que pleiteia a abertura de um curso de medicina já ofere



Milton Arruda,
da Faculdade
de Medicina
da USP

a residência médica credenciada pelo Ministério da Educação, com pelo menos 50% das vagas a serem destinadas para a graduação.

O Ministério da Saúde aposta em estratégias como o Programa de Valorização da Atenção Básica (Provab), que visa organizar o exercício profissional de médicos, enfermeiros e dentistas na Atenção Primária à Saúde e qualificar essa intervenção de maneira supervisionada e articulada com as instituições de ensino, segundo relata Mozart Sales. “Essa é uma experiência importante que tem tido número significativo de profissionais envolvidos. E temos outras alternativas que procuram dialogar com a análise de uma série de experiências inovadoras em relação ao provimento, à oferta e à fixação de profissionais na Atenção Primária à Saúde como um todo”, finaliza.

Carreira

Para o médico Sérgio Fernandes, a perspectiva de uma prática profissional menos sobrecarregada e com boa remuneração no futuro profissional dos médicos pode sedimentar

À esquerda:
Sérgio
Fernandes,
médico.
À direita:
Eugênio Vilaça
Mendes



uma boa carreira. “Sei o que almejo para minha carreira, na qual não pretendo priorizar a especialidade. Por isso, acredito que deve ser dada aos médicos a oportunidade de uma carreira como generalista. Eles podem passar a vida inteira sendo bons generalistas e ganhando mais na medida em que desenvolvem as suas habilidades para aprimorar o tratamento dos pacientes”, argumenta.

A criação de uma carreira de Estado para médicos foi tema de debate promovido pela Comissão de Seguridade Social e Família, da Câmara dos Deputados, no dia 27 de junho, a qual foi apresentada pelo deputado federal Eleuzes Paiva, por meio da Emenda Constitucional n. 454/2009 – alvo de opiniões diversas e complementares.

Carlos Vital,
do Conselho
Federal de
Medicina



“Lembro-me de que a um tempo atrás era frequente abandonar o cargo de juiz para assumir uma função do Banco do Brasil. Porque era mais bem remunerada e porque, naquele tempo, justiça não era carreira de Estado”, disse Carlos Vital, do Conselho Federal de Medicina. “Só houve distribuição de magistratura nesse país, adesão e fixação, quando justiça passou a ser carreira de Estado”, completou.

O secretário executivo do CONASS, Jurandi Frutuoso, considera que o Conselho defende a criação de uma Carreira Nacional do SUS, para médicos e demais profissionais da saúde, com financiamento tripartite. Ponderou aspectos como os da Lei de Responsabilidade Fiscal, que “cria empecilhos orçamentários para pagamento de pessoal quando a saúde e outras políticas públicas sociais são feitas sem trabalhadores preparados e motivados por justa remuneração, condições adequadas de trabalho, de progressão na carreira e com o devido aporte para educação permanente e continuada”, destacou.

O Ministério da Saúde propõe a criação de uma carreira para o SUS com base regional, gestão bipartite e financiamento tripartite. “Pode ser uma boa experiência, tendo em vista a utilização da base regional para articulação e organização da estrutura no estado ou com recorte com base em consórcios das próprias regiões de saúde”, explica Mozart Sales.

Mudanças estruturais

A descontinuidade do trabalho realizado na Atenção Primária à Saúde, além de frustrar os profissionais, evidencia a necessidade de mudanças do modelo assistencial vigente, conforme explica Eugênio Vilaça Mendes, autor dos livros *As Redes de Atenção à Saúde* (2011) e *O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família* (2012). Segundo Vilaça, a resposta à crise dos sistemas de saúde em todo o mundo, determinada pela “emergência avassaladora das condições crônicas”, está sendo dada pelo governo brasileiro com a proposta das Redes de Atenção à Saúde, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde. “Temos de avançar de uma Atenção Primária à Saúde que começou como seletiva e que agora deve, efetivamente, tornar-se a estratégia do reordenamento de todo o SUS no país”, defende. Ele destaca também a importância da Estratégia Saúde da Família. “Confesso que me assustei com a robustez das evidências a respeito da Estratégia que, não obstante todos os seus problemas, demonstra ser uma política pública efetiva, eficiente e que tem melhorado a equidade social no Brasil.”

Roberto Passos Nogueira, do Ipea, também acredita na implementação das Redes como estímulo para atrair médicos para o SUS. “Agora é a vez das Redes de Atenção à Saúde, o que pode ser um incentivo para o profissional que queira atuar na saúde pública, pois é importante que ele enxergue a lógica de atenção dos serviços dentro do Sistema, que lhe permita adquirir experiência.” Passos acrescenta que quanto melhor for a qualificação do SUS, mais o médico se identificará com o Sistema, adequando a ele suas aspirações profissionais.

A escolha de qual assistência prestar é preponderante para a definição do número de profissionais necessário em um sistema de saúde, segundo Carlos Vital, presiden-

te do Conselho Federal de Medicina. “Será uma assistência centrada nas especialidades ou voltada para a formação de bons generalistas, capazes de responder por 80% da demanda, como existe em implantação e pleno sucesso na Inglaterra? Só depois podemos discutir de quantos médicos o Brasil precisa”, argumenta Vital.

Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Para Mozart Sales (SGTES), os estados brasileiros têm capacidade de coordenar e organizar as ações no território, com base regional. “Suas estruturas regionais dialogam diretamente com os municípios; portanto, os estados têm capacidade organizativa e protagonismo na articulação com os municípios a fim de realizar a intervenção assistencial nesse território, com a consequente oferta de Recursos Humanos, e a possibilidade de compartilhá-la, garantindo a perspectiva da realização de atividade consorciada, que pode ocorrer por meio dos consórcios interfederativos ou estabelecendo uma condição organizativa de referência e contrarreferência no âmbito das regiões, um matriciamento dessas ações entre os estados e os municípios”, defende.

Arilson Cardoso,
secretário da
Saúde e Bem-
Estar Social de
São Lourenço
do Sul/RS





Gilson
Cantarino,
ex-presidente
do CONASS

Os municípios, por sua vez, têm dificuldades para prover profissionais tanto da Atenção Primária à Saúde quanto nas especialidades, segundo Arilson Cardoso, secretário da Saúde e Bem-Estar Social de São Lourenço do Sul/RS, representante do Conasems na reunião do Conselho Nacional de Saúde, realizada no último dia 12 de julho, na qual os Recursos Humanos do SUS foram pautados. “Tivemos uma procura tímida pelo Provac – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica –, apenas 317 médicos aderiram, o que é um número pequeno, porém foi maior o contingente de adesão para outras categorias profissionais para as quais os municípios têm mais facilidade de contratação”,

destacou, finalizando que a questão dos Recursos Humanos do SUS é fundamental para os municípios, que, constantemente, são pressionados pela garantia do acesso.

Mozart Sales reconhece as dificuldades enfrentadas pelos municípios em relação ao número de profissionais envolvidos no âmbito da sua assistência e propõe o compartilhamento das ações entre os municípios e os estados para o desenvolvimento de ferramentas que planejem e organizem, por meio de planos de cargos e carreiras, a estrutura dos RH em seus respectivos territórios. “A articulação, o empoderamento e o fortalecimento compartilhado dessa intervenção visa ao provimento de profissionais de saúde, desde o planejamento da oferta a partir das necessidades territoriais até o processo de seleção pública, levando em conta aspectos referentes à remuneração e ao seu aumento, utilizando mecanismos próprios e inerentes a um plano de cargos e carreiras, que considerem o tempo de serviço, a avaliação e a qualificação de desempenho”, explica.

“O CONASS tem entre suas prioridades a política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e em diversas publicações explicita o consenso dos secretários de Estado da Saúde nos diversos eixos da política de Recursos Humanos”, segundo o secretário executivo e ex-presidente do Conselho, Jurandi Frutuoso, que destaca a integração programática da gestão do trabalho com a educação na saúde; o pleno exercício do papel constitucional cabível ao SUS como ordenador da formação

profissional; a valorização do trabalhador da saúde por meio de políticas que contemplem adequada remuneração, investimentos concretos na educação profissional e permanente de nível superior; a ambiência adequada do trabalho; o acesso por concurso público; valorização do Plano de Carreiras, Cargos e Salários do SUS (PCCS-SUS); a distribuição mais equânime dos recursos humanos diante das diferentes necessidades da população; o desenvolvimento de políticas em nível nacional, visando reduzir a desigualdade na oferta de profissionais em diferentes regiões, estados e microrregiões; e o desenvolvimento das mesas de negociação e respeito ao controle social.

Em relação à Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, o CONASS atua também por meio da sua Câmara Técnica de Recursos Humanos (CTRH) que, a partir do ano passado, passou a reunir recomendação e sugestões de seus integrantes (técnicos responsáveis pela área nas SES) ao término de cada encontro, além de promover reuniões com outras Câmaras Técnicas, como a de Atenção Primária à Saúde (CTAPS), no intuito de fortalecer políticas como a implantação das Redes de Atenção à Saúde nos estados. Segundo o ex-presidente do CONASS, Gilson Cantarino, que gerencia os trabalhos da CTRH, o grupo procura dimensionar as necessidades da força de trabalho, como por exemplo a da educação permanente. “Estamos refazendo a pesquisa realizada pelo CONASS em 2003 e a partir dela teremos ideia de como evoluíram as estruturas de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde das



Secretarias Estaduais de Saúde. A pesquisa foi publicada no caderno *CONASS Documenta n. 1 – Estruturação da área de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal* – disponível para *download* no portal do CONASS (www.conass.org.br). Os dados acima são exemplificados pelas entidades de representação como sinalizadores da necessidade de uma carreira de estado para médicos, de sorte a atrair o profissional através de uma política salarial justa, garantindo sua estabilidade e permanência, assegurando ao profissional processos de educação permanente e permitindo ao poder público que a alocação dos profissionais leve em conta as áreas de escassez e de risco social. ■

Jurandi Frutuoso, secretário executivo do CONASS





PROMOVENDO SAÚDE PARA TODOS OS BRASILEIROS

É missão do CONASS promover a articulação e a representação política da gestão estadual do SUS, proporcionando apoio técnico às Secretarias Estaduais de Saúde, coletiva e individualmente, de acordo com as suas necessidades, por meio da disseminação de informações, produção e difusão de conhecimento, inovação e incentivo à troca de experiências e de boas práticas.

Lei Seca completa 4 anos

COM PREVISÃO DE PUNIÇÕES
MAIS SEVERAS PARA
QUEM AINDA INSISTE EM
BEBER E DIRIGIR

TATIANA ROSA

“**E**u não sou contra a bebida alcoólica. Sou a favor do consumo consciente. Não existe médico nenhum, depois de sancionada a Lei Seca, em junho de 2008, que tenha sido capaz de atestar um teor mínimo de segurança para alguém beber e dirigir.”

Foi assim que o engenheiro, Fernando Diniz, presidente da organização não governamental Trânsito Amigo, e pai órfão de filho, como ele mesmo se denomina, defendeu, em conversa com a *Revista Consensus*, a Lei n. 11.507, a Lei Seca, e também a manutenção de penas mais rigorosas para punir motoristas embriagados.

Fernando Diniz perdeu o filho Fabrício Pinto da Costa Diniz, à época com 19 anos em um acidente de carro em março de 2003, provocado por um motorista que fazia manobras perigosas na Barra da Tijuca no Rio de Janeiro. Como homenagem a ele e às inúmeras vidas perdidas no asfalto, Diniz fundou a ONG. “Quando a tragédia aconteceu eu pensei que precisava ir em busca de ações propositivas que gerassem mudanças nesse cenário caótico do trânsito brasileiro”, afirmou.

