

ano II, número 5
julho, agosto e setembro de 2012
www.conass.org.br

consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE



MOVIMENTO SAÚDE + 10
ASSINE PELA SAÚDE DO BRASIL

consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE
Ano II | Número 5 | Julho, Agosto e Setembro de 2012



CAPA DE DANIEL MACEDO

6

consensus entrevista

Nesta edição da Revista Consensus, o consultor do Ipea, Sérgio Piola, fala sobre o subfinanciamento do sistema e sobre os gastos públicos em saúde no Brasil

12

matéria de capa

Movimento Saúde + 10 – uma iniciativa que visa recolher assinaturas em todo o país para apresentar um Projeto de Lei de Iniciativa Popular que garanta mais recursos para o SUS

22

saúde em foco

Ceará e Mato Grosso do Sul assinam o Contrato Organizativo da Ação Pública

26 institucional

O desafio da Atenção às Condições Crônicas de Saúde

34 opinião

Eleições municipais e a problemática da descontinuidade das políticas públicas de saúde, por Maria Célia Delduque

38 curtas

O Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública – Saúde +10 – tem como objetivo coletar assinaturas para um Projeto de Lei de Iniciativa Popular que assegure o repasse efetivo e integral de 10% da Receita Corrente Bruta da União para a saúde pública brasileira, alterando-se, dessa forma, a Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012.

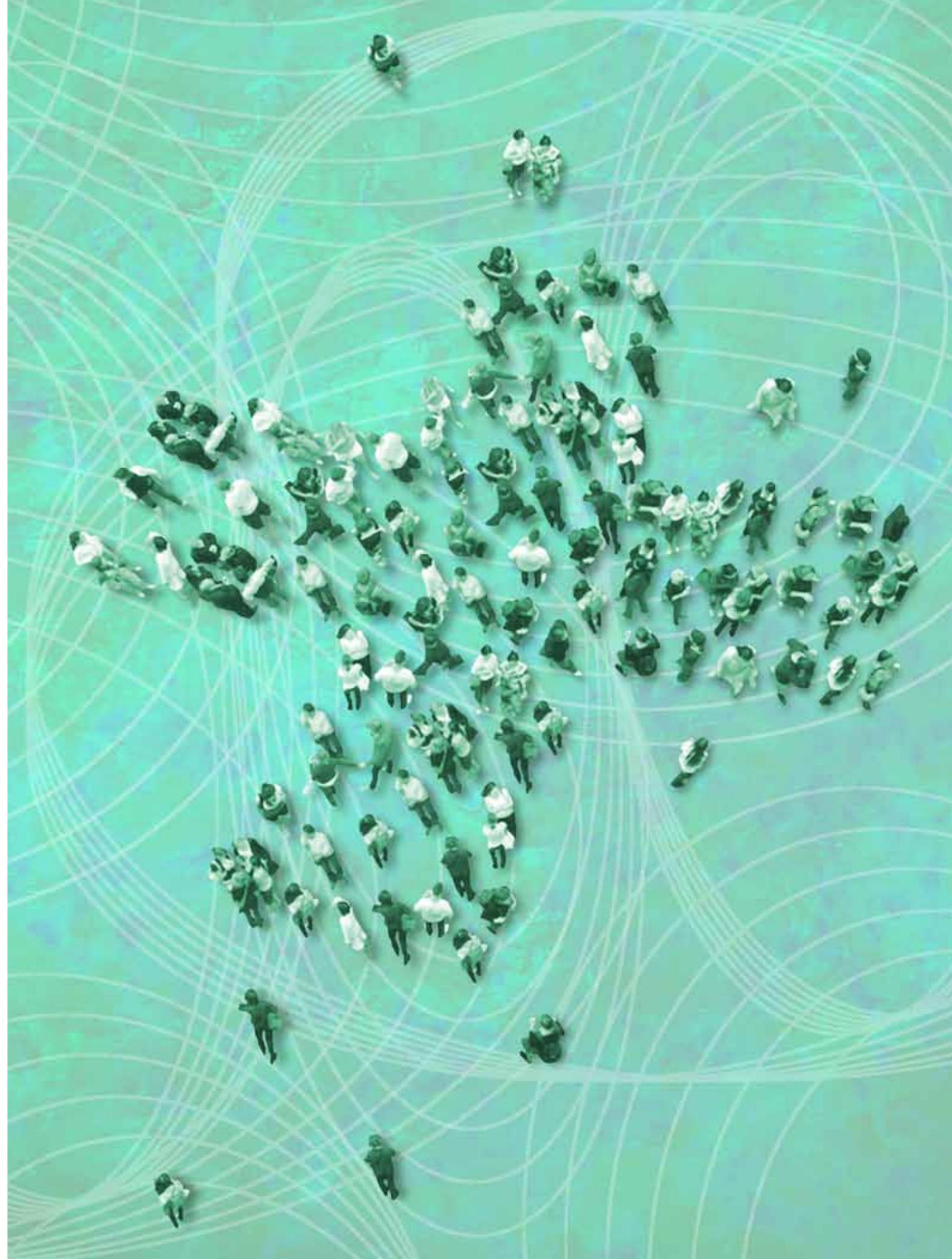
Motivo de caminhada do CONASS pelo país a fora, o movimento representa mais que uma luta para recompor os recursos para a saúde: é, também, uma oportunidade de retomar a consciência política da sociedade para a defesa do Sistema Único de Saúde, que, desde a sua criação, busca formas de financiamento suficiente e sustentável que garantam o direito constitucional à saúde para todos os brasileiros.

Com a postura de quem sempre lutou pela consolidação desse sistema de saúde que é universal e gratuito, o CONASS, juntamente com mais de cem entidades, toma para si a tarefa de mobilizar a sociedade brasileira em torno dessa causa.

Garantir 10% da Receita Corrente Bruta da União para o SUS é proporcionar avanços nos desafios da universalização, da integralidade e da equidade. É garantir mais de 1 milhão de internações por mês, mais de 100 milhões de habitantes cobertos pela atenção primária à saúde, mais de 3,2 bilhões de procedimentos ambulatoriais, mais de 500 milhões de consultas médicas por ano, o recorde mundial de transplantes de órgãos realizados na rede pública, entre outras tantas melhorias que o Sistema Único de Saúde tem proporcionado a quem dele necessita.

Em 2013, ao encaminharmos 1,5 milhão de assinaturas ao Congresso Nacional, vislumbraremos um novo horizonte para o SUS, com estados, municípios e, principalmente, a União aplicando em saúde o que lhes é de fato responsabilidade. Só assim, seremos capazes de fazer valer o que está escrito na Constituição Federal: a saúde é direito de todos e dever do Estado.

Assine você também e ajude a fortalecer a saúde do Brasil!



ENTREVISTA

Sérgio Piola

Médico sanitário, especialista em Saúde Pública, consultor do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e pesquisador colaborador do Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília. Esse é Sérgio Francisco Piola, o convidado desta edição para o Consensus entrevista. Com trabalhos publicados no campo da política e financiamento da saúde, Piola falou com exclusividade a nossa equipe sobre o subfinanciamento do SUS, sobre gastos públicos com saúde, sobre a Lei n. 141/12, entre outros assuntos e ainda opinou sobre o futuro do SUS e dos sistemas universais de saúde.



Foto: Arquivo pessoal

Consensus Desde a Constituição de 1988 e a criação do SUS, o tema do subfinanciamento é recorrente e tem sido objeto de debates. Afinal, o subfinanciamento do SUS existe? Como isso pode ser demonstrado para a sociedade brasileira?

Piola Usualmente, o subfinanciamento do SUS é demonstrado comparando-se os níveis de gasto público no Brasil com o encontrado em outros países, que também têm sistemas de acesso universal. Nessa comparação, estamos em desvantagem. No Brasil, o gasto do Sistema Único Saúde (SUS) foi de aproximadamente 3,7% do PIB, em 2009 — nos países que também têm esse tipo de sistema, o gasto público é, em média, correspondente a 6% do PIB.

Outro tipo de comparação comumente feita é entre o gasto per capita do SUS e a receita per capita do segmento de planos e seguros privados de saúde. Segundo dados de 2009, o gasto per capita do SUS, para toda a população brasileira, foi de cerca de R\$ 650,00, enquanto a receita per capita do segmento de planos e seguros privados foi de aproximadamente R\$ 1.490,00, ou seja, 2,3 vezes maior.

Consensus Os países com sistemas universais de saúde têm proporcionalmente gastos públicos com saúde maior que o privado. É uma questão de prioridade desses governos?

Piola Uma maior participação de fontes públicas no financiamento da saúde, na quase totalidade dos países que possuem sistemas de acesso universal, foi construída ao longo de décadas, como consequência de políticas públicas que reconhecem a saúde como componente importante de um sistema de bem-estar social. É resultante de uma escolha das sociedades em favor de partidos políticos mais aproximados ao ideário socialista e social-democrata. Um estudo de Vicente Navarro, publicado em 2006 na revista *The Lan-*

cet, discute o tema de resultados em saúde, políticas públicas e tradição política. Parece também ser a escolha mais eficiente, uma vez que sistemas com maior participação pública no financiamento e com maior regulação pública alcançam, geralmente, melhores resultados em termos do impacto relativo sobre causas evitáveis de mortalidade, conforme demonstra o estudo *Financing Health Care in the European Union*, elaborado por Sarah Thomson, Thomas Foubister e Elias Mossialos, em 2009, para o *European Observatory on Health and Policies*.