Este ano, mais precisamente em julho, a Lei Seca completou quatro anos e, ainda hoje, é alvo de polêmicas e ações que questionam a sua constitucionalidade, apesar dos resultados positivos.

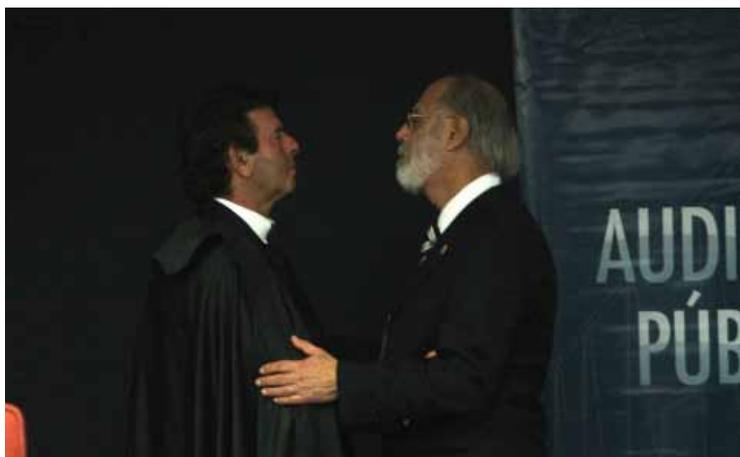
Em maio deste ano, o ministro do Superior Tribunal Federal, Luiz Fux, realizou uma Audiência Pública para debater a constitucionalidade da lei, questionada pela Associação



Brasileira de Restaurantes e Empresas de Entretenimento (Abrasel). Diversas autoridades, representantes de diversos setores ligados a área e parlamentares participaram e expuseram suas opiniões.

Fernando Diniz foi um deles. Em relato emocionado, afirmou que a sociedade precisa exigir das autoridades leis mais rígidas e sentenças mais céleres. Em conversa com a *Revista Consensus*, reforçou sua posição. “Sempre que participo de palestras digo às autoridades que quando eles arbitram o pagamento de cestas básicas como punição, eles igualam a vida de nossos filhos a grãos de arroz e feijão.”

.....
 Fernando Diniz,
 presidente da
 Ong Trânsito
 Amigo,
 em defesa
 da Lei Seca,
 durante
 Audiência
 no Supremo
 Tribunal Federal



Fernando Diniz
e o ministro
do Supremo
Tribunal
Federal,
Luiz Fux

Dados Recentes

Dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, divulgados recentemente, revelam que mais de 40 mil pessoas perderam a vida em acidentes de trânsito em 2010. O estudo mostra ainda que o Brasil registrou cerca de 145 mil internações no SUS, o que equivale ao gasto de aproximadamente R\$ 190 milhões em atendimentos.

Os altos índices de acidentes com motociclistas também chamaram a atenção. Em junho de 2012, o Ministério da Saúde divulgou um levantamento inédito que mostra elevação de 113% nos gastos com atendimentos a motociclista entre os anos de 2008 e 2011.

O estudo mostra que, pela primeira vez, a mortalidade de motociclistas em acidentes superou a de pedestres e a de motoristas, e cita também o crescimento de fatores de risco, como excesso de velocidade e consumo de bebida alcoólica antes de dirigir. Ainda segundo o Ministério da Saúde, o aumento na frota de veículos também é citado como motivo para o aumento do número de acidentes. Segundo o levantamento a frota de motocicletas foi ampliada em 27% neste período.

Em 2010, o CONASS alertou para o assunto em reportagem especial, mas desde 2007 já vinha tratando do assunto com a promoção do projeto *Violência: uma epidemia silenciosa*

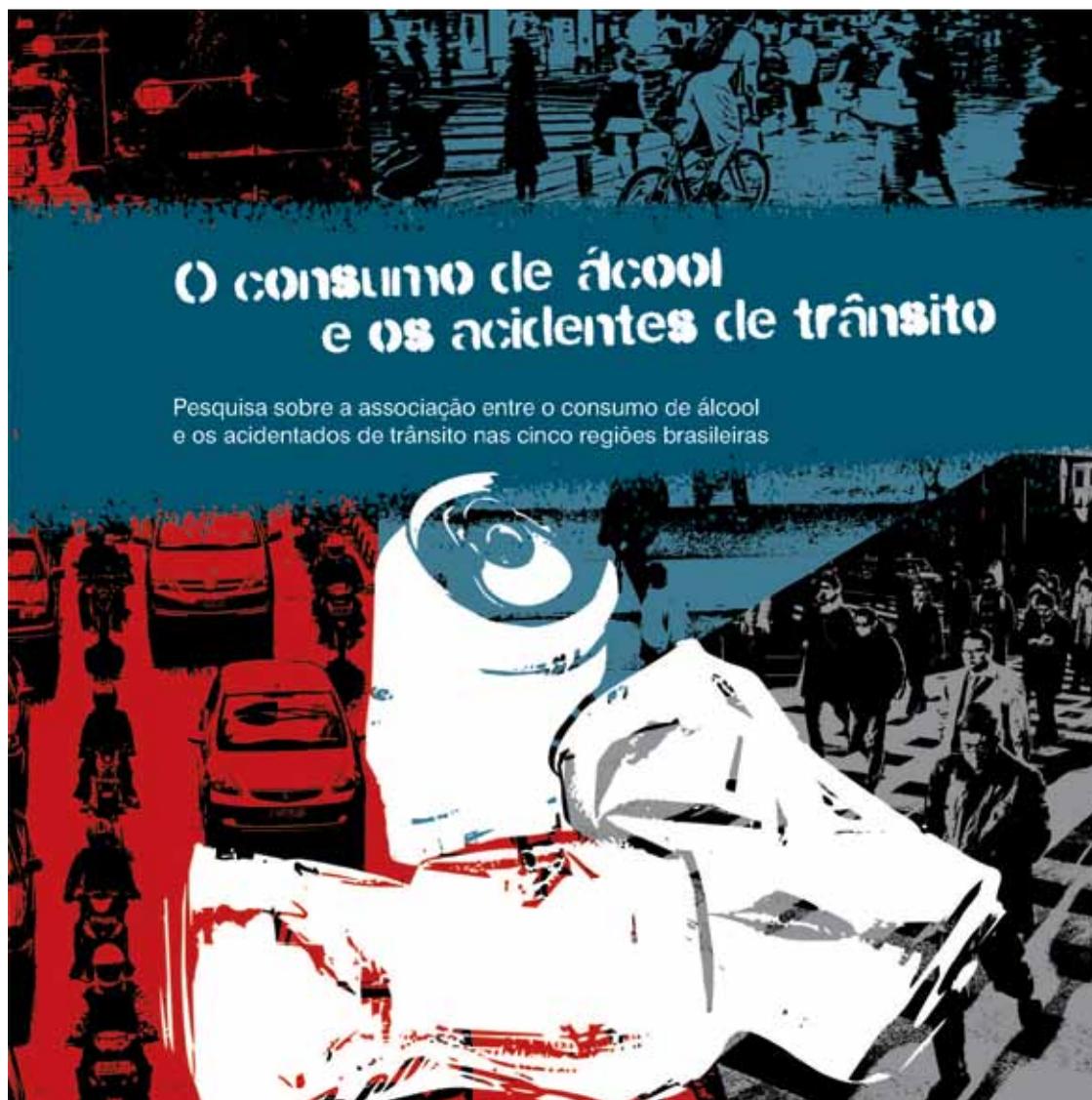
com o intuito de inserir a questão da violência como um problema de saúde pública na agenda de prioridades do Sistema Único de Saúde (SUS). Saiba mais sobre o projeto no portal do CONASS: www.conass.org.br

Pesquisa inédita sobre a associação entre o consumo de álcool e os acidentados de trânsito nas cinco regiões brasileiras

Uma pesquisa realizada em seis capitais brasileiras (Recife, Manaus, Fortaleza, Brasília, São Paulo e Curitiba), pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip), em parceria com o Centro de Prevenção às Dependências (CPD) e com o patrocínio do Ministério da Saúde e Prefeitura do Recife, publicada em maio de 2011, durante o lançamento do Pacto Nacional pela Redução de Acidentes no Trânsito – Pacto pela Vida, no Ministério das Cidades, em Brasília, revelou que a prevalência de alcoolemia positiva entre os motoristas acidentados no conjunto de cidades foi de aproximadamente 25%. Desse percentual, os homens apresentaram prevalência uma vez e meia maior que as mulheres.

Reforço na Lei

No dia 12 de abril deste ano, o Projeto de Lei n. 5607/09, que autoriza o uso de testemunhos, exame clínico, imagens e vídeos como meios de prova para confirmar a embriaguez de motoristas foi aprovado por unanimidade na Câmara dos Deputados. A proposta encontra-se agora no Senado Federal à espera de votação. Além de autorizar o uso de outros métodos como forma de comprovar a embriaguez do motorista, a proposta dobra a multa para quem for pego dirigindo sob a influência de álcool ou outras drogas que causam dependência. De acordo com o texto, a multa passará dos atuais R\$ 957,70 para R\$ 1.915,40.



Mais informações sobre a pesquisa no portal do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br

A votação no plenário da Câmara foi acompanhada pelo ministro da Saúde. Para ele os dados do Ministério da Saúde comprovam que a lei é eficaz pois os estados em que a fiscalização foi mais rigorosa são aqueles em que houve redução no número de acidentes de carro e moto.

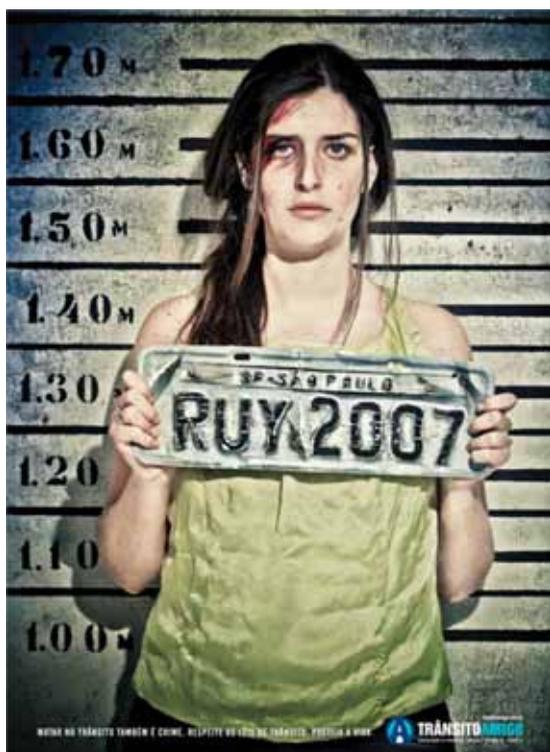
Ações políticas, conscientização da sociedade e punições severas

Político nenhum pode dar garantias de vida, mas ele pode sim proporcionar uma melhor

qualidade de vida onde você possa se sentir mais seguro e é isso que a gente quer”, ressaltou o presidente da ONG Trânsito Amigo.

Diniz acredita que é dever das autoridades promover medidas que promovam mudanças no trânsito brasileiro. “Esses motoristas que estão dirigindo bêbados e provocando rachas têm de ser tirados da rua de qualquer maneira, com cassação da concessão de dirigir, com prisão, tomando carro como se faz em outros países, como na Europa. Como iremos racionalizar isso, cabe às autoridades.

Imagens da campanha *Crimes*, elaborada pela Camisa 10 Propaganda, criada para a Trânsito Amigo



Eles têm plenos poderes e conhecimento do que podem fazer.”

No entanto, Diniz defende que a conscientização da sociedade, principalmente das crianças e dos jovens, é o caminho para se ter uma geração de motoristas mais responsáveis.

Segundo ele, a questão do álcool é negligenciada tanto nos próprios lares quanto nas escolas. “Precisamos educar os jovens desde pequeninhos para eles interagirem na escola com os amigos e terem instruções de cidadania no trânsito porque isso vai criar uma cultura nas crianças para garantir que daqui a 15 anos se tenha uma geração de motoristas responsáveis.”

Mas reforça que, no presente, também é preciso agir. “O que faremos hoje? Ficaremos

à mercê de motoristas bêbados? Não, nós temos de educar e temos de reprimir.”

Fernando Diniz despede-se da nossa equipe passando uma mensagem para todos: “Toda vez, sempre no fim das minhas falas eu digo: basta que apenas uma pessoa aqui saia com essa semente plantada no seu coração que já me valeu todo o sacrifício, mas não o sacrifício de sair da minha zona de conforto e vir aqui falar, mas sim o sacrifício de falar da morte do meu filho. Mas aceito isso como um desafio, uma forma de prevenção, de usar o meu exemplo e de tantos outros milhares de pais que sofrem para sempre, como forma de prevenção.”

Saiba mais sobre as ações desenvolvidas pela ONG Trânsito Amigo. Acesse: www.transitoamigo.com.br ■

CONASS E OPAS PROMOVEM SEMINÁRIO PARA DEBATER MODELOS DE CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA APS

TATIANA ROSA

Cerca de 130 pessoas, entre técnicos das secretarias estaduais e municipais de Saúde, Conass, Conasems, Ministério da Saúde, Opas e universidades, participaram, no dia 21 de junho, em Brasília, do I Seminário *Modelos de Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde*.

Realizado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas/OMS), o evento constituiu-se como uma das atividades do laboratório de inovações no cuidado às condições crônicas na APS.

O seminário contou também com a participação do Ministério da Saúde e da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR) que acompanha a experiência da secretaria municipal de Saúde de Curitiba, tendo como debatedor o sanitarista Eugênio Vilaça e o diretor da Atenção Básica do Ministério da Saúde, Hêider Pinto.

Durante o encontro, foram apresentadas cinco experiências no manejo de usuários

crônicos: da região de Campinas; do Grupo Hospitalar Conceição; do Projeto Qualidia; da secretaria municipal de Saúde de Diadema/SP; e da secretaria municipal de Saúde de Curitiba/PR.

Para o secretário executivo do CONASS, Jurandi Frutuoso, a iniciativa de efetivar a Atenção Primária à Saúde e fortalecer os cuidados com as condições crônicas são pontos preponderantes para o Conselho. “A tendência mundial da mudança do perfil epidemiológico nos obriga a caminhar em busca de mudanças no nosso modelo de atenção à saúde. O mundo todo tem debatido em busca de soluções para esse desafio e nós também vamos buscar a estratégia mais correta sabendo das dificuldades que temos dentro do SUS”, afirmou.

O representante da Opas/OMS no Brasil, Félix Rigolli, falou sobre a importância de se encontrarem respostas efetivas aos desafios das doenças crônicas. “O nosso objetivo é evoluir a uma visão integrada do que é a condi-



Da esquerda para a direita: Débora Carvalho Malta, coordenadora de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis do Ministério da Saúde; Félix Rigoli, representante da Opas no Brasil; Jurandi Frutuoso, secretário executivo do CONASS; Marcos Franco, assessor do Conasems; e Hêider Pinto, diretor do Departamento de Atenção à Saúde/MS

ção de saúde e a resposta do serviço de saúde e de como podemos juntar, em uma diferente forma, o que são os desafios (condições crônicas, demográficas e epidemiológicas do Brasil) com uma resposta que ainda não evoluiu completamente do lado do sistema de serviço de saúde.”

O sanitarista Eugênio Vilaça, por sua vez, afirmou que é preciso organizar respostas sociais na perspectiva do sistema de saúde, dos profissionais e das pessoas. Vilaça explicou que as condições agudas podem ser respondidas socialmente com sucesso, por um sistema reativo e episódico, mas todas as condições crônicas não podem ser respondidas socialmente com sucesso por um sistema reativo e episódico. “O sistema precisa ser proativo, contínuo e integrado. Essa é a diferença.”

Ao analisar o conjunto das experiências apresentadas e tudo o que foi debatido durante o encontro, o sanitarista classificou o seminário como positivo. “Esse encontro nos proporcionou ter boa visão da política oficial do Ministério da Saúde, tanto da vigilância em saúde quanto da secretaria de atenção à saú-

de, em relação ao enfrentamento das doenças crônicas, além de ter apresentado um conjunto de experiências muito diferenciadas, de lugares e atores diferenciados. Hoje, nós trouxemos cinco experiências, todas muito relevantes na aplicação do modelo de crônicas, com suas riquezas, mas também com suas dificuldades”, finalizou.

Para o diretor do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, Hêider Pinto, já é possível começar a discutir o modo de organizar a atenção especializada a partir do olhar da Atenção Básica, começando por aquilo que é necessário complementar em ações para garantir a longitudinalidade do cuidado e o prosseguimento da linha de cuidados daqueles usuários na Atenção Básica. “Como não é possível fazer isso imediatamente por conta dos problemas que enfrentamos no SUS, nós elegemos as doenças crônicas, em especial a oncologia e os problemas endocardiocirculatórios. Esse debate é um dispositivo fundamental para rediscutirmos a relação da Atenção Básica com a atenção especializada e a maneira como a regulação tem de ser um elemento que ocorra em todos os espaços do sistema”, explicou.

Coordenadora estadual da Atenção Primária à Saúde na secretaria de saúde do Ceará, Ana Virgínia de Castro, assistiu ao seminário e se disse satisfeita com o que viu. “Saio daqui com mais esperança de organização das redes em meu estado e com muitas ideias de reformulação de processos. Com certeza, teremos alguns conflitos em razão dessa fragmentação que existe na APS, mas, como o próprio Vilaça disse, temos de superar essa fragmentação para contextualizarmos a família, os problemas que ela tem, a promoção e a prevenção dela, no contexto de que ela necessita”, disse.

Todas as apresentações das experiências estão disponíveis no portal do CONASS (www.conass.org.br) ■

CONASS COMEMORA 30 ANOS COM DEBATE SOBRE OS RUMOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

TATIANA ROSA

“ Ao realizar o Seminário Internacional cujo tema é Atenção Primária à Saúde – Acesso Universal e Proteção Social, o CONASS pretende ampliar o escopo de discussão sobre APS, inserindo-a na discussão de temas mais abrangentes que compõem o debate sobre o desenvolvimento de políticas intersectoriais de carácter universal com foco na integralidade, na equidade e na participação da sociedade”, afirmou o assessor para Relações Internacionais do CONASS, Fernando Cupertino, ao dar início às comemorações pelos 30 anos do CONASS, nos dias 24 e 25 de abril, em Brasília.



O assessor para Relações Internacionais do CONASS, Fernando Cupertino, abriu o evento de comemoração aos 30 anos do Conselho

Aproximadamente 500 pessoas, entre gestores, técnicos das Secretarias Estaduais de Saúde, parlamentares e personalidades internacionais, participaram do evento. Como parte das comemorações, também foi realizada, paralelamente às atividades do seminário, a 1ª Mostra Nacional de Redes de Atenção à Saúde: o Estado e as Redes de Atenção à Saúde – na qual as Secretarias Estaduais de Saúde divulgaram as suas experiências positivas com a organização de redes regionais de atenção à saúde.

Nos dois dias da comemoração, foi debatida a relação da APS sob a ótica de quatro questões cruciais: Atenção Primária à Saúde e Seguridade Social; Atenção Primária à Saúde no modelo de atenção às condições crônicas;



Participantes analisam os trabalhos apresentados na 1ª Mostra Nacional de Redes de Atenção à Saúde: O Estado e as Redes de Atenção à Saúde

Atenção Primária à Saúde e os determinantes sociais da saúde; e Atenção Primária à Saúde e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM).

Atenção Primária à Saúde e Seguridade Social

No primeiro dia do encontro, foram realizados dois painéis em que se debateram os temas: a Atenção Primária à Saúde e a Seguridade Social e a Atenção Primária à Saúde no modelo de atenção às condições crônicas.

O presidente do CONASS, Wilson Alecrim, coordenou o debate sobre a APS e a Seguridade Social. O tema foi debatido pela doutora em Ciência Política pelo Instituto Universitário de Pesquisa do Rio de Janeiro (Iuperj) Sônia Fleury, pelo professor convidado da Escola de Saúde Pública da Universidade de Toronto, Michael Rachlis, e pelo professor em Política de Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Jairnilson Paim.

Segundo Alecrim, a opção por debater a APS no contexto da Seguridade Social, remete à compreensão de que a saúde pode ser, na realidade, um espaço importante para que a sociedade e aqueles que lutam pelas melhorias das condições de vida entendam que o simples fato de oferecer uma ação ou um procedimento em uma unidade de saúde não atende à integralidade das necessidades de uma pessoa. “É preciso que outros componentes, relacionados direta ou indiretamente com a saúde, possam estar assegurados aos cidadãos, fazendo parte do debate cotidiano daqueles que militam e trabalham pela saúde.”

Em suas exposições, Sônia Fleury, Michael Rachlis e Jairnilson Paim resgataram questões históricas importantes acerca da realidade contemporânea da Seguridade Social no Brasil e no mundo e estabeleceram, contrapontos interessantes entre perspectivas,

conquistas e desafios no tocante a questões relacionadas à APS e à Seguridade Social.

Para Fleury, a política de Seguridade Social não pode ser distanciada da construção do Estado Nacional. “O que nós queremos como Estado e que projeto nós temos para o país no cenário nacional e internacional são o que dá sentido à Seguridade Social”, afirmou.

Fleury enfatizou ainda que é preciso debater de que maneira a Atenção Primária à Saúde pode servir como ponto estratégico de retomada do projeto generoso, democrático e inclusivo que foi a ordem social e a Seguridade Social.

Michael Rachlis apresentou o sistema canadense de atendimento primário à saúde, mostrou alguns diagnósticos dos problemas por eles enfrentados e as tentativas de soluções, enfatizando o que o Brasil pode aprender com o Canadá. Segundo ele, somente com o financiamento público pode-se controlar os custos e fornecer acesso universal. “O financiamento público é o melhor amigo dos negócios”, assegurou.

Rachlis declarou que o planejamento da saúde da população é fundamental para garantir que o sistema público atenda às suas necessidades e aos não desejos. “A APS é a chave para o acesso, a equidade e as ações intersectoriais para reduzir as desigualdades na saúde.”

Ainda segundo ele, sistemas com pagador único, como o adotado no Canadá, controlam os custos e proporcionam acesso universal, mas é preciso reorganizar o sistema de atendimento para melhorar a qualidade e a saúde da população.

Para o debatedor Jairnilson Paim, o tema leva a uma reflexão: “no caso especificamente da APS, houve grande crescimento do ponto de vista de cobertura, uma vez que hoje mais de 50% da população brasileira contam com o Programa Saúde da Família e outros mecanismos da Atenção Básica. No entanto, ainda



há muito a melhorar em termos de qualidade e dignidade no atendimento para a população, até mesmo para trazermos outros usuários – que não necessariamente os pobres – para participarem desse tipo de consumo.”