Não é preciso ser nenhum grande especialista da área da saúde para concluir que a gestão dos recursos precisa ser melhorada no SUS. Mas isso não deve servir de argumento para protelar uma política sustentada de aumento de recursos para o SUS.

Consensus Muito se fala de que um problema a ser enfrentado é a melhoria da gestão

na saúde. Isso não tem a ver com a qualidade do gasto e, conseqüentemente, com o financiamento do SUS?

Piola Melhorar a qualidade do gasto é uma obrigação intransferível de todo o administrador de recursos públicos. Afinal, os recursos, tanto financeiros quanto físicos, são sempre limitados, para não dizer escassos, e todo desperdício significa privar pessoas de algum tipo de atenção ou de serviços de melhor qualidade. Não é preciso ser nenhum grande especialista da área da saúde para concluir que a gestão dos recursos precisa ser melhorada no SUS. Mas isso não deve servir de argumento para protelar uma política sustentada de aumento de recursos para o SUS. Não deve servir de justificativa para comprimir sistematicamente os recursos da saúde pública, transformando em teto, principalmente no âmbito do Governo Federal, a aplicação mínima prevista na EC 29, ou seja, não adianta apenas cumprir, e muito mal, a obrigação.

Consensus De quanto, na sua opinião, deveria ser o valor do gasto público em saúde no Brasil?

Piola É difícil se estabelecer um valor. Antes de mais nada, se teria de discutir as prioridades, as políticas e as estratégias do setor. Mas se é para dar uma opinião, arrisco 6% do PIB que, como disse, é a média encontrada nos países que possuem sistemas universais. Contudo, o importante é manter um compromisso com o crescimento sustentado dos recursos. Com a EC 29, o gasto do SUS passou de 2,89% do PIB, em 2000, para 3,65% do PIB, em 2010. Foram 0,66 pontos percentuais em 10 anos. Melhor que nada, mas repetido o comportamento de só cumprir a obrigação, sem efetiva prioridade para o setor, só chegaremos perto dos 6% para o gasto público com saúde daqui a 20 anos.

Consensus É possível haver um equilíbrio no financiamento público em saúde dian-

te de um cenário econômico internacional cheio de incertezas? Os países com sistemas universais e com alto gasto público em saúde conseguirão manter o atual patamar de investimentos?

Piola Espero que sim. Afinal, o cenário internacional desfavorável, como em outras oportunidades, acaba se resolvendo. O problema é que, internamente, o Brasil sempre deixa muita coisa por fazer. Perdem-se oportunidades, sobretudo nos momentos em que a maré da economia está mais favorável. Em relação aos sistemas universais, sobretudo os europeus, em um futuro próximo, não poderão ser mantidos os mesmos níveis de crescimento. Isso já vem acontecendo em diversos países da Europa. De uma maneira geral, o ajuste fiscal acaba levando a corte nos gastos com saúde que se reflete em racionamento da oferta.

Consensus Nos últimos 10 anos, a participação proporcional do Governo Federal diminuiu em relação à dos estados e dos municípios. Isso é reflexo da EC 29 e da não vinculação de receitas da União?

Piola Em 2000, quando a EC 29 foi aprovada, a União era responsável por quase 60% do gasto com ações e serviços públicos de saúde e os estados e os municípios, por 40%. No início dos anos 1990, a participação federal era ainda maior. Alguns estudos situavam essa participação em cerca de 75% dos gastos públicos com saúde. No início dos anos 2000, também no início da implementação da EC 29, o gasto médio dos estados com ações e serviços públicos de saúde era de 7% da receita disponível dessa esfera de governo. O gasto médio dos municípios era, percentualmente, um pouco maior. Era muito difícil que a mesma estrutura percentual de distribuição do gasto público fosse mantida. Em outras palavras, a mesma estrutura de participação do financiamento só seria mantida se a vinculação tivesse sido feita sobre a mesma base.

Mas um dos objetivos da EC 29, mesmo que não claramente explicitado, era aumentar a participação de estados e municípios no financiamento do SUS. E isso ela alcançou. Voltar a uma distribuição de 75% do gasto por parte de fontes federais é muito difícil e acho que nem seria possível. Contudo, se em 2009 estivesse em vigor a regra de que o gasto federal no SUS fosse equivalente a 10% da receita corrente bruta da União, o gasto total do SUS teria sido de R\$ 172,2 milhões e a participação

(...) no entanto, o financiamento público da saúde é afetado por decisões políticas, macroeconômicas, pelos arranjos institucionais e pelas decisões sobre o modelo de proteção social brasileiro. Será também afetado pelas posições mais ou menos favoráveis de atores importantes – partidos políticos, sociedade civil organizada e outros segmentos sociais – em prol do sistema público de saúde.

da União teria sido de 59,9%, praticamente o mesmo percentual do ano 2000.

ConsensusA Lei n. 141/2012 manteve a atual sistemática do crescimento nominal do PIB para a União. O que podemos esperar para os próximos anos na área da saúde pública em razão disso?

Piola O que esperar na área de financiamento público da saúde depende de muitas variáveis. Em um excesso de simplificação, pode-se dizer que o volume do financiamento público da saúde depende do comportamento da economia, ou seja, da ocorrência de maiores ou menores taxas de crescimento da economia nos próximos anos. E isso vale tanto para a sistemática de correção pelo crescimento nominal do PIB quanto para a tão desejada sistemática de vinculação a um percentual de receitas, porque estas também guardam relação com o crescimento do PIB. De forma mais ampla, no entanto, o financiamento público da saúde é afetado por decisões políticas, macroeconômicas, pelos arranjos institucionais e pelas decisões sobre o modelo de proteção social brasileiro. Será também afetado pelas posições mais ou menos favoráveis de atores importantes – partidos políticos, sociedade civil organizada e outros segmentos sociais – em prol do sistema público de saúde. Mas para isso, o SUS terá de ganhar corações e mentes, de forma que a sociedade perceba que pode utilizar e contar com serviços públicos de qualidade, reduzindo o desejo por serviços intermediados por planos e seguros de saúde.

Consensus Na sua opinião, 10% da receita corrente bruta da União para a saúde seria um mudança significativa para atingirmos a integralidade e a universalidade da Constituição de 1988?

Piola Em 2009, seriam R\$ 30 bilhões a mais. Isso não é pouco dinheiro. Pode ser pouco diante das necessidades acumuladas, mas pode ser recurso em excesso diante da arrai-

gada incapacidade de gastar com qualidade. Contudo, eu não tenho dúvida de que poderia ser um estímulo importante para se assegurar o acesso universal e um atendimento o mais integral possível.

Consensus Mesmo que se tenha um financiamento adequado, a atual forma de distribuição dos recursos federais é suficiente para enfrentarmos as desigualdades regionais existentes no Brasil?

Piola As desigualdades regionais não podem ser adequadamente enfrentadas apenas por meio da distribuição de recursos federais para a saúde, ou seja, desigualdades regionais mais agudas não se resolvem com a ação exclusiva do setor saúde. Ademais, algum grau de desigualdade regional sempre vai existir. A questão é qual o grau de desigualdade que a sociedade julga inevitável.

Mas pensando só na saúde, mesmo com aumento dos recursos federais, se for mantida a atual forma de distribuição de recursos, as desigualdades regionais não diminuirão de forma significativa. Diminuir de forma mais sustentada as desigualdades requer investimentos em infraestrutura, na organização de serviços e melhor equacionamento da questão de distribuição de recursos humanos.

Não adianta simplesmente fazer mais do mesmo. Comparando a distribuição dos recursos públicos alocados pelas três esferas em 2000 e 2010, constata-se que houve crescimento real dos gastos públicos em todas as regiões, mas as desigualdades na distribuição dos gastos públicos em saúde reduziram-se muito pouco. Se tomarmos só a distribuição dos recursos federais em 2000 e 2010, o resultado é o mesmo, ou seja, o efeito redistributivo foi pequeno.

Consensus Qual o futuro do SUS e dos sistemas universais de saúde? É possível projetar como estaremos daqui a 10 anos?

Piola Eu vejo com otimismo o futuro dos sis-

Eu vejo com otimismo o futuro dos sistemas universais de saúde, principalmente porque cada vez mais surgem evidências de que esses sistemas, por terem maior participação pública no financiamento e na regulação, produzem melhores resultados de saúde com menor nível de dispêndios.

temas universais de saúde, principalmente porque cada vez mais surgem evidências de que esses sistemas, por terem maior participação pública no financiamento e na regulação, produzem melhores resultados de saúde com menor nível de dispêndios. Sobre esse aspecto, recomendo a leitura da publicação de Sarah Thomson que citei anteriormente. É difícil projetar como estaremos daqui a 10 anos. São tantas as variáveis que contribuem para o desenho do futuro. Mais importante, no entanto, é termos consciência de que futuro estamos construindo com o que fazemos ou deixamos de fazer hoje.