Paim afirmou, ainda, que por mais prioridade que se destine à APS, o perfil epidemiológico da população brasileira, o envelhecimento e a existência cada vez maior das doenças crônicas não dispensam os hospitais. “Enquanto o Canadá tem 3,4 leitos por mil habitantes nós temos apenas 2,4. Temos menos leitos por habitantes do que tínhamos em 1993 e se pensamos um sistema de saúde universal em que a APS é a porta de entrada, temos de garantir a longitudinalidade; a continuidade; seguramente, nós vamos precisar ter esses níveis de forma mais articulada.” Para ele, fica uma dúvida: “essa APS está chegando para garantir autonomia e emancipação do sujeito, como ela anuncia, dignidade e qualidade no atendimento ou termina por reforçar aqueles componentes mais atrasados, mais antigos da proteção social como, por exemplo, a assistência?”, finalizou.

Atenção Primária à Saúde no modelo de atenção às condições crônicas

Coordenado pela secretária de Estado da Saúde de Mato Grosso do Sul, Beatriz Dobashi, o debate sobre a APS no modelo de atenção às condições crônicas contou com as parti-

Da esquerda para a direita:
Michael Rachlis,
Sônia Fleury,
Wilson Alecrim
e Jairnilson Paim

cipações do secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, Helvécio Miranda, do gerente de sistemas de saúde baseados na atenção primária da Opas/OMS, em Washington/EUA, Rubén Torres, e do professor e sanitário Eugênio Vilaça.

O debate mostrou o desafio enfrentado pelos sistemas de saúde em todo o mundo com respeito à carga crescente das condições crônicas e ao descompasso entre estas e a organização dos sistemas de saúde e indicou caminhos de como a APS no Brasil pode avançar a transformação do modelo assistencial vigente ao longo dos anos em outro que seja proativo, integrado, contínuo e focado na promoção e na manutenção da saúde.

Para Beatriz Dobashi, é importante a discussão de questões relevantes que possam mudar o modelo de atenção praticado ao longo dos tempos para que ele dê respostas ao novo perfil epidemiológico da população que envelhece e convive com doenças agudas e crônicas.

Rubén Torres fez uma exposição sobre a situação das doenças crônicas nos países das Américas. Segundo os dados apresentados, nesses países, aproximadamente 250 milhões

de pessoas vivem com uma doença crônica não transmissível e chamou a atenção para as decisões políticas desses locais. “As decisões políticas parecem ser inversamente proporcionais à evidência a respeito da APS e às decisões que são tomadas muitas vezes nos desenhos das políticas nas Américas.”

Os dados mostraram ainda que as enfermidades crônicas são a primeira causa de mortalidade e morbidade em mulheres e homens em todos esses países das Américas. O tratamento dessas doenças constitui-se como um dos principais custos em saúde. No entanto, afirmou que todas elas são passíveis de prevenção.

Torres alertou, ainda, para aspectos preocupantes no que diz respeito aos sistemas de saúde. “Existem tendências que são preocupantes, como a concentração de oferta limitada de cuidados curativos especializados; a aplicação de abordagem para o controle da doença com foco em resultados a curto prazo, causando fragmentação da prestação de serviços.”

Segundo ele, as pessoas com doenças crônicas estão em busca de tratamento contínuo e o que o sistema tem oferecido é um tratamento episódico. “Por isso, a APS renovada tem valores centrais: o direito ao mais alto nível de saúde possível, a solidariedade e a equidade”, considerou.

O secretário de Atenção à Saúde, Helvécio Miranda, reforçou que o Ministério da Saúde não tem a pretensão de inventar conceito algum no que diz respeito às Redes de Atenção à Saúde (RAS), mas, sim, colocar em prática o discurso que vem ao longo do tempo sendo acumulado e praticado em muitas regiões no país.

“O SUS é herdeiro de um conjunto de serviços que nós, infelizmente, ainda não podemos chamar de Redes, mas todo nosso esforço tem de ser no sentido de dotá-lo de atributos de características de Redes de Atenção à Saú-



Debate sobre a APS e as condições crônicas reuniu o secretário da SAS, Helvécio Miranda, o gerente de sistemas de saúde baseados na atenção primária da Opas/OMS, em Washington/EUA, Rubén Torres, e o professor e sanitário Eugênio Vilaça

de com todos os nossos conceitos que, em geral, têm muita harmonia entre si.”

De acordo com ele, a SAS tem o grande desafio de organizar as RAS nos mesmos territórios a serem definidos pelos estados junto com seus municípios e escolhendo alguns temas que permitam pensar o conjunto da rede com lógicas de prioridades pelas próprias necessidades estabelecidas e, a partir daí, em permanente negociação de sua implementação com o CONASS e Conasems.

“A APS, além de grande cuidadora direta das pessoas na maior parte dos problemas que elas apresentam, tem um duplo papel de gestora do cuidado, de ordenadora da rede e de acompanhante fundamental da população. Essa é a aposta que nós estamos fazendo, é uma grande ousadia e acho que a gente vai dar conta dessa intervenção.”

O secretário falou também sobre os grandes desafios que ainda precisam ser superados, como a crescente carga de doenças que chama a atenção pelo peso das doenças crônicas, assim como a dimensão continental do Brasil e sua diversidade socioeconômica.

“Reafirmo a nossa preocupação e determinação de conseguir avançar e concretizar essa ideia de que a Atenção Básica é não só possível como necessária a ter outro sistema de saúde que dê conta da dimensão da epidemiologia brasileira, na realidade sanitária brasileira e cuidando bem das pessoas. Isso é que vai reverter em vários aspectos a imagem do SUS que ainda não é a mais positiva como gostaríamos perante a população brasileira que é a quem nos interessa atender.”

Para o debatedor Eugênio Vilaça, a apresentação de Rubén Torres mostrou a importância do tema das condições crônicas no plano internacional ao revelar que 60% das mortes são em decorrência das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). Já a apresentação do secretário da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), ainda segundo Vilaça, revelou que a

taxa de mortalidade no Brasil por doenças crônicas ainda é muito alta, tendo-se em vista que os dados indicaram uma carga de doenças crônicas de 66%. “Ao final de um dia, terão morrido no Brasil, só de infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral, quase 500 pessoas. É o que a dengue mata em mais ou menos um ano. Será que estamos mobilizados para as condições crônicas ou nós naturalizamos as mortes por doenças crônicas?”, questionou.

Atenção Primária à Saúde e os determinantes sociais da saúde

No segundo dia das comemorações, nos painéis foi debatida a Atenção Primária à Saúde e sua correlação com os determinantes sociais da saúde e com os objetivos de desenvolvimento do milênio.

Sônia Dias, diretora do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, da Universidade Nova de Lisboa, e Alberto Pellegrini, coordenador do Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre Determinantes Sociais de Saúde (DSS) da Fiocruz, falaram sobre a APS e os determinantes sociais da saúde. O painel teve, ainda, a participação do consultor em Meio Ambiente e Saúde Pública e representante da Opas no Brasil Jacobo Finkelman.

Coordenado pelo presidente do Conasems, Antonio Carlos Nardi, o debate evocou as dificuldades de se intervir nessas situações que repercutem diretamente na saúde das populações.

Segundo Nardi, todos buscam melhorias dos determinantes sociais nos estados e nos municípios, pois eles repercutem diretamente na saúde. “Não podemos esquecer que Atenção Primária é considerada uma das políticas relacionadas aos determinantes sociais, e desenvolve ações concretas que favorecem mudanças de comportamento para redução de riscos e aumento da qualidade de vida por meio de programas educativos, criação de espaços públicos, prática de esportes, além de

estimular o diálogo intersetorial e intergestores”, afirmou.

A diretora do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, da Universidade Nova de Lisboa, Sónia Dias, falou sobre o potencial da Atenção Primária à Saúde no impacto dos determinantes sociais. “As iniquidades de saúde estão fortemente associadas às desigualdades sociais entre as populações.”

Dias esclareceu que a desigualdade em saúde é fortemente associada aos determinantes sociais, mas, em Portugal, a evolução da saúde tem sido desigual, considerando outros países europeus. “Ao observar os dados relacionados às doenças crônicas, verifica-se que elas se manifestam em grupos com rendimentos inferiores. Esses dados podem ser considerados como evidência de como os determinantes sociais de Saúde são estratégias cruciais para combater as iniquidades. Por outro lado, embora essa intervenção seja de responsabilidade conjunta de vários setores, acreditamos que os Sistemas de Saúde contribuem para essa melhoria”, esclareceu.

Para ela, nos últimos anos, percebeu-se que os cuidados de saúde primária têm maior

potencial para reduzir as iniquidades em saúde que os serviços direcionados às doenças específicas, mas sem políticas fortes o sistema de saúde não evolui espontaneamente para os valores que orientam a Atenção Primária.

“A maior parte da carga mundial de morbidade e as causas principais das iniquidades em saúde, que se encontram em todos os países, surgem das condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem. Estas condições são conhecidas como DSS e incluem os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde”, afirmou o coordenador do Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre DSS da Fiocruz, Alberto Pellegrini.

“Quando falamos para atuar nos determinantes sociais para diminuir a desigualdade social, estamos falando no sentido de nivelar por cima e fazer que esses grupos sociais menos favorecidos tenham, ao menos, o mesmo nível do grupo de saúde do mais favorecido”, disse.

Para Jacobo Finkelman, ainda é grande o desafio para construir informações e evidências que possam sustentar políticas de intervenções, tanto na saúde quanto nos determinantes sociais.

Segundo ele, “tanto a APS quanto os DSS estão baseados na promoção de ações multi-setoriais e na incorporação de saúde em todas as políticas.”

A Atenção Primária à Saúde e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)

O último debate do evento foi coordenado pelo representante da Opas, Félix Rigolli,

Da esquerda para a direita:
 Jacobo Finkelman,
 Sónia Dias,
 Antonio Carlos Nardi e Alberto Pellegrini



e teve como palestrantes Joaquim Molina (Opas), o secretário de Vigilância em Saúde, Jarbas Barbosa, e Julio Soarez (Opas/Chile). A discussão enfatizou meios pelos quais a APS pode contribuir para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e que estratégias podem ser utilizadas pelos gestores do SUS para isso.

Rigolli ressaltou que, dos oito objetivos de Desenvolvimento do Milênio estabelecidos, três estão diretamente relacionados à APS (redução da mortalidade infantil; melhoria da saúde materna; e combate ao HIV/Aids, malária e outras doenças), ressaltando que os outros objetivos também estão relacionados à saúde.

O representante da Opas no Brasil, Joaquim Molina, falou sobre o histórico da APS no mundo e também sobre a sinergia que existe entre a Atenção Primária à Saúde e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Molina mencionou a Declaração de Alma-Ata, de 1978, que produziu um documento em que foram estabelecidos pontos nos quais a APS foi firmada como um compromisso entre países que entenderam, pela primeira vez, a saúde como um direito humano e explicou três posições importantes estabelecidas.

“Nessa Declaração, houve pontos importantes que eram a intersetorialidade e a participação social como elementos-chave para melhorar a saúde de todas as pessoas. Além disso, esse documento também estabeleceu clara posição política a respeito dos governos que deviam aumentar seu financiamento à saúde e os reorientou sobre como esse financiamento deveria ser concentrado na APS.”

Segundo ele, com a Declaração, a Atenção Primária à Saúde constitui-se como o



Julio Soarez, Joaquim Molina, Félix Rigolli e Jarbas Barbosa participam do debate sobre a APS e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)

primeiro nível de contato da população com os serviços de saúde, mas, sobretudo, como o lugar onde se deveria resolver a maioria dos problemas de saúde. Molina, no entanto, ressaltou que em nenhum momento se quis que a APS se reduzisse a pacotes de serviços seletivos para pobres.