Movimento Saúde +10 ganha força e se espalha em todo o país

TATIANA ROSA

Iniciativa visa recolher assinaturas em todo o país para apresentar Projeto de Lei de Iniciativa Popular no Congresso Nacional, que repassa 10% das Receitas Correntes Brutas da União para a saúde

Em 2012, o Sistema Único de Saúde completa 24 anos e, desde então, luta por um financiamento sustentável que garanta à população o direito constitucional à saúde de maneira universal, equânime e integral, conforme fora pensado por seus idealizadores durante a reforma sanitária brasileira.

A Emenda Constitucional n. 29, aprovada no ano 2000, definiu percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde. No entanto, sua regulamentação, ocorrida 11 anos depois, e a Lei Complementar n. 141/2012 frustraram a expectativa de gestores, militantes, profissionais de saúde e todos aqueles que defendem o SUS, pois não contemplaram a proposta de se alocar na saúde o percentual de 10% das Receitas Correntes Brutas da União.

Dessa forma, no dia 17 de abril deste ano, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde agregou-se a mais uma causa: o Movimento Saúde +10, que cria o Projeto de Lei de Iniciativa Popular o qual visa rever a Lei Complementar n. 141/2012 e propõe, entre outras medidas, o investimento de 10% da Receita Bruta Corrente da União na saúde pública. A iniciativa, fruto de parceria entre a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), conta ainda com o apoio da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conase-

ms), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Fórum Sindical dos Trabalhadores (FST), da Força Sindical, da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Saúde (CNTS), da Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar), da Pastoral da Saúde e de diversas entidades do setor.

Para que o Projeto de Lei de Iniciativa Popular chegue ao Congresso, será necessária a adesão mínima de 1% da população eleitoral nacional, mediante assinaturas, distribuídas por pelo menos cinco unidades federativas, e no mínimo 0,3% dos eleitores em cada uma dessas unidades. Segundo o Tribunal Superior Eleitoral, o número de eleitores do Brasil, em julho de 2010, era de 135,8 milhões. Portanto, o número mínimo de assinaturas para um projeto de iniciativa popular seria de 1,36 milhão. As assinaturas só valerão se forem acompanhadas de nome completo e legível, endereço e dados identificadores do título eleitoral.

Para o presidente do CONASS e secretário de Estado da Saúde do Amazonas, Wilson Alecrim, o movimento não visa apenas ao aumento de recursos para o SUS, mas configura-se como movimento de defesa do Sistema. “Essa iniciativa representa o exercício da cidadania de cada um que nele se envolve, de cada um que vai assinar aquele documento

para compor mais de 1,5 milhão de assinaturas”, afirmou.

Segundo ele, o Sistema Único de Saúde tem muitos avanços e ganhos significativos, principalmente quando comparado ao quadro sanitário que o antecedeu. “Muitos de nós, entre os quais me incluo, nasceram como excluídos das políticas públicas de saúde. Hoje, o SUS tem propiciado, por meio de todos os benefícios que oferece às populações, a inclusão social de todos os brasileiros.”

Para o secretário, ao mesmo tempo em que se reformula e se visiona uma releitura e uma reinterpretação do formato de gestão, há a necessidade de se oferecer sustentabilidade a esses formatos, o que não será possível sem financiamento. “Deu para entender bem a distância entre o que nós temos e o que precisamos. Vejam o dilema com o qual nós encontramos. A nenhum de nós, por mais difícil que seja de imaginar, é concebível ser a favor das filas para internação hospitalar e tantas outras deficiências que temos no Sistema.”

Wilson Alecrim fez questão de reforçar que a iniciativa não pode ser entendida como um movimento político partidário, embora esteja inserido na agenda política do país, mas lembrou que é importante que as lideranças políticas estejam inseridas no movimento quando as assinaturas chegarem ao Congresso Nacio-



Da esquerda para a direita: Wilson Alecrim, presidente do CONASS e Antonio Carlos Nardi, presidente do Conasems

nal. "Isso é importante para que possamos fazer valer a pena o esforço que temos feito. Tenho certeza de que faremos o mesmo caminho que foi feito para que aqueles que não procedem corretamente com a lisura de quem ocupa cargo público não possam continuar sendo candidatos, como foi com a Ficha Limpa."

Para o presidente do Conasems, Antônio Carlos Nardi, a saúde pública do Brasil merece o movimento, que precisa ser capilarizado, pois é uma iniciativa a favor do SUS.

Nardi lembrou que os municípios do país já investem além daquilo que lhes é obrigatório por lei. Segundo ele, o gasto em saúde deve ser considerado um investimento. "Gastar com vidas não é gasto, e sim investimento. Nós estamos investindo na melhoria das condições de vida da população brasileira, assim como os estados da Federação também estão."

Para ele, é preciso que cada cidadão brasileiro coloque a sua assinatura no abaixo-assinado para, dessa forma, o projeto de lei ser levado ao Congresso Nacional. "Vamos mostrar que o SUS pode mais e é este o Sistema que nós queremos. É este SUS que nós vivemos e defendemos."

O presidente do Conasems lembrou ainda que, desde o início da campanha eleitoral, o SUS tem sido exposto e destacou que o movimento não pleiteia dinheiro para municípios e estados, mas sim recursos para serem agregados ao orçamento da União.

Florentino Cardoso, presidente da AMB, concorda que o SUS tem vários problemas, mas ressalta que o mais importante e impactante deles é o subfinanciamento. "Tínhamos uma enorme expectativa com a regulamentação da Emenda Constitucional n. 29, mas vimos-nos decepcionados com o desfecho. O Governo Federal, quem mais arrecada em impostos/tributos no país, precisa aumentar sua participação nos recursos para a saúde pública. Nossa defesa é que a União coloque pelo menos 10% da Receita Corrente Bruta na saúde", reforçou.

Cardoso acredita que o Projeto de Lei de Iniciativa Popular vai possibilitar também que o povo saiba a força que tem e ajude a melhorar os rumos do Brasil. "Nossa expectativa, não somente da AMB, mas de todas as entidades que apoiam e assinam esse projeto, é a melhor possível. Juntos, podemos melhorar

o atual cenário da saúde pública brasileira. Nossa força e a pressão vão sensibilizar deputados e senadores, pois será a maior oportunidade que teremos para melhorar o financiamento do SUS."

O presidente da AMB enfatizou que, desde o seu lançamento, em fevereiro deste ano, já foram arrecadadas cerca de 500 mil assinaturas. "A cada dia, engajam-se novas pessoas. É um projeto do povo e para o povo."

Para ele, a adesão da sociedade é maciça e não existe ninguém dizendo que não assina o projeto. "Quem não quer mais recursos na saúde pública brasileira? Com mais recursos, melhor gestão e combate à corrupção, teremos o SUS que sonhamos. A sociedade vai mostrar a sua força com milhares de assinaturas ao projeto", e finalizou: "Sinto que a população está mobilizada, pois não aguenta mais passar por tanto sofrimento, especialmente em longas e demoradas filas de espera para consultas, exames, cirurgias. Juntos, a população, os profissionais de saúde e os bons gestores, mudarão esse cenário. Vamos ter um SUS realmente para todos, com amplo e rápido acesso e com qualidade".

Para o médico pediatra e de Saúde Pública, Gilson Carvalho, para se entender o significado do Movimento Saúde+10, é necessário conhecer o grande problema do SUS que é o subfinanciamento. Sem dinheiro para a execução do SUS, é impossível que se faça saúde pública suficiente e eficiente com universalidade e integralidade", explicou.

Carvalho fez um retrospecto do histórico da luta por um financiamento adequado para a saúde, passando pela proposta inicial da Constituição Federal, que previa 30% dos recursos da União para a saúde, pela aprovação e pela regulamentação da Emenda Constitucional n. 29, no ano 2000 e 2011, respectivamente, até a promulgação da Lei Complementar n. 141, em janeiro deste ano. "A LC n. 141/2012 trouxe o mesmo do mesmo

em relação ao financiamento da União para a saúde. O Projeto de Lei de Iniciativa Popular, que propõe 10% da RCB da União para a saúde, é uma tentativa de fazer pressão sobre o Congresso à mesma maneira que ocorreu com o Projeto da Ficha Limpa."

O médico ressaltou que a Constituição sacramenta a defesa de que a saúde deve ser financiada pelas três esferas de governo.

Gilson Carvalho destacou ainda que o Movimento, além de buscar mais dinheiro para a área de saúde, está, também, mobilizando a população em defesa da saúde. "Um dos problemas cruciais do SUS é que ele não tem empolgado mais a população em sua defesa.

Aquilo que fora uma prática à época da sua construção, na qual todos tínhamos desejo e esperança de ter um sistema de saúde público e solidário, universal e com integralidade, deixou de sê-lo nos últimos anos."

Apoio fora do setor saúde

Além da adesão de mais de 80 entidades ligadas ao setor de saúde, o Movimento Saúde+10 conta ainda com o apoio da OAB e da CNBB.