Sobre os ODM, o representante da Opas também ressaltou o fato de todos eles terem relação direta ou indireta com a saúde e afirmou que a APS é uma poderosa ferramenta, conceitual e política para trabalhá-los.

Molina observou que o setor saúde precisa reconhecer melhor a relação entre os ambientes sociais e físicos e as doenças e seus riscos, trabalhando mais ativamente para sua transformação. Para ele, equidade é o grande desafio e a APS segue como orientadora para uma resposta social mais adequada aos problemas de saúde e bem-estar vinculados à qualidade de vida.

Para o secretário de Vigilância em Saúde, Jarbas Barbosa, os Objetivos de Desenvolvi-

mento do Milênio configuram-se como um compromisso político muito importante que tem ajudado a mover a agenda de resultados sanitários no mundo inteiro.

Barbosa apresentou as ações que o Brasil tem feito para alcançar as metas propostas. “Todas as metas serão cumpridas exceto em relação à mortalidade materna. Entretanto, creio que, para nós, o maior desafio é reduzir o grau de desigualdade no país, seja em termos regionais, seja em termos de grupos populacionais. Creio que uma das grandes vantagens da descentralização é exatamente poder buscar que determinantes sociais, que dificuldades de acesso, estão colocando barreiras para que as pessoas tenham acesso efetivo a uma APS de qualidade”, garantiu.

O secretário de Vigilância em Saúde falou ainda sobre os mitos que rondam os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. “Ainda prevalecem as ideias de que a mortalidade infantil, materna e doenças transmissíveis são os problemas dos países pobres e as doenças crônicas são problemas de países ricos. Isso não é verdade. Hoje, a maioria das mortes por DCNT são nos países em desenvolvimento.”

E finalizou: “A reunião do ano passado em Nova Iorque e a Conferência de Determinantes farão que a gente possa chegar em 2015, não com um novo ODM estendido, mas com um compromisso mais amplo que agirá não só sobre impactos imediatos, mas também nas causas intermediárias e mais distantes, para que a gente consiga fazer que as desigualdades em saúde no mundo diminuam de maneira a garantir melhor qualidade de vida para as pessoas.”

Para o debatedor Julio Soarez, a APS e os ODM são processos de diferentes momentos históricos, mas que convergem em uma mesma direção, mas ressaltou que os objetivos propostos foram os mesmos para todos os países, que nem sempre têm as mesmas condições de cumpri-los.

Soarez alertou ainda para uma questão que, segundo ele, foi pouco abordada. “Um tema que foi mencionado perifericamente e é um dos pontos críticos de condições crônicas mais importantes, e que já está pesando sobre a atenção do serviço de saúde, é a questão da saúde mental. A doença mental vai ser parte importante nos atendimentos, nos custos dos serviços de saúde tanto quanto hipertensão arterial, diabetes etc. São condições que convivem com a gente e isso significa que a APS tem de estar preparada também para entender e lidar com esse problema.”

Encerramento

Ao encerrar as atividades do evento, o presidente do CONASS, Wilson Alecrim, afirmou que, ao escolher o debate sobre APS para comemorar os 30 anos de criação do Conselho, pretendeu-se ampliar o escopo de discussão sobre o tema, inserindo-o na pauta de assuntos mais abrangentes que compõem o debate sobre o desenvolvimento de políticas intersetoriais de caráter universal com foco na integralidade, na equidade e na participação da sociedade.

Todas as apresentações realizadas pelos palestrantes estão disponíveis no portal do CONASS para *download*.

Acesse www.conass.org.br e assista na íntegra a todos os debates. ■

EM MEIO ÀS COMEMORAÇÕES DOS 30 ANOS DO CONASS, SUA NOVA DIRETORIA TOMA POSSE

ADRIANE CRUZ

Secretários de Estado da Saúde, ministro da Saúde e seus secretários e representante do Conasems e da Opas/OMS participaram da solenidade que aconteceu no dia 24 de abril, em Brasília

A diretoria do Conselho Nacional de Secretários de Saúde para a gestão 2012/2013 foi empossada em noite de comemoração pelos 30 anos do CONASS. Beatriz Dobashi (SES/MS), que presidiu o Conselho de outubro de 2009 a abril de 2011, transmitiu o cargo ao colega Wilson Duarte Alecrim (SES/AM). Na presença dos demais secretários de Estado da Saúde, do ministro da Saúde, Alexandre Padilha, e dos representantes do Conasems e da Opas/OMS, Antônio Carlos Nardi e Joaquim Molina, Dobashi falou do privilégio de estar à frente do Conselho. “O CONASS nasceu do

ímpeto da juventude que pretendia promover uma reforma sanitária no país, cresceu e se firmou junto com o SUS e hoje é um ‘balzaquiano’, mas continua trabalhando com o mesmo ímpeto”, ressaltou. Falou, ainda, do apoio do Ministério da Saúde, do Conasems e da Opas/OMS e destacou a projeção internacional do CONASS por meio de parcerias pelas quais os resultados são levados para as secretarias de Estado da Saúde. “O CONASS tem um escritório corajoso, comprometido e competente e executa com maestria o apoio às secretarias estaduais de Saúde”, disse.



Da esquerda para a direita: Antônio Carlos Nardi (Conasems); Alexandre Padilha (Ministério da Saúde); Beatriz Dobashi (SES/MS); Joaquim Molina (Opas/OMS); e Wilson Alecrim (SES/AM)



Beatriz Dobashi (SES/MS) discursa durante a transmissão do cargo de presidente do CONASS para o colega Wilson Alecrim (SES/AM)



Toma posse o presidente do CONASS, Wilson Alecrim (SES/AM)

Em seu discurso de posse, o presidente eleito por aclamação, Wilson Alecrim, disse se sentir honrado em assumir a presidência do Conselho no ano em que este completa 30 anos e destacou o papel da instituição. “O CONASS é composto por um grupo técnico capacitado e competente, de pessoas realmente comprometidas com o SUS, que além de participar da organização e do funcionamento do sistema, elabora publicações que constituem um dos mais importantes acervos técnicos e científicos sobre políticas de saúde no Brasil.”

Em relação ao SUS, ressaltou que a busca por convergências é fundamental para o fortalecimento do sistema que, segundo ele, tem avanços significativos, mas precisa de uma agenda de discussões que contemple questões relacionadas à sua gestão e ao seu financiamento. Alecrim destacou os Recursos Humanos do SUS como um dos seus principais problemas. “Precisamos que os médicos ocupem seus postos de trabalho, tanto na Atenção Primária à Saúde quanto nas especialidades. As instituições formadoras dos profissionais de saúde têm de acompanhar o crescimento do SUS”, argumentou, dizendo, ainda, que as ações relativas a esse problema devem ser tomadas o quanto antes, para que não haja prejuízo à assistência aos cidadãos (leia matéria a respeito do tema Recursos Humanos nas páginas 14 a 23).

Ainda em relação aos desafios da saúde pública brasileira, falou da urgência em corrigir as desigualdades regionais por meio da utilização de dados epidemiológicos associados à logística e às peculiaridades de cada região do país e citou alguns temas da agenda de prioridades para sua gestão: a aplicação nos estados da Lei n. 141 de 2012, que regulamenta a EC n. 29, e a luta por mais recursos para a saúde por meio do Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública; a redução das iniquidades; as trocas de experiências bem-sucedidas;

das; o enfrentamento da judicialização; a relação entre o SUS e os segmentos privados; a regulação dos serviços; os modelos de gestão para os hospitais públicos; e o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, iniciou seu discurso falando da felicidade de presenciar a posse de um gestor vindo da região amazônica, depois de ter vivenciado a gestão da primeira mulher a presidir o CONASS. “Quero agradecer à Beatriz pelo seu papel de liderança no processo de evolução do SUS, contribuindo para seu aprimoramento com sua experiência como gestora tanto no âmbito estadual quanto no municipal.” Em relação ao CONASS, Padilha disse se tratar de uma instituição que é parte da história do SUS e que há 30 anos sobrevive com “reputação ilibada.” O ministro também ressaltou a parceria tripartite, dizendo que só é possível fazer saúde pública de qualidade em um país com o tamanho e a diversidade do Brasil por meio do alinhamento das ações e do consenso entre União, estados e municípios.

O presidente do Conasems, Antônio Carlos Nardi, também parabenizou a gestão de Beatriz Dobashi durante os dois anos e meio em que ela esteve na presidência do Conselho e saudou Wilson Alecrim e a nova diretoria, destacando o subfinanciamento do SUS como um dos principais desafios a serem enfrentados pelos gestores. “Nossa primeira empreitada é o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública. É lutarmos pela vinculação de 10% da receita corrente bruta da União para a Saúde.” Nardi também destacou a relevância da Atenção Primária à Saúde, escolhida como tema do seminário que celebra os 30 anos do CONASS (leia matéria a respeito do evento nas páginas 33 a 40). “O Conasems fica muito feliz em participar de um seminário que tem a Atenção Primária à Saúde como tema principal, em que pudemos ouvir e constatar que a Estratégia Saúde da Família é um sucesso.



Diretoria do CONASS para a gestão 2012/2013 toma posse em noite de comemoração dos 30 anos do CONASS



Ministro da Saúde, Alexandre Padilha



Presidente do Conasems, Antônio Carlos Nardi

Queremos que seja cada dia mais resolutivo e bem conduzido.”

Para o representante da Opas/OMS no Brasil, Joaquim Molina, desde a sua criação, em 1982, o CONASS vem exercendo papel importante no processo de construção e consolidação do SUS. Ele também enfatizou a importância do debate a respeito da APS que, segundo ele, está em consonância com as diretrizes da Opas/OMS na área de sistema e serviços de saúde. “O CONASS evolui como entidade e chega aos 30 anos com personalidade jurídica e engajado com responsabilidades essenciais para o aprimoramento do SUS, como promover a capacitação e a pesquisa científica”, disse. Molina destacou, ainda, o desenvolvimento de projetos nacionais e internacionais de intercâmbio e cooperação, inovação e incentivo à troca de experiências e de boas práticas de gestão como atuação fundamental do CONASS. “A posse da nova diretoria e o seminário que trata de temas críticos para a sustentabilidade do SUS, tanto no Brasil quanto no mundo, reafirmam o compromisso do Conselho em continuar promovendo o debate técnico e político voltado para o fortalecimento do SUS”, finalizou.



Representante da Opas/OMS no Brasil, Joaquim Molina

Composição da diretoria do CONASS para a gestão 2012/2013

Presidente

Wilson Duarte Alecrim – Amazonas

Vice-presidentes

Região Centro-Oeste:

Beatriz Dobashi – Mato Grosso do Sul

Região Nordeste:

Jorge José Santos Pereira Sola – Bahia

Região Norte:

Hélio Franco de Macedo Júnior – Pará

Região Sudeste:

Sérgio Côrtes – Rio de Janeiro

Região Sul:

Ciro Simoni – Rio Grande do Sul

Comissão Fiscal

Titulares:

Lilian de Almeida Nunes Martins – Piauí

Waldson Dias de Souza – Paraíba

Lineu Facundes – Amapá

Suplentes:

Michele Caputo Neto – Paraná

Raimundo José Arruda Bastos – Ceará

Nicolau Esteves – Tocantins

Hemobrás:

Antônio Carlos Figueira – Pernambuco

Anvisa:

Michele Caputo Neto – Paraná

Viviane Rocha de Luiz – CONASS

Agência Nacional de Saúde

Suplementar (ANS):

Raimundo José Arruda Bastos – Ceará

Secretário Executivo:

Jurandi Frutuoso



Beatriz Dobashi (SES/MS), vice-presidente do CONASS na Região Centro-Oeste, e Wilson Duarte Alecrim (SES/AM)



Os secretários Sérgio Côrtes (SES/RJ) e Jorge Solla (SES/BA), vice-presidentes das Regiões Sudeste e Nordeste



Hélio Franco (SES/PA), vice-presidente do CONASS na Região Norte, e Wilson Duarte Alecrim (SES/AM)

Lançamento de Publicações

Livro: O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família, de Eugênio Vilaça Mendes.

A publicação foi lançada durante a cerimônia de comemoração dos 30 anos do CONASS, pelo autor, Eugênio Vilaça Mendes, que agradeceu a parceria do CONASS e da Opas/OMS na publicação do livro. “Espero que esse livro qualifique o debate sobre a Atenção Primária à Saúde no nosso país”, disse.



Ciro Simoni (SES/RS), vice-presidente do CONASS na Região Sul, e Wilson Duarte Alecrim (SES/AM)



Eugênio Vilaça Mendes apresenta a publicação durante a solenidade de comemoração dos 30 anos do CONASS

Estruturado em oito capítulos, o livro começa tratando da crise dos sistemas de saúde no mundo, determinada pela emergência das condições crônicas. A resposta a esta crise, no âmbito das Américas e no âmbito nacional, está sendo dada pelo governo brasileiro com a proposta de Redes de Atenção à Saúde, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS), que, segundo o autor deve, efetivamente, sair do discurso para se tornar a estratégia do reordenamento de todo o SUS no país.

A partir daí, Eugênio Vilaça apresenta uma análise histórica da APS e das evidências sobre o Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil que, não obstante todos os seus problemas, demonstra ser uma política pública efetiva, eficiente e que tem melhorado a equidade social no Brasil. Em seguida, há uma incursão em 14 problemas que, de certa forma, limitaram que o PSF se transformasse efetivamente em uma estratégia de reordenamento de todo o sistema. Para cada um desses problemas, Vilaça propõe uma agenda de curto, médio e longo prazo a fim de que sejam superados. Boa parte das propostas dessa agenda já compõe a agenda do Ministério da Saúde para os próximos anos.

O capítulo seguinte trata das mudanças que a Estratégia de Saúde da Família precisa fazer em termos de modelo de atenção. Revisitando experiências internacionais do Modelo de Atenção Crônica do Mac Coll Institute for Healthcare Innovation e do modelo da pirâmide de riscos, o autor sugere uma adaptação desses modelos à realidade brasileira, introduzindo um terceiro modelo que é o Modelo da Determinação Social da Saúde, o mesmo indicado pela Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde. Do cruzamento

desses três modelos, surge um modelo expandido para a utilização da APS para o manejo com qualidade das condições crônicas.

O livro termina com a proposta de como implantar esse modelo.

Disponível para *download* no portal do CONASS (www.conass.org.br)

Caderno CONASS Documenta n. 24: Liderança em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde

A estratégia brasileira de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e a consequente implementação da Estratégia Saúde da Família mostraram, de maneira inequívoca, o papel fundamental do profissional de enfermagem nesse processo.

Assim, torna-se necessário buscar experiências exitosas de países que nos precederam na mesma trajetória, analisando-as à luz de nossa realidade, a fim de contribuir para a valorização do importante papel da enfermagem no âmbito da organização e do funcionamento da Atenção Primária.

É apresentado, nesta publicação, o relato dessa experiência, concebida em modelo inovador de cooperação internacional, no qual os parceiros colocam como pontos de partida o respeito à diversidade cultural e o foco nos problemas e nas necessidades de saúde da população.

A união de esforços de diferentes atores, no Brasil e no Canadá, permitiu que agora pudéssemos partilhar com todos vocês a riqueza de que se constituiu este trabalho, cujos frutos já estão sendo colhidos.

Disponível para *download* no portal do CONASS (www.conass.org.br)

Revista Consensus n. 3

A edição n. 3 da *Revista Consensus* apresenta breve histórico dos 30 anos de trajetória do CONASS e uma matéria que trata da Lei Complementar n. 141 de 2012, que regulamenta a Emenda Constitucional n. 29, e suas implicações para a gestão do SUS. Na sessão Opinião, traz o artigo científico de Hironobu Sano: *Desafios da articulação intergovernamental: a atua-*

ção dos Conselhos de Secretários de Saúde.

Disponível para *download* no portal do CONASS (www.conass.org.br)

Selo e Carimbo comemorativos

Foram lançados o carimbo comemorativo e o selo personalizado alusivos aos 30 anos do CONASS, cujas imagens possuem o mesmo tema.



Beatriz Dobashi (SES/MS) entrega publicações lançadas a Wilson Duarte Alecrim (SES/AM)



Beatriz Dobashi (SES/MS) entrega publicações lançadas a Alexandre Padilha, ministro da Saúde



Beatriz Dobashi (SES/MS) entrega publicações lançadas a Antônio Carlos Nardi (Conasems)



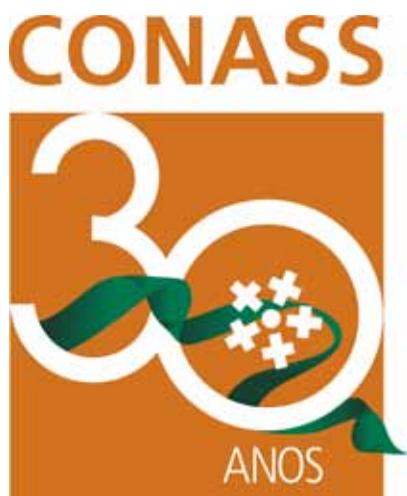
Beatriz Dobashi (SES/MS) entrega publicações lançadas a Joaquim Molina (Opas/OMS)



Beatriz Dobashi (SES/MS) lança, ao lado do ministro da Saúde, Alexandre Padilha, o carimbo comemorativo aos 30 anos do CONASS



Wilson Alecrim (SES/AM) apresenta o carimbo e o selo comemorativos, ao lado do diretor Regional Adjunto dos Correios em Brasília, Jaime Gomes Cardoso



Logomarca e selo comemorativos dos 30 anos do CONASS



Comemoração dos 30 anos do CONASS



Clube do Choro de Brasília apresenta-se na cerimônia de comemoração dos 30 anos do CONASS



Eugênio Vilaça Mendes autografa livro lançado na noite de comemoração dos 30 anos do CONASS para o deputado federal, ex-secretário de Saúde do Ceará, João Ananias, e para a médica Zélia Lins

6ª ASSEMBLEIA DO CONASS PROMOVE DEBATE SOBRE O DECRETO N. 7.508/2011 E A LEI COMPLEMENTAR N. 141/2012

TATIANA ROSA

Secretários de Estado da Saúde reuniram-se no dia 5 de julho para a 6ª Assembleia do CONASS, em São Luís/MA. A reunião promoveu o debate entre gestores e representantes do Ministério da Saúde e do Tribunal de Contas sobre o Decreto n. 7508/2011 e a Lei n. 141/2012. A reunião aconteceu paralelamente às atividades do I Congresso Maranhense de Medicina realizado na mesma cidade.

Na ocasião, o secretário de Saúde do Maranhão, Ricardo Murad, apresentou o Projeto Saúde é Vida, novo modelo público de assistência à saúde que está sendo implantado no estado.

Decreto n. 7.508/2011

Para debater a implantação dos dispositivos do decreto, promove-se a apresentação das experiências das Secretarias Estaduais de Saúde do Ceará e do Mato Grosso do Sul.

José Policarpo Barbosa representou o secretário de Saúde do Ceará, Arruda Bastos, e apresentou as ações que o estado tem desenvolvido para implantação dos dispositivos do decreto.

Segundo ele, a assinatura do Contrato de Organização Pública de Saúde (Coap) já está avançada em 18 regiões do Ceará. “Nós optamos pela universalização da assinatura do Coap, então o nosso objetivo é que ele seja assinado nas 22 regiões públicas.”

Policarpo falou sobre a importância de os governos estaduais assumirem para si essa questão e ressaltou a necessidade de sensibilização dos prefeitos e dos secretários municipais de saúde. “A criação dos consórcios públicos e todos os investimentos no interior do Ceará contribuíram para que o processo de regionalização do estado se fortificasse e para que o governo assumisse a questão da assinatura do Coap. O primeiro passo é o acordo

político, ou seja, a vontade política do governador em se empenhar na assinatura desse contrato. A segunda etapa é sensibilizar os atores, como prefeitos e secretários municipais de saúde, e isso nós já estamos fazendo”, observou.

A secretária de Saúde do Mato Grosso do Sul, Beatriz Dobashi, resgatou historicamente o processo de implantação do Pacto pela Saúde, em que 100% dos municípios foram contemplados, e o processo de regionalização do estado.

Dobashi ponderou que é preciso colocar na pauta de discussões a responsabilidade dos municípios dentro da regionalização, além de trabalhar melhor a questão das Redes de Atenção à Saúde. “A nossa avaliação do processo da regionalização nos mostrou que precisamos nos debruçar melhor na questão das

Da esquerda para a direita:
Ricardo Murad,
Wilson Alecrim
e Jurandi
Frutuoso
.....



Redes de Atenção para qualificar as nossas regiões. Esse olhar da região como território de saúde com atores sociais e necessidade de autonomia na atenção começou realmente com a discussão do Pacto.”

Segundo ela, a assinatura do Coap será feita em cada macrorregião do Mato Grosso do Sul ainda este ano. “Nós optamos por assinar o contrato agora, mesmo sabendo que haverá renovação grande de gestores municipais, pois acreditamos que ele é a coroação de todo um processo que vem desde 2007. Nós iremos acolher os novos gestores para inseri-los nesse processo”, afirmou.

Para Dobashi, o Coap configura-se como instrumento jurídico que explicita os compromissos pactuados em cada Região de Saúde, além de ser ferramenta de alocação de recursos das três esferas de governo.

O diretor do Departamento de Articulação Interfederativa da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, André Bonifácio, compôs o debate. Bonifácio mencionou pontos que se configuram como grandes desafios da gestão do SUS, como a efetividade e a qualidade da resposta do sistema às necessidades da população, a inovação nos processos e nos instrumentos de gestão e a superação da fragmentação das políticas de saúde.

O diretor do DAI explicitou aspectos importantes do decreto. “Os dispositivos contemplados vão servir de base para a organização do SUS, conformando uma Rede de Atenção à Saúde que vise à integralidade da assistência e à equidade, vão garantir maior segurança jurídica, transparência, controle social e resultados efetivos e vão também ampliar o comprometimento dos chefes do Poder Executivo com os temas da saúde.”

Para o segundo semestre deste ano, segundo Bonifácio, o Ministério da Saúde pretende realizar diversas ações, entre elas o

processo de avaliação da conformação das Regiões de Saúde; a discussão do processo de gestão da informação como subsídio à gestão das Redes de Atenção; a pactuação da modelagem da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde com enfoque regional; entre outros.

Lei Complementar n. 141/2012

A implantação dos dispositivos da LC n. 141/2012 foi debatida entre os gestores de saúde e o diretor executivo da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, José Carlos Silva, a coordenadora geral de auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS/Denasus, Amélia Andrade, o diretor executivo do Fundo Nacional de Saúde, Antônio Carlos Rosa Júnior, a auditora federal de controle externo da Secretaria de Macroavaliação Governamental do Tribunal de Contas da União, Lucieni Pereira da Silva, e o representante do Conselho Nacional de Saúde, Gilson Carvalho.