Gilson Carvalho, médico pediatra e de Saúde Pública





sunto muito a sério, tanto que criamos uma Comissão Especial para tratar de Direito Sanitário e Saúde”, afirmou em entrevista à Revista Consensus.

Segundo Cavalcante, o SUS foi concebido a partir do conceito preconizado na Constituição Federal que diz que a saúde é um bem comum, um direito universal e um dever do Estado, mas, infelizmente, não tem recebido, do próprio Estado, a atenção merecida.

Cavalcante acredita que o movimento deve despertar a consciência do país em relação à consciência sanitária, pois simboliza a vontade da grande maioria da população. “Precisamos levar em conta que cerca de 70% dos brasileiros dependem da saúde pública e que, atualmente, a União não é obrigada por lei a destinar qualquer percentual fixo de sua receita para o SUS, assim como são estados e municípios são (que têm de repassar 12% e 15%, respectivamente, de suas receitas). Logo, se não nos mobilizarmos, o quadro só vai piorar.”

Para o presidente, assim como aconteceu com a Lei da Ficha Limpa, o Movimento Saúde +10 precisa de forte mobilização. “A Lei da Ficha Limpa foi o quarto projeto de iniciativa popular aprovado e sancionado pelo Executivo. Todos eles foram resultados de forte mobilização ante a inércia do Congresso Nacional. É um expediente importante, que não pode ser banalizado. No caso da saúde, trata-se de um problema de forte repercussão e que afeta a todos, indistintamente. Se queremos um lugar entre as nações desenvolvidas, esse caminho passa, necessariamente, pela saúde”, finalizou.

Tendo como tema da Campanha da Fraternidade 2012 (CF 2012) “Fraternidade e Saúde Pública”, a CNBB também manifestou apoio ao movimento. Em entrevista à nossa equipe, o presidente da confederação, Dom Raimundo Damasceno, lembrou que o texto-base da campanha argumenta que a saúde pública necessita de mais investimentos pú-

blicos, pois hoje a população brasileira já arca com mais da metade dos gastos em saúde.

Para a CNBB, os termos estabelecidos para o financiamento da saúde pública após a votação da EC n. 29 não resolveram o problema do subfinanciamento, pois não acrescentaram verbas para a área. “Nesse sentido, os Bispos reunidos na última Assembleia, em Aparecida, decidiram que a CNBB comporia o Movimento Saúde +10 e se empenharia na coleta de assinaturas. Este trabalho envolve as Dioceses e as Paróquias da Igreja, as quais já começaram a enviar folhas com as assinaturas. Esperamos que nossa contribuição, somada às demais, seja suficiente para a reabertura da discussão sobre a saúde pública no Congresso Nacional”, afirmou o presidente.

Ainda segundo ele, a CF 2012 procurou esclarecer e mobilizar as pessoas sobre a proposta do SUS, visando à sua consolidação, pois, apesar de avanços obtidos na saúde pública em geral, o SUS ainda apresenta deficiências. “Esperamos que a população tenha compreendido que o melhor para a saúde pública é o fortalecimento do SUS, que passa pelo seu justo financiamento e, assim, poderemos superar essa desigualdade que acrescenta sofrimentos aos enfermos e a seus familiares”, enfatizou.

Dom Damasceno ressaltou que a realização da Campanha com o tema incidindo sobre a saúde pública foi grande contribuição à sociedade, pois potencializou os necessários debates sobre essa realidade e encorajou algumas ações, como a coleta de assinaturas, reivindicando a reabertura da discussão sobre seu financiamento.

Mobilizações nos estados

Desde o seu lançamento, o CONASS tem incentivado, em suas Assembleias, a promoção do Movimento em todos os estados da Federação. O primeiro a mobilizar-se em favor da iniciativa foi o estado de Pernambuco que, no



Dom Raimundo Damasceno, presidente da CNBB

Para o presidente nacional da OAB, Ophir Cavalcante, o movimento é importante na medida em que insere um tema à margem da agenda nacional no centro das discussões. “Precisamos, porém, do engajamento efetivo da sociedade civil organizada, por intermédio de suas entidades representativas. No âmbito da Ordem dos Advogados, levamos esse as-

Ophir Cavalcante, presidente nacional da OAB



Florentino Cardoso, presidente da AMB

dia 13 de julho, promoveu grande ato que chamou a atenção de sua população para a coleta de assinaturas em prol do projeto de lei em questão. O presidente do CONASS, Wilson Alecrim, esteve presente na cerimônia.

Para o secretário estadual de Saúde de Pernambuco, Antonio Carlos Figueira, ampliar os repasses da União para a saúde é grande desafio. “Começamos a mobilização por uma região que tem o costume de enfrentar questões como essa e temos certeza de que vamos vencer”, afirmou. Figueira conclamou as cerca de 500 pessoas que participaram do ato. “Temos de pensar o que cada gestor ou profissional de saúde pode fazer para atingir essa meta. Contou com o apoio das Secretarias Municipais de Saúde do estado e o empenho de todos, até mesmo pelas mídias sociais, para convocar toda a população a assinar este abaixo-assinado”, reforçou.

No dia 10 de agosto, foi a vez de o Ceará se mobilizar. O evento em apoio ao Movimento Saúde +10 recebeu adesão do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará (Cosems/CE) e da Secretaria de Saúde do Ceará (Sesa).

Populares assinam o abaixo-assinado durante a mobilização no Ceará



Paranaenses também assinaram o abaixo-assinado



Para o secretário da Saúde do Estado, Arlinda Bastos, "o movimento não é apenas de gestores e profissionais da saúde, mas de todo e qualquer cidadão que deseja melhoria na saúde pública do Brasil e do Ceará", defendeu.

Ainda no mês de agosto, outros dois estados também promoveram a iniciativa: Paraná e Mato Grosso do Sul.

A mobilização Paraná Saúde +10, ocorrida no dia 23, foi comandada pelo Conselho Estadual de Saúde, pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná e pela

Secretaria de Estado da Saúde.

De acordo com o secretário da Saúde do Paraná, Michele Caputo Neto, a Lei de Iniciativa Popular será uma conquista do povo brasileiro. "Esta é uma luta em benefício do SUS e da população". Caputo Neto enfatizou que pela primeira vez, em 2012, o governo do Paraná investiu os 12% previstos em saúde, o que significou R\$ 340 milhões a mais no orçamento.

Em Mato Grosso do Sul, a solenidade de apoio ao movimento aconteceu no dia 28, data em que os secretários reuniram-se tam-

Foto: Arquivo SES/CE e SES/PR



Na Bahia, o Movimento Saúde + 10 foi lançado durante o Fórum Nordeste de Gestão em Saúde



Solenidade em apoio ao Movimento ficou repleta de gestores e profissionais de saúde em Mato Grosso do Sul

bém para a Assembleia do CONASS. Para a secretária de Estado da Saúde do Mato Grosso do Sul, Beatriz Dobashi, o movimento é importante para todos que lutam pela efetivação do SUS. Segundo ela, é preciso mobilizar não só as pessoas que trabalham no SUS, mas a sociedade como um todo. "Precisamos chamar a atenção daquelas pessoas que são usuárias e que precisam valorizar o sistema de saúde que possuem, pois ele é o nosso patrimônio."

O estado mais recente a promover a campanha foi a Bahia, quando, na abertura do

Fórum Nordeste de Gestão em Saúde, o secretário Estadual de Saúde, Jorge Solla, lançou o movimento no estado.

Acesse no portal do CONASS (www.conass.org.br) o Manifesto do Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública e o Formulário de Assinaturas. Participe! Assine pela Saúde! Acesse também o site do movimento: www.saudemaisdez.org.br

Foto: Arquivo SES/BA e Assomasul

MAIS DE

100 MILHÕES

de habitantes cobertos pela atenção primária



3,2 BILHÕES 

de procedimentos ambulatoriais por ano

1 MILHÃO 

DE INTERNAÇÕES POR MÊS

 MAIOR REDE DE BANCO DE LEITE
HUMANO DO MUNDO

 **500 MILHÕES**

de consultas por ano

MAIOR NÚMERO DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS REALIZADOS NA REDE PÚBLICA NO MUNDO 

90%

DO MERCADO DE VACINAS
SÃO MOVIMENTADOS PELO SUS

80%

DE INVESTIMENTOS EM
TRATAMENTO DE CÂNCER NO BRASIL

ATUA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL, POR MEIO DA ANVISA, INCLUSIVE NOS PORTOS, AEROPORTOS E FRONTEIRAS.

A QUALIDADE DOS ALIMENTOS E MEDICAMENTOS QUE NÓS CONSUMIMOS TAMBÉM É GARANTIDA PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA.



Este é o **SUS** - Sistema Único de Saúde - Um dos maiores sistemas de saúde do mundo e **direito** de todos os cidadãos brasileiros.

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE



Ceará e Mato Grosso do Sul assinam o Coap

TATIANA ROSA

No dia 28 de junho de 2011, o Decreto n. 7.508 instituiu o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, o Coap, que organiza e integra as ações e os serviços de saúde e configura-se como instrumento jurídico que demonstra as ações a serem executadas sob a responsabilidade dos Entes Federativos em uma Região de Saúde, a fim de garantir a integralidade da assistência aos usuários daquele território.