Os palestrantes expuseram as atuações de seus departamentos na aplicação dos dispositivos da lei.

Na concepção do TCU, Lucieni Pereira explicou que a LC n. 141/2012 configura-se como uma lei de responsabilidade social e foi intencionalmente construída dessa forma para que o gestor da saúde possa ter ferramenta igual à Lei de Responsabilidade Fiscal. “Essa lei possibilitou um empoderamento para o gestor da política social. Hoje, o gestor de saúde tem uma ferramenta em igualdade de condição com a política econômica”, afirmou.

A auditora explicou que, hoje, a operacionalização da lei tem sido alvo de levantamento de auditoria feito pelo Tribunal. “O TCU tem feito esse levantamento para poder acompanhar de forma mais institucional como estão sendo adotadas as medidas para implementar a Lei n. 141/2012 e essas informações estão sendo repassadas ao ministro.”

Para ela, há, sim, falhas na lei que precisam ser corrigidas, mas é inegável o fato de que ela traz grandes avanços. “Nós vislumbramos que esses dispositivos tragam avanços institucionais, como a padronização do conceito de ações e serviços públicos de saúde, tornando mais justa a aplicação da EC n. 29.”

Para o presidente do CONASS, Wilson Alecrim, a discussão foi extremamente importante para dar clareza aos gestores sobre diversos aspectos dos dispositivos da norma. “Pela primeira vez, conseguimos reunir coletivamente os órgãos de controle (Tribunal de Contas da União), representantes do Conselho Nacional de Saúde e o próprio Ministério da Saúde. Nós já avançamos muito no que diz respeito à aplicabilidade dos dispositivos da lei e do decreto, mas só começamos efetivamente a olhar com mais atenção para suas complexidades a partir de março deste ano. Por isso, continuaremos trabalhando com o Ministério e com os órgãos de controle para, dentro dos prazos, cumprirmos as metas estabelecidas”, afirmou.

A coordenadora do Denasus, Amélia Andrade, explicitou aspectos da lei que dizem respeito à atuação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) na visão de seu Componente Federal e ao Termo de Ajuste Sanitário.

Entre os vários pontos mencionados, Andrade ressaltou o artigo 27 da lei, que, segundo ela, tem sido alvo de constantes discussões, uma vez que altera o fluxo do Denasus ao determinar que hoje todos os resultados de auditoria do departamento sejam encaminhados diretamente ao Tribunal de Contas da União.

O diretor executivo da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, José Carlos Silva, por sua vez, citou pontos que são novidade na lei, como a autorização de transferência de recursos de investimentos da União de forma regular e automática a estados e municípios,



.....
Debate sobre os dispositivos da Lei Complementar n. 141 reuniu representantes do MS, do CNS e do TCU

dispensada a celebração de convênios ou outros instrumentos jurídicos.

Silva falou, ainda, sobre a realização da programação anual de investimentos. “Nesse item, entendemos que deverá haver um período de transição para a providência desse plano anual de investimentos e que sua implantação só será possível a partir de 2013/2014”, afirmou.

O representante do Conselho Nacional de Saúde, Gilson Carvalho, propôs discussão sobre diversos dispositivos da lei, como aprovação pelos Conselhos de Saúde do saneamento básico em domicílio e pequenas comunidades. “Quem vai definir o que é saneamento básico em domicílios e pequenas comunidades? Como será essa definição? Qual é o aparato que o Conselho de Saúde vai ter para fazer isso com competência e não apenas como um ato cartorial?”, questionou.

Para o diretor executivo do Fundo Nacional de Saúde, Antônio Carlos Rosa Júnior, o Ministério da Saúde tem se debruçado sobre a discussão da lei e entende que sua compreensão e sua aplicação pressupõem um conjunto de tarefas articuladas entre todos os atores do SUS. ■

A gestão do trabalho no SUS em pauta¹

GILSON CANTARINO²
RITA DE CÁSSIA CATANELI³

Este artigo aborda a gestão do trabalho na saúde, nas diferentes nuances em que ela se expressa nos dias atuais, revelando formas bastante peculiares com que os fenômenos complexos têm sido enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A discussão sobre um novo paradigma do trabalho nas sociedades pós-industriais, que se instala com mais nitidez nas décadas de 1980 e 1990 recoloca a centralidade do trabalhador nesse processo, ampliando a discussão sobre a gestão do trabalho, inclui repensar o planejamento e a qualificação do trabalho e do trabalhador, atingindo todos os setores e propondo também uma nova agenda para os gestores da saúde.

Vale a pena lembrar que a realidade do trabalho nos dias atuais evidencia uma transformação significativa, caracterizada por uma transição entre o modelo taylorista/fordista – que vigorou entre os anos 1950 e 1970 –, no qual a organização do trabalho caracterizava-se pela dominância do trabalho prescrito, com poucas possibilidades de intervenção nos processos produtivos e pouca autonomia por parte dos trabalhadores, para um modelo tecnológico, baseado na intelec-

tualização do trabalho, cujas principais referências são o conhecimento técnico e a qualificação profissional.

Nessa conjuntura, novas competências são requeridas dos trabalhadores e gestores, o que implica redefinir as formas de recrutar, selecionar, treinar e manter os profissionais em suas respectivas atividades, impondo a criação de instrumentos gerenciais essenciais a essa nova abordagem de gestão de recursos humanos, incidindo, principalmente, na incorporação e remuneração da força de trabalho, com requerimentos crescentes de especialização dos trabalhadores.

No Brasil dos anos 1980, em decorrência da crise econômica, inicia-se um processo de desregulação do mercado de trabalho, marcado, nessa primeira etapa, por um movimento contraditório: de um lado, uma desregulação impulsionada pela tendência de desestruturação do mercado de trabalho; de outro, ocorre uma tentativa de regulação motivada pela regulamentação desse mesmo mercado, por meio da Constituição de 1988.

A gestão do trabalho na administração pública brasileira pode ser compreendida por três grandes eixos: a mudança no modelo de

¹ Este artigo foi elaborado a partir do livro *Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*, da *Coleção Para Entender a Gestão do SUS*, CONASS, 2011.

Estado, que passa de um modelo provedor para um modelo regulador; a reestruturação produtiva, que traz novas formas de relação de trabalho, e a incorporação tecnológica, que introduz novas práticas e novos processos de trabalho.

Ao longo dos últimos anos, as administrações federal, estadual e municipal vêm lançando mão de formas de contratação e estratégias de gestão de pessoal diferenciadas, que incluem: contratação temporária, terceirização por meio de serviços prestados, bolsas de trabalho, estágios, contratos com entidades através de empresas ou cooperativas, contratos por órgãos internacionais, contratos privados lucrativos ou não lucrativos, contratos de gestão com organizações sociais e com Organizações Sociais de Interesse Público (Oscips), etc.

A heterogeneidade de vínculos é um dado importante que compõe esse conjunto de transformações. As novas formas de “contrato” mudam radicalmente os mecanismos de ingresso e manutenção do trabalhador, estabelecendo novas relações de trabalho, definindo também a necessidade de se adquirir competências que habilitem trabalhadores e gestores como negociadores das condições de trabalho, às vezes em condições adversas do ponto de vista orçamentário, para operar avanços significativos nas negociações, mesmo quando os pleitos dos trabalhadores são reconhecidos como legítimos.

Observa-se que, se de um lado a utilização desses mecanismos tem auxiliado a gestão do SUS a dar respostas mais rápidas às demandas por novos serviços, ou pela ampliação dos existentes, por outro lado, geram conflitos e impasses relacionados ao campo do trabalho, mobilizando mudanças na lógica de gestão interna dos órgãos públicos e geraram conflitos diversos, pelo tratamento desigual conferido a cada ente contratado, e na relação com

os trabalhadores envolvidos nas tarefas contratadas pelo estado.

Do ponto de vista do gerenciamento, essa discussão não se resume à forma de ingresso ou remuneração do trabalhador apenas, mas se articula com a perspectiva do aumento da produtividade e da complexidade dos objetos de trabalho, que passam a requerer um aprofundamento vertical do conhecimento especializado e, ao mesmo tempo, a sua integração.

Podem ser identificados outros fatores problemáticos que impactam o cotidiano da gestão do trabalho no SUS, merecendo reflexão, crítica e dedicação na busca de formas adequadas de superação, tais como a pouca flexibilidade do Regime Jurídico Único para a gestão do trabalho; a indefinição quanto à regulamentação do regime celetista para o setor público; os Termos de Ajuste de Conduta (TACs) realizados com o foco na questão trabalhista, como determinante, mas nem sempre exequível pelos gestores, sem constrangimentos de outras despesas também necessárias ao bom funcionamento do SUS; o trabalho desregulado e desprotegido; a falta de controle e planejamento sobre os gastos com pessoal; a falta de controle e baixa capacidade de avaliação do sistema e de recursos humanos; a baixa eficácia e efetividade dos serviços e a insatisfação dos trabalhadores com a mobilização de suas representações.

É fato que as questões enumeradas como problemas reproduzem-se e multiplicam-se como preocupações fundamentais entre dirigentes e gestores em todas as esferas de governo, nos diferentes setores da administração, comprometendo a capacidade gestora do Estado, e têm mobilizado as entidades de representação dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e o governo federal na busca de soluções mais compatíveis com os aspectos que organizam o mundo do trabalho

² Médico, pós graduado em Psiquiatria pela UFRJ. Ex-presidente do CONASEMS. Ex-presidente do CONASS. Atualmente é membro do Conselho Consultivo do CONASS e gerente do Núcleo de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do CONASS.

³ Enfermeira, especialista em saúde pública, mestre em economia da saúde e farmacoeconomia pela Universidade Pompeu Fabra, mestranda em Saúde Coletiva pela UNB. Atualmente é Coordenadora de Núcleos Técnicos do Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

e com os mecanismos de gestão pública que integram o Estado brasileiro.

A multiplicidade de espaços participativos, incluindo as Conferências Nacionais – de Saúde e de Recursos Humanos – levantaram pontos fundamentais e estruturantes do campo e aprovaram grandes diretrizes consoantes às lutas políticas e a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB-RH), que espalhou-se por todo o país em oficinas que terminaram por embasar, com documentos e propostas concretas, o ciclo atual de reformas nessa área, com a participação dos representantes dos diferentes segmentos que integram a gestão participativa do SUS.

Esse é um contexto muito favorável à produção de mudanças na esfera pública no Brasil e na América Latina. É um momento de questionamento de modelos, que se reflete em revisões de políticas anteriores, construídas na década de 1990, caracterizadas como mais influenciadas pelo ajuste fiscal, e essa problematização deve contribuir para a produção de novos formatos de governança das áreas específicas que integram o sistema de saúde, notadamente a da Gestão do Trabalho.

Avanços têm sido alcançados por meio das Comissões Intergestores, nas Mesas de Negociação e nos inúmeros colegiados constituídos para a discussão das questões relativas à gestão do trabalho, com a representação dos entes federados e de segmentos importantes do governo e dos trabalhadores, gerando novas proposições.

É necessário desenvolver mecanismos próprios para melhorar o desempenho da gestão do trabalho na saúde indo além das grandes definições acordadas em fóruns e colegiados do setor. Isso implica reconhecer que há um consenso de que a política de gestão do trabalho na saúde é uma dimensão estratégica da gestão em saúde e que os organismos responsáveis pela sua condução devem bus-

car a institucionalização de sistemas de planejamento que deem conta da especificidade das matérias tratadas pela área, orientados por metas e objetivos institucionais, e que permitam aos gestores utilizá-los como instrumento importante de gestão e regulação da força de trabalho.