Até hoje, dois estados já celebraram o Coap: Ceará e Mato Grosso do Sul. Para o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, o país vai construir um universo diverso de contratos, tendo em vista as diferenças das regiões. “As diretrizes e as ferramentas do Coap do Ceará e do Mato Grosso do Sul são as mesmas, mas eles são completamente diferentes porque os estados são diferentes. As articulações são diversas, pois os desenhos das regiões são completamente distintos. Essa é uma demonstração de quanto o SUS está vivo”, afirmou durante a cerimônia da assinatura do contrato, ocorrida durante a reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no dia 30 de setembro, em Campo Grande/MS.

Padilha ressaltou ainda a importância de ato tão significativo ter sido vivenciado no espaço da Tripartite. “Esse é um mecanismo de cooperação que constrói regras, portarias, processos de pactuação e negociação para construir a governança do SUS. Durante alguns meses, nós ocupamos a CIT para debater essas diretrizes”, afirmou. O ministro agradeceu ao CONASS e ao Conasems que, segundo ele, “colaboraram com o aprimoramento da implementação do contrato por meio das diretrizes pactuadas no âmbito da Tripartite e agora com o exercício real, concreto, do dia a dia, da construção do Coap, elaborando o primeiro mapa sanitário, o mapa de metas, estabelecendo-as, deixando claro quais são as responsabilidades que são comuns, quais são as responsabilidades de cada um, as competências de cada um, para realidades tão diferentes”, afirmou.

A secretária de Saúde de Mato Grosso do Sul, Beatriz Dobashi, explicou como Mato Grosso do Sul chegou à assinatura do contrato. Segundo ela, o processo começou ainda em 2010 quando todas as Secretarias Municipais de Saúde de Mato Grosso do Sul trabalharam com a Secretaria Estadual de Saúde na qualificação de todas as 11 microrregiões do esta-

do. “ Fizemos um diagnóstico minucioso do ponto de vista epidemiológico, demográfico, socioeconômico e das ferramentas de gestão e de controle social de que todos participaram. Qualificamos esse diagnóstico para iniciar um Plano Diretor em cada macrorregião. No plano diretor, todos os gestores participaram pessoalmente e nós construímos as ações estruturantes para colocar as Redes de Atenção à Saúde funcionando em cada região. Portanto, quando chegou o Decreto n. 7.508, nós estávamos prontos para assinar o contrato”, afirmou.

Dobashi ressaltou que o Coap em Mato Grosso do Sul foi fruto de trabalho conjunto entre diversas esferas. “Todos esses contratos passaram em cada Comissão Intergestora Regional, foram pactuados com todos os gestores e apresentados a todos os Conselhos Municipais e ao Conselho Estadual. Nós debatemos com todos os procuradores jurídicos nos municípios, portanto esse é um processo de construção coletiva.”

Em Mato Grosso do Sul, o Contrato Organizativo da Ação Pública foi assinado nas quatro macrorregiões de Campo Grande, Corumbá, Dourados e Três Lagoas e é o primeiro a possuir 100% de adesão em suas macrorregiões e seus municípios.

Todas as informações do Coap no Mato Grosso do Sul estão disponíveis no site da Secretaria de Saúde de Mato Grosso do Sul: <www.saude.ms.gov.br>.

Para o secretário de Estado da Saúde do Ceará – primeiro estado a assinar o Coap, no dia 17 de agosto –, Arruda Bastos, a tradição do estado em termos de regionalização de saúde e modelo de gestão dos Consórcios Públicos de Saúde facilitou o processo. “A tradição do estado do Ceará em relação à gestão do SUS, à regionalização, à municipalização da saúde é universal em todo o estado e a implantação dos consórcios públicos de saúde em 22 microrregiões do Ceará deu substrato impor-



Secretário de Saúde do Ceará, Arruda Bastos, assina o COAP

tante para que todos os nossos gestores já estivessem sensibilizados para a discussão em relação ao Coap”, enfatizou.

Arruda Bastos também fez questão de ressaltar todo o trabalho conjunto entre a Associação dos Prefeitos do Ceará (Aprece), a Associação dos Secretários Municipais de

Saúde, o Cosems e as esferas jurídicas. “Nós tivemos muitas discussões com o ministério público, muitos debates também com o tribunal de contas dos municípios e dos estados, promovemos diversos seminários abertos com participação do setor jurídico, das procuradorias dos municípios, dos prefeitos, dos secretários de saúde. Acho que a grande decisão que tomamos foi o fato de não mantermos esse debate só no âmbito da saúde.”

Segundo ele, a discussão do contrato foi levada ao setor jurídico, à sociedade civil organizada e ao meio político. “É importante ter o apoio político para que se chegue à assinatura de um contrato tão importante que vai levar a tantas responsabilidades e a tantos indicadores, além de modificar certa informalidade que existia no SUS.”

Para o secretário de Saúde, o apoio político foi fundamental. “É importante destacar que conseguimos assinar o Coap, apesar de

estarmos em ano eleitoral. Isso foi uma grande vitória, pois conseguimos realmente levar a frente todo o processo e mostramos que não o contaminamos com a discussão político-eleitoral”, afirmou.

O Ceará tem 22 regiões de saúde. As quatro primeiras a formalizar o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde são as regiões de saúde de Maracanaú, com oito municípios, de Sobral, 24 municípios, de Tauá, quatro municípios, e Brejo Santo, nove municípios. No entanto, conforme afirmou o secretário, todo o estado já está pronto para assiná-lo também. “Todas as coordenações regionais de saúde, que são da Secretaria do Estado da Saúde, tiveram um trabalho enorme para que em tempo recorde nós alcançássemos o que se conseguiu no dia 17 de agosto. As outras 18 microrregiões já estão prontas para assinarem o Coap, no entanto, alguns detalhes ainda estão sendo analisados pelo Ministério da Saúde”, destacou.

O Contrato

Um tema novo que é tratado no Decreto é o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde que é definido como o acordo de colaboração firmado entre os Entes Federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde. Seu objeto é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos Entes Federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários, e que resultará da integração dos planos de saúde dos Entes Federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela CIT.

O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos Entes Federativos em relação às ações e aos serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, que devem ser estabelecidos visando à humanização



Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, durante a assinatura do Coap em Mato Grosso do Sul

do atendimento do usuário; aos critérios de avaliação de desempenho; aos recursos financeiros que serão disponibilizados; à forma de controle e fiscalização da sua execução; e aos demais elementos necessários à implementação integrada das ações e dos serviços de saúde.

Fiscalização e controle

O Contrato será controlado e fiscalizado pelo Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS e o Relatório de Gestão conterá seção específica relativa aos compromissos assumidos no âmbito do Contrato.

O monitoramento e a avaliação do cumprimento das metas estabelecidas, do seu desempenho e da aplicação dos recursos disponibilizados no Contrato caberão aos entes partícipes.

Será criado um sistema de informação pelo Ministério da Saúde no qual a União, os estados, os municípios e o Distrito Federal incluirão dados sobre o Contrato, que serão enviados aos Conselhos de Saúde. ■

DISPOSIÇÕES ESSENCIAIS DO CONTRATO

- I – identificação das necessidades de saúde locais e regionais;
 - II – oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional;
 - III – responsabilidades assumidas pelos Entes Federativos perante a população no processo de regionalização, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada Ente Federativo da Região de Saúde;
 - IV – indicadores e metas de saúde;
 - V – estratégias para a melhoria das ações e dos serviços de saúde;
 - VI – critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente;
 - VII – adequação das ações e dos serviços dos Entes Federativos em relação às atualizações realizadas na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases);
 - VIII – investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades; e
 - IX – recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução.
- O Decreto chama atenção para a garantia da gestão participativa no Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde e define algumas diretrizes básicas para esse fim:
- I – estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria;
 - II – apuração permanente das necessidades e dos interesses do usuário;
 - III – publicidade dos direitos e dos deveres do usuário na saúde em todas as unidades de saúde do SUS, até mesmo nas unidades privadas que dele participem de forma complementar.

O DESAFIO DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE

ADRIANE CRUZ

O Laboratório de Inovação na Atenção às Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde tem provocado mudanças significativas no estado do Paraná. O projeto, cujo piloto está em desenvolvimento na capital Curitiba, visa à produção de evidências e de conhecimento a respeito da atenção às condições crônicas e prevê o acompanhamento das experiências de implantação do modelo a fim de acumular informações que possam dar suporte à tomada de decisão dos gestores.

E foi na capital paranaense que aproximadamente 60 pessoas participaram, de 20 a 22 de agosto, do II Seminário: Modelo de Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde promovido pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS) e pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SES/PR). O encontro teve como objetivo a capacitação dos profissionais que atuam na gestão e na atenção à saúde em relação à organização do sistema para o seu desempenho diante das condições crônicas de saúde.

Com a realização do seminário, os participantes qualificam-se para realizar oficinas de trabalho e capacitação dos demais profissionais do estado e dos municípios. Fazem parte desse grupo de facilitadores: assessores do CONASS, cujos profissionais têm experiência em outros projetos que também privilegiam a Atenção Primária à Saúde (APS), como as Redes de Atenção à Saúde e a Planificação da APS, técnicos da SES/PR, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba e do Ministério da Saúde.

Segundo a coordenadora dos Núcleos Técnicos do CONASS, Rita Cataneli, o CONASS acredita que só é possível organizar o serviço em redes se a Atenção Primária à Saúde estiver fortalecida. “Estamos aqui na expectativa de responder questões que nos colocam ante um problema atual que é lidar com as condições crônicas com um sistema organizado para as condições agudas. Teremos, neste seminário, a oportunidade de conhecer, estudar e avaliar a metodologia proposta para que possamos multiplicar esses conhecimentos”, disse.

Eugênio Vilaça Mendes, autor do livro *O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família*, detalhou aos participantes o modelo proposto e seus principais elementos e apresentou dados que evidenciam a pertinência da sua utilização no Brasil e no exterior. “Um dos aspectos que diferenciam este modelo é a sua capacidade de resposta social, tendo em vista que, para dar conta das condições crônicas, o sistema deve passar de reativo e episódico para proativo e contínuo. E essa proatividade e essa continuidade devem ocorrer não só na atuação das equipes de saúde, mas na conduta dos próprios usuários do sistema”, explica.

“As condições crônicas são o grande desafio do sistema de saúde no Paraná, pois implicam a implementação de metodologias e estratégias para provocar a mudança no estilo de vida das pessoas, como o estímulo à alimentação saudável, à atividade física regular, à diminuição do estresse e do tabagismo, entre outras”, reiterou a superintendente de Atenção à Saúde da SES/PR, Márcia Huçulak.

A médica Ana Maria Cavalcante, da SMS de Curitiba, onde desde 2010 está sendo implementado o projeto-piloto do laboratório, apresentou a estruturação do modelo no município e também destacou a mudança comportamental que ele incita a partir das práticas autocuidado apoiado e cuidado compartilhado. “Por conta do modelo vigente, com base na atenção à condição aguda, predominava uma conduta mais prescritiva, que não funciona para a condição crônica. O modelo implementado oferece metodologias mais efetivas para que as equipes de saúde estimulem novos comportamentos e para que os usuários do sistema, de fato, os sustentem”, relata.

Outras ações de atenção às condições crônicas de saúde bem-sucedidas foram apresentadas durante o evento: o Programa Academias da Cidade (SMS de Belo Horizonte) e



as Oficinas de Reeducação Alimentar na APS (SMS de Curitiba).

No último dia do seminário, os participantes visitaram a Unidade de Saúde Alvorada, na qual conheceram o processo de implantação do modelo de atenção às condições crônicas e suas implicações na atuação e no comportamento das equipes.

Novas práticas

O coordenador de Atenção Básica da SMS de Curitiba, Ademar Volpi, explicou que o laboratório evidenciou a necessidade de encontrar outras maneiras de lidar com a comunidade. “Já havíamos incorporado em todas as

Técnicos do CONASS, da SES/PR, da SMS Curitiba e do Ministério da Saúde são capacitados para o manejo das crônicas



Aproximadamente 60 pessoas participaram do II Seminário: Modelo de Cuidado das Condições Crônicas na APS

unidades os espaços saúde com a finalidade de trabalhar a promoção da saúde e a prevenção. Porém, no encontro dos grupos (de hipertensos, diabéticos, tabagistas), o trabalho era baseado em entrega de medicamentos, aferição de pressão e palestras que, mesmo com empenho das equipes, não eram atrativas para os usuários.”

A Unidade de Saúde Alvorada foi escolhida para a implementação do projeto piloto do modelo de atenção às condições crônicas,



A partir da escolha da Unidade de Saúde Alvorada para a implementação do projeto-piloto do modelo de atenção às condições crônicas, as novas metodologias e maneiras de agir foram colocadas em prática. A classificação de risco foi considerada um fator positivo para o novo modelo adotado pela equipe.

Ademar relatou também que a equipe recebeu o mesmo treinamento que seria feito com os usuários e que houve muita resistência às mudanças propostas, por parte dos profissionais, conforme relata a auxiliar de enfermagem, Luciana Ferreira. “A primeira mudança tem de ser a maneira de agir dos profissionais. Nós, da saúde, também somos diabéticos, hipertensos e também somos negligentes com a nossa saúde. Como vou impor uma coisa que eu também não faço? A gente passou a colocar-se no lugar do usuário pra entender como deveríamos falar com ele”, disse.

Maria Cristina Tanaka Arai, autoridade sanitária local, destacou que o papel do gestor é fundamental para lidar com a resistência dos profissionais às mudanças propostas. “É preciso respeitar o tempo de cada um. Aos poucos, cada profissional vai percebendo que a sua mudança de comportamento, assim como a dos usuários, não significa apenas o aumento no volume de trabalho”, ponderou. Cristina ressaltou ainda que o trabalho de implantação das novas metodologias é um processo diário e que deve contar com o apoio do grupo condutor, pois os gerentes das unidades de saúde precisam de respaldo para que a mudança de comportamento proposta seja bem-sucedida.

A psicóloga Caroline Nascimento reforçou que a mudança de comportamento da equipe foi fundamental para a implementação do modelo proposto. “Tínhamos muita necessidade de orientar os pacientes e nos esquecíamos de ouvi-los. Hoje, ouvimos mais o que eles pensam sobre a própria saúde e

valorizamos o que são capazes de fazer para melhorá-la. Percebemos que não estamos aqui para dar aulas, como fazíamos quando ficávamos em pé, com a postura de ensinar. Agora, ficamos sentados junto deles, que se sentem mais à vontade. Claro que alguns são mais resistentes e, percebendo isso, passamos a trabalhar a bivalência do paciente. Por meio da entrevista motivacional mostramos a importância da mudança que está sendo proposta”, explicou.

A equipe de saúde apresentou a implementação do modelo aos participantes do seminário, destacando sempre que, para incitar a responsabilização do paciente quanto ao seu tratamento, é preciso conscientizá-lo de que estar com o médico e pegar o medicamento não é suficiente para ter mais saúde e uma vida melhor. “Deixamos de ser prescritores para nos tornarmos parceiros. Antes a gente falava ‘para melhorar, tem de fazer isso ou aquilo’. Agora, antes de mais nada, ouvimos o paciente, avaliamos sua possibilidade de mudar e perguntamos a ele o que é possível ser feito”, disse a enfermeira Elaine Rosa Bomfim.

Dessa forma é feita a pactuação entre os profissionais e os usuários que, juntos, estabelecem metas relacionadas à mudança de hábitos, dentro das possibilidades de cada um. “O monitoramento dessas metas, como, por exemplo, a diminuição do sal ou do açúcar ou a realização de exercícios físicos e o controle do estresse, é feito por telefone, visita domiciliar e nos encontros dos grupos, sendo que o maior monitoramento é no domicílio tendo em vista a maior possibilidade de se observar se os usuários estão fazendo o que foi pactuado”, completa Elaine.

Os Agentes Comunitários de Saúde são responsáveis pelo maior volume dos convites para as reuniões dos grupos. A equipe faz o cronograma anual dessas reuniões, que ocorrem uma vez por mês, por aproximadamente duas horas.



Aposta na Estratégia de Saúde da Família para o cuidado com as crônicas

Para o médico de Saúde da Família Cláudio Alvino da Silva, o vínculo entre o profissional e o usuário é fundamental para o sucesso do modelo. Para tanto, segundo ele, é preciso que o médico tenha perfil para atuar na Estratégia de Saúde da Família. “A gente fica anos estudando para fazer um trabalho multiprofissional e acaba sempre centrado no modelo consulta-médico-receita-exame, ou seja, o paciente fica sentado esperando que o médico o cure, que dê a ele saúde sem que ele tenha nenhuma responsabilidade e participação. Então, para comprarmos essa ideia, precisamos acreditar nela ou então não vai funcionar”, argumentou.

Alvino destacou também a importância de se intensificar o vínculo do profissional com o paciente, o que leva ao melhor entendimento a respeito do que deve ser feito. “Se o paciente for mais bem orientado, ele vai se cuidar melhor. E vai precisar de menos consultas, irá menos ao serviço de emergência, vai consumir menos remédios e menos exames”. Por isso, acrescentou Cláudio, é preciso saber lidar com a dificuldade de compreensão

Maria Cristina Tanaka Arai, apresenta aos participantes do seminário a implantação do projeto piloto para o manejo das condições crônicas



LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO NA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA APS

Um breve relato – por Eugênio Vilaça Mendes

O aumento significativo das condições crônicas deu-se de forma muito rápida e não houve tempo para que o sistema se adaptasse a essa mudança. Então, a crise do Sistema Único de Saúde (SUS), como dos sistemas internacionais, está na tripla carga de doenças, que combina a transição demográfica acelerada com a ‘velha’ agenda da saúde pública, constituída por problemas maternos e perinatais e doenças infecciosas e com um grupo de acidentes e causas externas, acrescentada a 66% de doenças crônicas.

Ocorre que o Brasil continua com um sistema da metade do século passado (em que quase metade das mortes era por condições agudas, especialmente doenças infecciosas), que precisa responder a uma situação de saúde do século 21.

A estruturação do sistema por meio das Redes de Atenção à Saúde é uma aposta do CONASS e da Opas, que estão desenvolvendo conjuntamente um Laboratório de Inovação na Atenção às Condições Crônicas na APS. O objetivo deste laboratório é desenvolver e refinar uma metodologia para ser aplicada na APS que dê conta do grande problema que é a epidemia das condições crônicas.

O CONASS, há aproximadamente 6 anos, desenvolveu as Oficinas de Redes de Atenção à Saúde, aplicadas pelo grupo de facilitadores em 22 estados. Num segundo momento, fica claro que a rede, para funcionar e dar conta das condições crônicas, precisa fortalecer a APS. Isso gerou o segundo movimento de oficinas desenvolvidas pelo CONASS – as da Planificação da Atenção Primária à Saúde, que preparam a base para o manejo das condições crônicas na APS, mas não contempla a mudança do modelo de atenção às crônicas.

Instituiu-se, então, o laboratório, o que resultou em alguns movimentos. O primeiro foi apoiar o projeto piloto que está sendo conduzido em Curitiba há dois anos, em que o CONASS e a Opas financiam um componente de produção de evidências que é a pesquisa avaliativa feita pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Todo o trabalho realizado nestes dois anos está documentado e registrado e será publicado.

O laboratório começou, então, com o apoio à experiência piloto de Curitiba, fortalecendo o componente de produção de evidências. O segundo objetivo é apresentar experiências de diferentes lugares aos facilitadores do CONASS, das secretarias municipal e estadual de saúde e profissionais do Ministério da Saúde, além de universitários, a fim de que o modelo de atenção às condições crônicas na APS seja bem fundamentado e disseminado.

A terceira fase é a construção de uma segunda geração de oficinas de planificação com foco no modelo de atenção às crônicas.

Equipe da Unidade de Saúde Alvorada e o coordenador da Atenção Básica da SMS de Curitiba

do paciente, explicando e convencendo-o a respeito da conduta que deve ter. “Precisamos descer do salto e ir ao encontro do paciente porque a dificuldade que ele tem de emagrecer e de fazer a dieta eu também tenho”, finalizou. ■

MATO GROSSO DO SUL RECEBE A ASSEMBLEIA DO CONASSS

TATIANA ROSA

Campo Grande – Secretários estaduais de Saúde se reuniram no dia 29 de agosto, em Campo Grande, para a 7ª Assembleia do CONASS. O evento aconteceu na cidade em razão da assinatura do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap), em Mato Grosso do Sul, durante a reunião da Comissão Intergestores Tripartite.

O encontro contou com a participação do secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Mozart Sales que falou sobre a falta de médicos no Brasil e as propostas do Ministério da Saúde para solucionar o problema.

Sales apresentou aos secretários um amplo estudo sobre a situação das diversas profissões da área da saúde, comparando a razão do número de profissionais de saúde por 1.000 habitantes, a partir dos números absolutos de inscrições ativas dos Conselhos Federais de classe e da população brasileira, entre os estados e outros países. Dentre as medidas propostas pelo Ministério da Saúde, o secretário apontou as estratégias de indução para provimento e fixação de médicos como a possibilidade de intercâmbio com Universidades de outros países, a ampliação da oferta de vagas em cursos de medicina, entre outras.

Para presidente do CONASS, Wilson Alecrim, a maioria das políticas da área não considerou o estado na sua proposição e operacionalização, sendo discutidas pelo Ministério da Saúde diretamente com os municípios e/ou com as instituições formadoras. Segundo Alecrim é necessário assegurar o papel dos estados na formação e na gestão do trabalho e da educação na saúde. Foi deliberado pela assembleia o apoio do CONASS à iniciativa do Ministério da Saúde de contratação de médicos estrangeiros para a atenção primária à saúde.

Ao longo do dia os gestores debateram também pontos de pactuação na CIT, como a minuta de portaria que institui o incentivo para implementação do Modelo de Vigilância em Saúde de Populações expostas a Agrotóxicos; a minuta de portaria que institui a Agenda para intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil em municípios com maior prevalência de déficit ponderal para crianças menores de 5 anos e a minuta de portaria que estabelece a organização das Unidades de Internação em Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS. ■



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.



Jacobo Finkelman
(representante da Opas/OMS no Brasil)

http://www.conass.org.br/publicacoes/livro_cronicas.pdf

* Acesse o link do livro pelo QR Code, que pode ser facilmente escaneado usando a maioria dos celulares equipados com câmera e software para leitura deste código de barras.



As Redes de Atenção à Saúde

O livro propõe a reflexão a respeito da necessidade de superar a fragmentação do sistema, de organizá-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



Marcus Pestana
(ex-secretário estadual de Saúde de MG, ex-presidente do CONASS,
economista e deputado federal)

http://www.conass.org.br/publicacoes/livro_redes.pdf

* Acesse o link do livro pelo QR Code, que pode ser facilmente escaneado usando a maioria dos celulares equipados com câmera e software para leitura deste código de barras.

Eleições municipais e a problemática da descontinuidade das políticas públicas de Saúde

MARIA CÉLIA DELDUQUE¹



Com a proximidade das eleições municipais cresce a expectativa de mais um momento do exercício da democracia popular e a salutar alternância de poder.

Ocorre que, no Brasil, um fenômeno curioso acontece: o sucessor eleito, por vezes, desconstrói obras, políticas públicas e programas da gestão anterior pelo motivo de ter sido o antecessor o autor das ações, sejam elas bem-sucedidas ou não.

E quando as políticas públicas e os programas de saúde são alvo dessa descontinuidade?

Façamos uma abordagem jurídica da política pública da saúde e o que o Direito Sanitário tem a dizer sobre esse tema.

O estudo das políticas públicas é muito recente e bastante esporádico no Brasil, e predominam abordagens contextualizadas e dissociadas dos macroprocessos, isto é, abordagens que enfocam basicamente estudos de casos e seus resultados, fazendo que alguns críticos contestem sua cientificidade por falta de teorização (FREY, 2000).

O fato é que a política pública vem sendo objeto analítico de várias áreas do conhecimento, como a Ciência Política, a Economia, a Administração, mas também o Direito. O estudo da política pública é uma “comunidade epistêmica”, como se refere Schmidt (2007, p.2017); é um núcleo de observação e estudo comum a diferentes áreas e diferentes profissionais.

No Brasil, o trabalho pioneiro e sistemático sobre as expressões jurídicas da política pública é de autoria de Bucci (2006), que dá à política pública um formato que seja reconhecível pelo sistema jurídico. Por isso, afirma a autora (op.cit.), as políticas públicas têm suporte legal, estão expressas em disposições constitucionais e em leis, decretos, portarias e em contratos firmados para a concessão de serviços públicos, entre outros instrumentos jurídicos.

Um tema de interesse público, um problema que atinge determinada parcela da população, uma necessidade social por si só não são capazes de serem compreendidos pelo sistema jurídico, isto é, a depender da fase em que se encontre a construção de uma correspondente política pública, ela é percebida ou não pelo sistema jurídico. No entanto, quando essas questões evoluem para a formulação de uma política pública, sob a forma de nor-

ma ou regramento, elas se tornam inteligíveis para o sistema jurídico.

Certamente, uma análise das políticas públicas que leve somente em consideração a perspectiva jurídica teria o condão de limitar e tornar insuficiente a compreensão da riqueza e da diversidade das variáveis que compõem as políticas públicas como fenômeno estatal e suas relações com a vida nacional e internacional. A incorporação dessa visão ampliada para uma comunidade arraigada nos fundamentos do direito e nas filosofias do Estado e do direito não é fácil. É preciso a abertura da Ciência do Direito à interdisciplinaridade, ou, como bem assevera Bucci (2006, p.1): “as políticas públicas como campo de estudos jurídicos são um movimento que faz parte de uma abertura do direito para a interdisciplinaridade”.

Ademais, filia-se a esse entendimento (BUCCI, 2006; COMPARATO, 1997) de que a política pública não é nova categoria do direito a exigir um regime jurídico próprio, nem tampouco norma, mas um fluxo de decisões públicas no âmbito de um programa de ação cujo conteúdo incorpora normas e regramentos além de atos administrativos, a fim de tornar materiais os direitos fundamentais postos na Constituição.

¹ Pesquisadora Adjunta em Direito Sanitário da Fiocruz Brasília e Professora Substituta de Direito Sanitário do Departamento de Saúde Coletiva da UnB. Especialista em Direito Sanitário e Doutora em Saúde Pública pela USP.

Comparato (1989, p.102) afirma que “governar não se restringe à administração da conjuntura, mas planejar o futuro por meio de políticas de médio e longo prazos”. A lei deixou de ter a função de criar direitos e impor obrigações e ser a expressão máxima da soberania popular; passou a ter função instrumental dos governos e das políticas governamentais.

Derani (2006, p.135) compõe um conceito de políticas públicas com fortes tintas jurídicas. A autora define-as como:

um conjunto de ações coordenadas pelos entes estatais, em grande parte por eles realizada, destinadas a alterar as relações sociais existentes. Como prática estatal, surge e se cristaliza por norma jurídica. A política pública é composta de ações estatais e decisões administrativas competentes.

Como visto, a rigor, uma decisão política é expressa no âmbito de uma arquitetura jurídica, afinal, como bem assevera Dallari (2002), o interesse público, no moderno Estado de Direito, está definido nas leis, isto é, a vontade da sociedade está expressa em textos normativos. Sendo a política pública uma expressão de uma vontade social, ela reclama o arcabouço legal que lhe possibilite a transformação do fático ao normativo. Bucci (2006) e Aith (2006) concordam que toda política pública tem um suporte legal que pode ser expresso na Constituição, na lei *stricto sensu* ou em qualquer outro elemento da família nor-

mativa. E Derani (2006, p.135) defende que “a base da política é o direito”.

De um ponto de vista conceitual, as políticas públicas podem ser divididas em políticas públicas de Estado e políticas públicas de governos. Para Bucci (2006), o traço distintivo entre elas é meramente temporal: as políticas de Estado têm um horizonte calculado em décadas ao passo que as de governo ocorrem em curtos intervalos de tempo e compõem programas maiores. Aith (2006) adota a objetividade como critério para a distinção entre a política de Estado e a política de governos. Essas últimas cumprem objetivos pontuais enquanto as primeiras têm objetivos mais amplos como a organização política do Estado, a garantia da soberania e da ordem pública.

É forçoso reconhecer, igualmente, que as políticas públicas ditas de Estado estão conformadas na Constituição e em leis, sejam elas federais, estaduais ou municipais, visto que tais normas de direito têm como característica sua perenidade, sendo complexa sua revogação ou alteração. Tal característica do instrumento normativo garante um prolongamento, uma vida longa à política pública estabelecida por essas normas.

O maior exemplo desse tipo de política é o Sistema Único de Saúde, a mais importante política pública para a garantia do direito fundamental social à saúde. Estando descrita em sede constitucional e complementada por leis têm sua perenidade garantida apesar dos

governos e do transcurso do tempo.

Ao revés, as políticas públicas de governos, que devem ser entendidas como aquelas que vêm complementar as primeiras, estão geralmente conformadas em normas jurídicas de hierarquia inferior, como portarias, instruções e outras normas da base piramidal kelsiana,² o que lhes confere maior facilidade de revogação e alteração, adaptando-se à conjuntura temporal econômica e social, sempre, no entanto, com a ausculta da democracia participativa.

Um voto não é um cheque assinado em branco: o momento é de exercício da democracia representativa e os eleitos devem ter a compreensão de que, em se tratando das políticas de saúde, as políticas públicas fixadas em leis são perenes e, portanto, não devem ser alteradas ao sabor dos interesses partidários. As políticas públicas e os programas de saúde de governo, ou seja, os que estão fixados em outras normas que não a lei, podem ser alterados, mas nesses casos, deve ser obrigatoriamente observada a democracia direta e participativa para a formulação dessas políticas públicas, posto ser diretriz constitucional.

Referências Bibliográficas

AITH, Fernando Mussa A. Curso de direito sanitário. São Paulo: Quartier Latin, 2007. p.406.

BUCCI, Maria Paula Dallari. O conceito de política pública em direito. In: _____ (org.).

Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006. p.1-49.

COMPARATO, Fábio Konder. Ensaio sobre o juízo de constitucionalidade de políticas Públicas. In: MELO, Celso Antonio Bandeira de (org.). Estudos em homenagem a Geraldo Ataliba. São Paulo: Malheiros, 1997, v.2.

_____. Para viver a democracia. São Paulo: Brasiliense, 1989. 214p.

DALLARI, Sueli Gandolfi; e VENTURA, Daisy de Freitas Lima. O princípio da precaução: dever do Estado ou protecionismo disfarçado? Revista São Paulo em Perspectiva, n.16 v.2, p.53-63, São Paulo, 2002.

DERANI, Cristiane. Política pública e a norma política. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (org.). Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006. p.131-142.

FREY, Klaus. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. Revista Planejamento e Políticas Públicas, n.21, p. 211-259, jun./2000.

KELSEN, Hans. Teoria Pura do Direito. São Paulo: Martins Fontes, 2009, 448p.

SCHMIDT, João Pedro. Gestão de políticas: elementos de um modelo pós-burocrático e pós-gerencialista. In: REIS, Jorge Renato dos; e LEAL, Rogério Gesta (orgs.). Direitos sociais e políticas públicas: desafios contemporâneos, tomo 7, p.1988 a 2032, Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2007.

² Para mais informações sobre hierarquia de normas jurídica e a pirâmide normativa construída por Hans Kelsen, vide Teoria Pura do Direito, do mesmo autor (2009).

No dia 30 de julho, uma parceria inédita entre o Ministério da Saúde e o Facebook permitiu aos usuários da rede social no Brasil – aproximadamente 40 milhões de pessoas – declararem em sua linha do tempo a informação de serem doadores de órgãos. Para expressar no Facebook o desejo de ser um doador de órgãos, basta ir à Linha do Tempo e clicar em “Evento Cotidiano”. Depois, é preciso selecionar a opção saúde e bem-estar e clicar em doador de órgãos, selecionando as pessoas que terão acesso a essa informação. É importante ressaltar que isso não substitui o caminho legal que a pessoa tem de percorrer, pois é a família quem decide se autoriza ou não a doação de órgãos.

Nos dias 12 e 15 de agosto, em Salvador – BA, foi realizado o IV Congresso Brasileiro Sobre o Uso Racional de Medicamentos com o tema “Incorporando o Uso Racional de Medicamentos no contexto da atenção à saúde”. O evento teve o objetivo de ampliar o debate sobre o uso racional de medicamentos por meio de oficinas, mesas-redondas, conferências, painéis e discussões com os palestrantes. O CONASS, que integra o Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos, participou das atividades desenvolvidas no evento, que resultaram na publicação da “Carta de Salvador” que destacou a continuidade das ações para a promoção do Uso Racional de Medicamentos como parte integrante e estratégica das políticas públicas nacionais e tema transversal na formação dos profissionais na área da saúde.

De 14 a 18 de novembro de 2012, Porto Alegre sediará o 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva: “Saúde é Desenvolvimento: Ciência para a Cidadania”. O evento reunirá docentes, pesquisadores, gestores, profissionais de saúde, movimentos sociais, lideranças da Saúde Coletiva e todos aqueles interessados no debate, na reflexão e no enfrentamento dos desafios teóricos e práticos do campo. Os trabalhos serão organizados em três categorias: trabalhos científicos da área acadêmica; relatos de experiências dos serviços de saúde; e a Abrasco Jovem, que reunirá trabalhos de estudantes de Graduação e Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Para mais informações sobre o evento, acesse o site do Congresso: <http://www.saudecoletiva2012.com.br>.

Entre os dias 16 e 19 de outubro, a Secretaria de Vigilância em Saúde irá realizar, em Brasília, a 12.ª Expoepi (Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças). O objetivo é difundir temas importantes para a consolidação do SUS e premiar, por meio de sua Mostra Competitiva, os profissionais e os serviços de saúde do país que se destacaram no desenvolvimento de ações de vigilância em saúde relevantes para a Saúde Pública. O evento vai promover, ainda, por meio de painéis e mesas-redondas, debates técnico-científicos relevantes para o aprimoramento das ações de vigilância em saúde. O edital de abertura das inscrições da Mostra está disponível no site do evento: <http://www.expoepi.com.br>.

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 E ADJUNTOS

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 Carlos Emerim Simoni (RS).

COMISSÃO FISCAL

Titulares: Lineu Facundes (AP); Waldson Dias de Souza (PB); Suplentes: Michele Caputo Neto (PR), Raimundo José Arruda Bastos (CE)

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 Carlos G. Souza Pinto (SE); Antonio Faleiros (GO); Antônio Jorge de S. Marques (MG); Beatriz Figueiredo Dobashi (MS); Ciro Carlos Emerim Simoni (RS); Dalmo Claro de Oliveira (SC); Ernani de Paiva Maia (PI); Gilvan Ramos de Almeida (RO); Giovanni Guido Cerri (SP); Hélio Franco de Macedo Júnior (PA); Isaú Gerino Vilela da Silva (RN); Jorge José Santos Pereira Solla (BA); José Tadeu Marino (ES); Leocádio Vasconcelos Filho (RR); Lineu Facundes (AP); Luiz Fernando Freesz (TO); Michele Caputo Neto (PR); Rafael de Aguiar Barbosa (DF); Raimundo José Arruda Bastos (CE); Ricardo Murad (MA); Sérgio Luiz Côrtes (RJ); 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

Bruno Vieira
Adhoc Comunicação

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.



CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Opiniões, sugestões e pautas
Assessoria de Comunicação Social
E-mail: ascom@conass.org.br

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