Além disso, o “novo” papel regulador do Estado aponta para a necessidade de instrumentos que possibilitem a tomada de decisões, o monitoramento e a avaliação da força de trabalho e que se configuram em elementos estratégicos para a gestão do trabalho: o planejamento, os sistemas de informação e o controle e o monitoramento da força de trabalho.

Planejar recursos humanos significa incluir essa temática no planejamento dos órgãos federais, estaduais e municipais e trazer para os fóruns de decisão política do SUS questões estratégicas como o financiamento dirigido à contratação e manutenção da força de trabalho; a qualificação dos trabalhadores e os programas de proteção à sua saúde, dando também atenção especial a um processo de modernização necessária aos sistemas que organizam essas questões, para tornar ágil e transparente as ações realizadas, e a comunicação com trabalhadores e demais órgãos dos sistemas federais, estaduais ou municipais que interagem com essas políticas.

O planejamento da força de trabalho é fundamental para definir o quantitativo, o perfil e a composição dos recursos humanos necessários para atingir os objetivos da organização, levando em consideração as alterações que vêm ocorrendo nos processos de trabalho e as restrições orçamentárias. As estratégias para captação e fixação dos trabalhadores devem ser bem definidas, para possibilitar o alcance do perfil desejado, seja por meio de processos seletivos ou da capacitação dos atuais trabalhadores. Atenção especial deve ser dada às mudanças do modelo

de atenção à saúde e às incorporações tecnológicas que ocorrem no interior do sistema, antecipando-se com estudos e produções de relatórios gerenciais que facilitem a tomada de decisão com relação a esses processos.

É importante lembrar que o processo de planejamento da força de trabalho deve incorporar atividades técnicas de caráter estratégico e gerencial que envolvam: a avaliação de mudanças futuras em relação ao ambiente externo e interno; a estimativa de recursos humanos condizentes ao cenário esperado para o futuro; a análise permanente da oferta de recursos humanos existentes, cotejando, com a oferta da formação, a existência de cursos e escolas em sua área de jurisdição, além das migrações prováveis por fatores diversos; a identificação de vazios de ofertas em áreas estratégicas e a elaboração de propostas de intervenção para eliminá-las ou minimizá-las, até mesmo no campo da educação e a dedicação à criação de estratégias de desenvolvimento pessoal e profissional, que mantenha um bom nível de motivação entre os trabalhadores do sistema como um todo.

É importante destacar que montar um sistema de planejamento inclui a definição de parâmetros considerando o conjunto da força de trabalho, definindo quais as modalidades de incorporação de pessoal a serem adotadas, quais as funções serão consideradas típicas de estado, quais as atividades devem ser terceirizadas, em que áreas e em que condições e, por fim, que parâmetros devem orientar a relação do estado com o mercado de trabalho em saúde. Essas definições têm um componente técnico e um componente político e as instâncias de planejamento são espaços importantes na construção de consensos e para o estabelecimento da política de recursos humanos, em articulação com os órgãos colegiados que atuam nessa área, representados, principalmente, pelas Mesas de Negociação.

No Brasil, é importante destacar que essas mudanças estão em andamento. A aprovação do Pacto pela Saúde, em 2006, abriu um caminho para essa construção, resultado de um esforço das três esferas de governo. Mais recentemente o Decreto 7.508, sancionado em 28 de junho de 2011, vem preencher uma lacuna no arcabouço jurídico do SUS, ao regulamentar, depois de 20 anos, a Lei 8.080/90, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, possibilitando o aprimoramento do Pacto Federativo contribuindo efetivamente, na garantia do direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros.

Finalmente vale destacar três princípios básicos do tema dos recursos humanos para os sistemas de saúde, elencados na Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, realizada em Toronto, Canadá, em 2006:

- os recursos humanos são a base dos sistemas de saúde. A contribuição do trabalhador é fator essencial para a melhoria da qualidade de vida e de saúde;
- o trabalho em saúde é um serviço público de responsabilidade social. É necessário o equilíbrio entre os direitos sociais e as responsabilidades dos trabalhadores da saúde e as responsabilidades dos cidadãos que merecem atenção e direito à saúde;
- os trabalhadores são protagonistas do desenvolvimento e melhoria do sistema de saúde. O desenvolvimento dos recursos humanos em saúde é um processo social, não exclusivamente técnico, orientado para a melhoria da situação de saúde da população e da equidade social, por meio de uma força de trabalho bem distribuída, saudável, capacitada e motivada. Esse processo social tem o conjunto dos trabalhadores de saúde como um dos seus principais protagonistas. ■



O Cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família

O livro apresenta o processo histórico de desenvolvimento da APS no Brasil e no mundo e trata da necessidade de reorganizar e integrar os serviços de saúde por meio das Redes de Atenção. Recomenda o estabelecimento de um novo ciclo para superação dos desafios estruturais para a Estratégia Saúde da Família e descreve o modelo de atenção às condições crônicas a ser desenvolvido no SUS, abordando tanto aspectos preventivos e de promoção da saúde quanto de gestão e gestão da clínica.



As Redes de Atenção à Saúde

O livro propõe a reflexão a respeito da necessidade de superar a fragmentação do sistema, de organiza-lo corretamente diante das condições crônicas, e de qualificar a Atenção Primária à Saúde como base e centro organizador das Redes de Atenção integral à saúde

Nos dias 24 e 25 de junho, o CONASS participou de atividades relativas à cooperação com a **COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA (CPLP)**, em Lisboa, da qual é observador consultivo. Na ocasião, foram debatidas com o Prof. Paulo Ferrinho, do Instituto de Higiene e Medicina Tropical de Lisboa, a programação do simpósio internacional da Conferência Luso-Francófona da Saúde (Colufuras), que acontecerá em Praia, Cabo Verde, de 5 a 9 de novembro deste ano, além da participação brasileira na oferta de cursos de especialização em Saúde Pública e Residência Médica, previstos para acontecer também em Praia, Cabo Verde, no ano de 2013. No dia 25, o CONASS integrou a lista de participantes da VI Reunião dos Observadores Consultivos com o Secretariado da CPLP.

Com a chegada do inverno e o aumento dos números de casos da gripe H1N1, o Ministério da Saúde facilitou o **ACESSO AO ANTIVIRAL OSELTAMIVIR (TAMIFLU)** e o retirou da lista de substâncias sujeitas a controle especial. A partir de agora, o remédio, que é usado no tratamento da gripe, passa a ser comercializado nas farmácias de todo o país como os demais medicamentos com receita médica simples, sem a necessidade de controle especial em duas vias (original e cópia). A medida tem o objetivo de facilitar o acesso da população ao medicamento. Com essa iniciativa, o Ministério da Saúde reforça o Protocolo de Tratamento de Influenza – 2011, que ratifica junto aos médicos a prescrição e a orientação para o acesso rápido ao antiviral.

O médico **WILSON FADUL**, formou-se pela Universidade Federal Fluminense e por concurso, ingressou na Aeronáutica. Iniciou sua vida política após ser perseguido pelos setores conservadores da Aeronáutica e tornou-se vereador, prefeito e deputado federal por três mandatos pelo estado do Mato Grosso. Com destacada ação nos acontecimentos políticos, participou de importantes decisões no cenário nacional. Ministro da Saúde durante o governo de João Goulart, realizou a 3.^a Conferência Nacional de Saúde, na qual, com pioneirismo, propunha uma política de saúde que fortaleceria a gestão pública e na qual já se enfatizava a municipalização. A ditadura de 1964 impediu a publicação dos anais dessa conferência, só resgatados na década de 1990, por iniciativa do movimento de saúde do PDT. Fadul era reconhecido por sua liderança, sua ética, sua coerência e seu saber. Wilson Fadul faleceu no fim do ano passado.

No dia 13 de maio, foi lançado pela presidenta Dilma Rousseff o programa **BRASIL CARINHOSO**. Com o objetivo de beneficiar aproximadamente 2 milhões de famílias que tenham crianças de até seis anos, influenciando na formação dessas crianças, o programa integra o Bolsa Família. A meta é atender a famílias que vivem em condições de extrema pobreza, cuja renda mensal é geralmente inferior a R\$ 70,00 reais. Saiba mais sobre o Brasil Carinhoso no site: <http://brasilcarinhoso.net/>

Mais Curtas podem ser acompanhadas nas Redes Sociais!



Siga
twitter.com/CONASSoficial



Adicione
facebook.com/conassoficial

consensus

Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

PRESIDENTE

Wilson Duarte Alecrim (AM)

VICE-PRESIDENTES

Região Centro Oeste: Beatriz Dobashi (MS); **Região Nordeste:** Jorge José Santos Pereira Solla (BA); **Região Norte:** Hélio Franco de Macedo Júnior (PA); **Região Sudeste:** Sérgio Côrtes (RJ); **Região Sul:** Ciro Simoni (RS).

COMISSÃO FISCAL

Titulares: Lillian de Almeida Nunes Martins (PI), Waldson Dias de Souza (PB), Lineu Facundes (AP); **Suplentes:** Michele Caputo Neto (PR), Raimundo José Arruda Bastos (CE), Nicolau Esteves (TO).

REPRESENTANTES DO CONASS

na Hemobrás: Antônio Carlos dos Santos Figueira (PE); **na Anvisa:** Michele Caputo Neto (Titular, PR), Viviane Rocha de Luiz (Suplente, assessora técnica do CONASS).

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

Alexandre de Melo Toledo (AL); Antônio Carlos dos S. Figueira (PE); Antonio Faleiros (GO); Antônio Jorge de S. Marques (MG); Beatriz Figueiredo Dobashi (MS); Ciro Carlos Emerim Simoni (RS); Dalmo Claro de Oliveira (SC); Ermani Maia (PI); Gilvan Ramos de Almeida (RO); Giovanni Guido Cerri (SP); Hélio Franco de Macedo Júnior (PA); Isau Gerino Vivalda da Silva (RN); Jorge José Santos Pereira Solla (BA); José Tadeu Marino (ES); Leocádio Vasconcelos Filho (RR); Lineu Facundes (AP); Michele Caputo Neto (PR); Nicolau Esteves (TO); Rafael de Aguiar Barbosa (DF); Raimundo José Arruda Bastos (CE); Ricardo Murad (MA); Sérgio Luiz Côrtes (RJ); Sílvio Alves dos Santos (SE); Suely de Souza Melo da Costa (AC); Vander Fernandes (MT); Waldson Dias de Souza (PB); Wilson Alecrim (AM).

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

O 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, Gilson Cantarino, Jurandi Frutuoso, Ricardo F. Scotti, René Santos, Rita Cataneli e Tatiana Rosa

JORNALISTA RESPONSÁVEL

Adriane Cruz | RP 7672 DF

PROJETO GRÁFICO

Clarice Lacerda
Thales Amorim

DIAGRAMAÇÃO

Clarice Lacerda
Thales Amorim

IMPRESSÃO

Gráfica Positiva

TIRAGEM

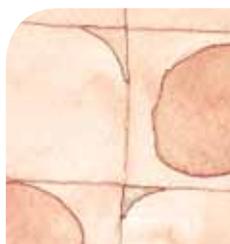
9.000 exemplares

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

Ed. Terra Brasilis
Setor de Autarquias Sul
Quadra 1, Bloco N, Sala 1404
CEP: 70070-010 – Brasília-DF



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE