



ano V, número 14
janeiro, fevereiro e março de 2015
www.conass.org.br/consensus

consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

ENTREVISTA

**Juiz Clênio Jair Schulz fala
sobre Judicialização na Saúde**

OPINIÃO

**Armando Raggio: O desafio de ser
gestor da saúde no Brasil**

The background of the lower half of the page is an abstract, 3D-rendered geometric pattern. It consists of numerous white, rectangular blocks of varying sizes and orientations, creating a complex, maze-like structure. The lighting is soft, casting subtle shadows and highlights on the surfaces of the blocks, giving them a sense of depth and volume. The overall color palette is monochromatic, using shades of white and light gray.

Desafios do SUS

o que esperar para os
próximos anos?

consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Ano V | Número 14 | Janeiro, Fevereiro e Março de 2015

ENTREVISTA

Juiz Clênio Jair Schulz fala
sobre Judicialização na Saúde

OPINIÃO

Armando Raggio: O desafio de ser
gestor da saúde no Brasil



Desafios do SUS

o que esperar para os
próximos anos?

6

consensus entrevista

Clênio Jair Schulze, juiz federal, fala sobre os desafios da judicialização do SUS e como a aproximação entre os sistemas de saúde e de justiça podem amenizar os seus impactos no sistema de saúde brasileiro

13

matéria de capa

Desafios do SUS – o que esperar para os próximos anos de gestão? Confira o que autoridades, trabalhadores e estudiosos do SUS pensam sobre os temas considerados pelo CONASS como os principais desafios que ameaçam a sustentabilidade do sistema

opinião

34 *O desafio de ser gestor da saúde no Brasil, por Armando Raggio*

38 curtas

O ano de 2015 trouxe mudanças importantes no cenário político brasileiro com novos governos estaduais e junto a eles novas equipes gestoras da saúde.

Acolher os novos secretários, bem como aqueles que estão iniciando um segundo mandato, é uma das missões do CONASS, seja por meio do apoio técnico às Secretarias Estaduais de Saúde, seja por meio da disseminação de informações, produção e difusão de conhecimento, inovação e incentivo à troca de experiências e de boas práticas. Cabe, portanto, à sua equipe técnica, auxiliar os gestores no fortalecimento de sua capacidade de gestão, de forma que as Secretarias cumpram o seu papel estratégico dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para isso, preparamos, para este início de gestão, uma edição da revista **Consensus** com temas relevantes para o SUS. Temas estes considerados pelo CONASS como fundamentais a serem debatidos, pois implicam diretamente a sustentabilidade e o futuro do Sistema que queremos ter.

Os desafios do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e a implantação das Redes de Atenção, da gestão e do financiamento, da gerência de unidades públicas de saúde e da judicialização da saúde são abordados na matéria de capa desta edição, que traz a opinião de diversas personalidades e autoridades ligadas ao setor.

A edição n. 14 da revista **Consensus** apresenta também uma entrevista com o juiz federal Clênio Jair Schulze. Nela, o magistrado fala sobre a judicialização da saúde – um dos desafios indicados pelo CONASS –, e que representa ameaça à sustentabilidade do Sistema, tamanha a sua proporção.

Por fim, apresentamos a opinião do ex-presidente do CONASS, Armando Raggio, sobre o desafio de ser gestor de saúde no Brasil.

Boa leitura!



ENTREVISTA

Clênio Jair Schulze

A relação entre os sistemas de saúde e de justiça brasileiros tem ocupado lugar de destaque nas discussões sobre a saúde pública brasileira. A judicialização da saúde e seus impactos no Sistema Único de Saúde (SUS) preocupam tanto os gestores do SUS, como os representantes do Judiciário. A aproximação entre ambos nunca foi tão necessária, já que o entendimento sobre a legislação sanitária e o entendimento sobre o cumprimento de decisões judiciais precisam caminhar juntos, a fim de garantirem dentro das possibilidades do SUS, o acesso da população a medicamentos e serviços de saúde.

Para saber mais sobre como essa aproximação entre os sistemas pode amenizar os impactos da judicialização do SUS, convidamos o juiz federal Clênio Jair Schulze, coordenador do Comitê Executivo Nacional do Fórum da Saúde do Conselho Nacional de Justiça nos anos de 2013 e 2014, a falar sobre o assunto. Com a presteza de quem deseja contribuir e com o entendimento necessário de quem vive no dia a dia os dilemas da judicialização da saúde, fomos prontamente atendidos. Nas próximas páginas você confere o que o magistrado diz a respeito da aproximação entre os sistemas de saúde e de justiça, a dualidade do interesse individual sobre o interesse coletivo e demais questões relacionadas à judicialização do SUS.



Ouvir o texto
goo.gl/h24lOd





Consensus Como equilibrar o direito à saúde com a gestão do sistema?

Clênio Jair Schulze – O papel do gestor é organizar o trabalho com eficiência, eficácia e, principalmente, gastar o dinheiro público com qualidade. Durante vários anos, não existiu controle sobre o gasto de dinheiro público. Isso já mudou. Todo gestor é controlado na sua atividade. Isso facilita o exercício da democracia. O equilíbrio é encontrado quando se verifica a implantação de melhorias para o cidadão, com aumento da qualidade de vida. O direito à saúde é um direito progressivo. A progressividade é inerente aos direitos sociais, que não se concretizam da noite para o dia. O Brasil precisa aprimorar a interlocução entre os setores primário, secundário e terciário. Somente a gestão com ética, seriedade, participação e planejamento permite a evolução e a melhoria do sistema de saúde.

Consensus Recentemente o CONASS ingressou ao Comitê Executivo do Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à Saúde – o Fórum da Saúde. Como tem sido essa aproximação entre os gestores da saúde e o judiciário e como essa parceria tem contribuído com o CNJ no entendimento das questões relativas à judicialização?

Clênio Jair Schulze – A forma de pensar do gestor em saúde é diferente da forma de pensar do juiz. São culturas diferentes. Por isso a aproximação é indispensável para encontrar-se um ponto de equilíbrio em prol do bem comum e do cumprimento da Constituição. Historicamente, os juízes entendiam que não podiam conversar com o gestor, argumentando que ele representa o interesse do ente público. Esse entendimento é equivocado, pois tanto o gestor quanto o juiz atuam para alcançar o bem comum e para auxiliar na melhoria do serviço público de

saúde. O próprio Conselho Nacional de Justiça editou várias recomendações aos juízes do Brasil para que procurem se aproximar dos gestores.

Consensus Em sua opinião, como a aproximação entre o sistema de saúde e o sistema de justiça pode amenizar os impactos da judicialização na Saúde?

Clênio Jair Schulze – Tramitam no Poder Judiciário brasileiro aproximadamente 500 mil processos relacionados ao direito à saúde. É um número assustador, possivelmente o maior do mundo, em proporção ao número de habitantes. Por isso é necessário ampliar a comunicação entre o gestor e o juiz. É temerário ao juiz que desconhece o sistema preferir uma decisão que determine que o gestor promova uma internação, que desconsidere a fila para um transplante. Geralmente esse tipo de providência não ajuda, só atrapalha o planejamento do sistema de saúde. Nesses casos, antes da decisão judicial, recomenda-se ao juiz contatar o gestor para saber qual a real situação do estabelecimento hospitalar ou como está a fila de transplantes. A criação dos Comitês de Saúde do CNJ em todos os estados da Federação e também no Distrito Federal tem auxiliado para ampliar o diálogo entre juízes e gestores de saúde. Vários eventos já foram realizados no Brasil. Ainda há muito para avançar e estamos no caminho certo.

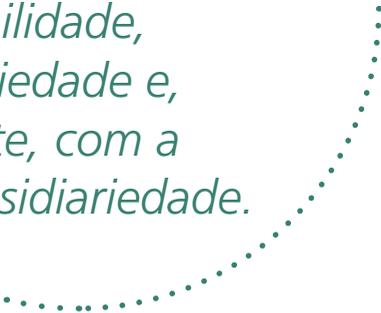
Consensus Em dezembro do ano passado, a Primeira Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) desobrigou o estado do Rio Grande do Sul a fornecer medicamento de alto custo a um paciente comprovadamente com boa condição financeira. Como o senhor avalia essa decisão sob o ponto de vista da universalidade do SUS? Essa decisão não representa uma contradição dos preceitos do SUS?

Clênio Jair Schulze – A decisão está correta. A análise que um juiz faz do caso deve ser muito mais rigorosa que a análise que o gestor e o médico fazem. Quando o sujeito chega ao pronto socorro e precisa de atendimento imediato, o agente público não pode fazer um levantamento sobre a capacidade financeira do cidadão. O agente deve atendê-lo imediatamente. Não há tempo para questionamentos. De outro lado, o juiz tem esse tempo. O Judiciário não só pode como deve fazer esse controle. O princípio da universalidade não significa que todos possuem direito a qualquer tratamento. É preciso analisar a universalidade em conjunto com a razoabilidade, com a solidariedade e, principalmente, com a noção de subsidiariedade. O princípio da subsidiariedade é pouco trabalhado no Brasil. Ele indica que, em determinadas circunstâncias, o Estado somente deve agir se a pessoa não possuir condições financeiras. É claro que sua aplicação é possível apenas em um ambiente de escassez dos recursos. É preciso acabar com a ideia geral de que o Estado tem o dever de prestar tudo. Isso é ilusório e não existe em nenhum lugar do mundo. Tudo tem um custo e não existe governo grátis.

Consensus Cada vez mais o número de ações individuais cresce e compromete o orçamento da saúde. O que percebemos é o interesse individual se sobrepondo sobre o coletivo, já que boa parte dos recursos que seriam utilizados para um bem coletivo são gastos com demandas individuais. Como trabalhar essa dualidade quando o que está em questão é o direito à saúde?

Clênio Jair Schulze – Esse é um problema crônico no Brasil e que não afeta apenas o sistema de saúde. E foi criado em razão do gigantismo do sistema de Justiça. Hoje existem 16 mil juízes, 12 mil membros do Ministério Público, quase um milhão de ad-

O princípio da universalidade não significa que todos possuem direito a qualquer tratamento. É preciso analisar a universalidade em conjunto com a razoabilidade, com a solidariedade e, principalmente, com a noção de subsidiariedade.



vogados. Existem ainda milhares de outros profissionais que lucram que o crescimento das ações individuais. O Judiciário possui 95 milhões de processos. Somos campeões mundiais. Para mudar esse cenário é preciso entender que o Estado não é garantidor universal e que não existem direitos absolutos. Além disso, o cidadão deve entender que o juiz não vai resolver todos os problemas sociais, não existe uma caneta mágica. Quando se fala em judicialização da saúde, é preciso fazer um corte. Nos processos em que se postula um medicamento ou tratamento já incorporado no SUS, o juiz precisa ser contundente porque houve uma falha grave no sistema ou um problema de gestão (muitas vezes há falta de planejamento, de licitação etc.). A condenação judicial é necessária nesses casos, inclusive por intermédio de uma ação coletiva, a fim de se beneficiarem várias pessoas e se evitar a multiplicação de novos processos. Diferente é a situação de proces-

tos em que a tecnologia ainda não foi incorporada, não tem registro na Anvisa ou exige uma importação. Nesses casos, o grau de exigência para a procedência do pedido deve ser multiplicado e o processo deve ser analisado com uma lupa. Condenações indevidas podem causar prejuízo financeiro muito grande e dificuldades na execução do planejamento orçamentário do ente público.

Consensus Até que ponto o Estado, diante de limitações orçamentárias, deve ser obrigado a conceder, de forma ilimitada, determinados tratamentos e medicamentos?

Clênio Jair Schulze – Este é outro entendimento equivocado. Não existe norma constitucional que obrigue o ente público a fornecer ilimitadamente qualquer tecnologia. O direito à saúde é um direito fundamental, mas isso não significa que é um direito absoluto. É preciso que fique comprovada a adoção da melhor prática de evidência científica sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento. Os médicos precisam rever a postura de prescrever medicamentos e tratamentos sem a comprovação da melhor prática de evidência científica. É isso que fomenta grande parte da judicialização. Outro ponto importante é a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas no SUS. Sem essas comprovações o Estado não pode conceder o tratamento ou o medicamento. A Lei n. 12.401/2011 deixou isso muito claro. E estes parâmetros também precisam ser observados pelo Judiciário.

Consensus O senhor acredita que a falta de informações técnicas do judiciário para analisar determinadas questões favore-

ce o crescimento das demandas judiciais? Como resolver isso?

Clênio Jair Schulze – Sim. Essa é mais uma das consequências do excesso de processos judiciais. Se há a judicialização da saúde, também há a judicialização da educação, da moradia, dos contratos, da vida. E o juiz não é um ser completo, que conhece tudo sobre tudo. Por isso é importante que o magistrado utilize os recursos auxiliares existentes. Os juízes precisam usar o serviço das Câmaras Técnicas, já criadas em vários estados, em que são apresentados pareceres por profissionais da área da saúde. A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (Conitec) também emite pareceres e encaminha-os diretamente para o e-mail do juiz. São mecanismos que já existem e que auxiliam os magistrados do Brasil a julgar de forma adequada os processos que envolvam o direito à saúde.

Consensus Recentemente a imprensa noticiou inúmeras irregularidades a respeito da fixação de preços, distribuição e direcionamento da demanda das órteses e próteses no Brasil. Como o judiciário deve atuar nesse tipo de situação para evitar que o interesse financeiro e comercial não aumente o número de demandas judiciais na saúde?

Clênio Jair Schulze – A sociedade e o judiciário devem combater rigorosamente esse tipo de problema. A cultura do jeitinho e a ideia de levar vantagem em tudo propiciam a ocorrência de fraudes. O Brasil está repleto de exemplos. É preciso punição exemplar. É preciso também o fortalecimento contínuo e permanente do controle e da transparência sobre os procedimentos. ■

DESAFIOS DO SUS: O QUE ESPERAR PARA OS PRÓXIMOS ANOS DE GESTÃO?

Compreender e, principalmente, gerir um sistema de saúde que atende a aproximadamente 200 milhões de brasileiros são tarefas desafiadoras que exigem comprometimento e determinação para quem se compromete a entender como funciona esse sistema universal com todas as suas engrenagens e peculiaridades.

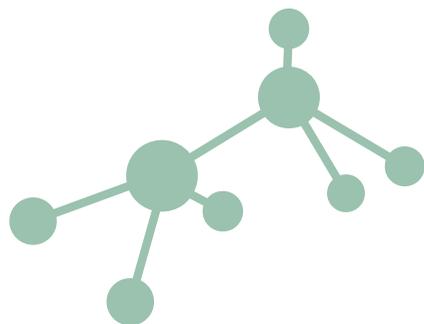
Seja no âmbito federal, estadual ou municipal, a tarefa de gerenciar um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS), é complexa. Com 26 anos de existência, o SUS trouxe muitos avanços para a sociedade brasileira, mas ainda assim enfrenta inúmeros desafios que colocam em risco a sua viabilidade e impedem que ele cumpra de fato o seu papel de garantia universal de saúde pública de qualidade a toda população brasileira.

Inegavelmente, há um longo caminho a ser percorrido na busca pela consolidação do SUS. Pensando nisso e para auxiliar os novos gestores estaduais que assumiram no início do ano, bem como aqueles que iniciaram um segundo período de gestão, decorrente da reeleição dos governadores, a revista **Consensus** apresenta quatro temas – A Atenção Primária à Saúde e a implantação das Redes de Atenção à Saúde no SUS; a Gestão e o Financiamento; as Alternativas de Gerências de Unidade Públicas; e o Direito à Saúde –, considerados pelo CONASS como fundamentais a serem debatidos, por se tratarem de assuntos complexos e atuais e que têm demandado a adoção de estratégias e providências bem elaboradas pela gestão estadual do Sistema. Nas próximas páginas, consta a opinião de autoridades, trabalhadores e estudiosos do SUS sobre alguns gargalos que desafiam os gestores e ameaçam a sustentabilidade do Sistema.



Ouvir o texto
goo.gl/ZOcrfZ





A Atenção Primária à Saúde e a implantação das Redes de Atenção à Saúde no SUS

Em 30 de dezembro de 2010, a Portaria n. 4.279, assinada pelo então ministro da Saúde, José Gomes Temporão, estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, com o propósito de integrar os níveis de atenção e fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) atendendo às reais necessidades da população e tendo a APS como porta principal de entrada do usuário, tendo em vista a atual situação epidemiológica e demográfica do país, que vem se dando de forma acelerada, com predominância das condições crônicas.

Desde o processo de concepção, desenvolvimento e implantação das RAS até os dias atuais, o CONASS tem contribuído de maneira efetiva pela institucionalização das redes como forma de organização dos serviços de saúde no SUS.

Ao entender a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde, (SES), em coordenar e articular a implantação das redes nas regiões de saúde e participar efetivamente na qualificação da APS em conjunto com os municípios, o CONASS desenvolveu algumas propostas metodológicas a fim de capacitar os técnicos das SES no desenho e na implantação das redes e também no fortalecimento da APS.

Para o ex-secretário de Estado da Saúde do Pará, Hélio Franco, umas das características mais importantes do SUS, do ponto de vis-

ta ético, político e moral, é a questão da Atenção Integral do Sistema, daí a importância das redes. “Para ter atenção integral, é preciso que haja uma rede estruturada com pontos de atenção, senão jamais será possível conseguir a integralidade da atenção”, disse.

O Pará foi um dos primeiros estados da Federação a participar do processo de Planificação da APS proposto pelo CONASS. Franco, que era o secretário à época, acredita que os estados têm função importante no fortalecimento da APS. Para ele, o auxílio do CONASS é fundamental porque possibilita a técnicos e gestores terem um diagnóstico da situação do seu próprio município, além de proporcionar motivação para os profissionais de saúde. “Eu participei ativamente de algumas oficinas e hoje observo o quanto essas pessoas estão motivadas. É preciso também, independentemente de criar todo esse conhecimento de que saúde depende de vários fatores (determinantes sociais, culturais, econômicos), atuar dentro do microsistema, dentro das unidades de saúde, para melhorar a questão do pré-natal, das doenças crônicas, porque vivemos muito em função das condições agudas, mas as condições crônicas são as que mais matam”, afirmou.

Quando questionado sobre como as SES devem coordenar e articular a implantação das redes nas regiões de saúde, o ex-secretário observou que é necessário fortalecer as Comissões Intergestores Regionais (CIRs), pois os gestores municipais precisam compreender que nenhum município sozinho vai resolver os seus problemas de saúde e em especial dos serviços de saúde.

Para os novos gestores que assumiram as SES, Hélio Franco lembrou que é preciso buscar parcerias, uma vez que o financiamento destinado à saúde é pouco para trabalhar com prevenção e promoção de doenças, diagnóstico, terapêutica, reabilitação e tantos outros serviços previstos pelo SUS.



Conheça as propostas do CONASS para a organização das RAS, disponível na Agenda para a Saúde do Brasil goo.gl/P1xZMU



Conheça o projeto do CONASS para a planificação da APS nos estados goo.gl/ylEdUA



E ressaltou a importância do fortalecimento da APS. “É na Atenção Primária que 80% dos problemas de saúde são resolvidos. É preciso capacitar mais os técnicos das SES e os profissionais de saúde para que a APS seja porta de entrada do sistema e funcione adequadamente. Assim, evitaremos até mesmo a demanda excessiva da Média e Alta Complexidade que, além de cara, nem sempre é resolvida”, finalizou.

Na opinião do consultor do CONASS, Eugênio Vilaça, a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é fundamental porque significa a possibilidade de superar a organização fragmentada que vigora no sistema público de saúde brasileiro. Ele explica que as evidências internacionais demonstram uma situação de crise desses sistemas fragmentados que se expressa em inefetividade, altos custos e baixa qualidade da atenção. “Isso não tem sido diferente no Brasil. Os maus resultados dos sistemas fragmentados tendem a aumentar em razão das mudanças rápidas e profundas que se dão nos seus contextos e que criam um enorme descompasso entre a transição da saúde e a transição do sistema de saúde”, disse.

Vilaça afirma que a crise do SUS, no plano de sua organização microeconômica, está em responder a uma situação de saúde do século XXI com um sistema de atenção à saúde concebido na metade do século passado, o que não deu certo nos países ricos e também não está dando certo no Brasil.

O problema do SUS, na visão do consultor, mas presente igualmente na saúde suplementar brasileira, está na incoerência entre uma situação de saúde que combina transições demográfica, nutricional e epidemiológica aceleradas e tripla carga de doenças, com forte predomínio relativo das condições crônicas, e uma resposta social estruturada por um sistema de atenção à saúde que é fragmentado e opera de forma episódica e reativa,



voltado, principalmente, para a atenção às condições agudas e às agudizações das condições crônicas. “O sistema de atenção à saúde fragmentado que praticamos não é capaz de responder socialmente, com efetividade, eficiência e qualidade, à situação de saúde vigente”, explicou.

Segundo ele, a resposta a esse desafio está em restabelecer a coerência entre a situação de saúde e a forma de organização do sistema de atenção à saúde, acelerando as mudanças necessárias que levem à conformação de um sistema integrado que opere de forma contínua e proativa e que seja capaz de responder, com eficiência, efetividade, qualidade e de modo equilibrado, às condições agudas e crônicas, “ou seja, o SUS deverá se estruturar em RAS”.

Vilaça esclarece que as redes são a resposta adequada à situação de saúde vigente em nosso país e implicam organizar de forma integrada os pontos de atenção ambulatoriais e hospitalares secundários e terciários, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança. “As redes diferenciam-se dos sistemas de atenção à saúde fragmentados por terem uma população a elas vinculada, por instituírem ações coordenadas pela

APS entre os diversos componentes de sua estrutura operacional e por praticarem modelos de atenção à saúde baseados em evidências científicas.”

Para o consultor, a implantação das redes é um desafio que se coloca para os gestores do SUS nos próximos anos. “Não será uma tarefa trivial porque a fragmentação presente tem profundas raízes econômicas, políticas e culturais. Mas não há saída sem essa mudança radical na organização microeconômica do SUS. Continuar fazendo mais do mesmo não resultará em benefícios para a população brasileira”, alertou.

Questionado sobre a importância das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) na implantação das redes, ele ressalta que no Brasil, por ser um país continental com grandes diferenças políticas, econômicas e culturais entre suas regiões, não é possível implantar políticas públicas de saúde que não levem em consideração as singularidades regionais. “Adaptar a norma nacional aos diferentes estados e regiões brasileiras é um trabalho ine-

quívoco das Secretarias Estaduais de Saúde. Isso se aplica à implantação das RAS.”

No entanto, observa que a participação das SES deve se fazer em obediência a fundamentos essenciais das redes, entre eles, os de economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde, que determinam, dialeticamente, a lógica fundamental da organização racional das RAS.

Vilaça falou também sobre as bases territoriais das redes, que em razão de seus fundamentos têm de ser regiões de saúde constituídas por conjuntos de municípios e que tenham escala suficiente para ofertar, de forma racional, os serviços de APS, de atenção secundária e terciária hospitalares e ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica e de apoio logístico, além do sistema de governança regional dessas redes. “O trabalho de definir essas regiões de saúde, de coordenar em âmbito estadual a implantação das redes e de coparticipar da governança, financiamento e/ou prestação de serviços nes-



sas redes são funções indelegáveis das Secretarias Estaduais de Saúde e, certamente, para cumprirem essas funções as SES devem redefinir seus planos estratégicos e, em coerência com eles, seus mecanismos de governança, sua força de trabalho e seus recursos.”

Sobre os pontos críticos do processo de implantação das redes nos estados, Eugênio Vilaça afirmou que o Brasil viverá nos próximos anos, especialmente no biênio 2015/2016, com base na crise fiscal presente na trina federativa, uma situação de ajuste de gastos que terá reflexos no financiamento da saúde e exigirá dos gestores foco em suas ações prioritárias. “No plano da implantação das redes, isso significará operar com um número reduzido de redes temáticas e focalizar, nelas, a energia gerencial e os recursos.”

Outro ponto mencionado por Vilaça diz respeito à opção pela implantação das redes que, segundo ele, implica substituir a organização hierárquica vigente por organização poliárquica que opera com base em cooperação e interdependência entre diferentes atores públicos presentes no SUS. “Por essa razão, a implantação das redes exige que os gestores da saúde superem uma prática vigente de estruturação de serviços de saúde em silos que não se comunicam entre si por outra que considere as relações de interdependência e cooperação entre os diferentes componentes dessas redes.”

Sobre a governança das redes, o consultor afirmou que ela é diferente da governança de organizações hierárquicas e da governança de mercado. Segundo ele, na governança em redes, a coordenação é realizada por meio da interação entre gestores independentes em processos de negociação e tomada de decisão coletiva sobre a distribuição e o conteúdo as tarefas. “A governança em redes pressupõe uma situação em que se busca gerar um excedente cooperativo e um incremento das interdependências entre os diferentes atores sociais que

nela participam. É uma governança de redes complexas, constituídas por diferentes atores situados nos âmbitos nacional, estadual ou local, grupos políticos e sociais, grupos de interesses e pressão, movimentos sociais e organizações públicas e privadas”, disse, explicando em seguida que a governança pública é a influência dos processos societários em uma rede de muitos outros coatores de governança. “Ocorre que toda tradição do SUS é de uma governança de organizações hierárquicas, incompatível com a governança em redes. Por isso, há de se reconceber os processos de governança do SUS, especialmente nos âmbitos das regiões de saúde, para que se transformem, de fato, em governança em redes. Mais uma tarefa imprescindível de responsabilidade dos gestores das SES”, detalhou.

Vilaça concluiu ressaltando a contribuição do CONASS ao movimento de implantação das RAS no Brasil, seja na discussão conceitual e na formulação de uma proposta para o SUS, seja na sua difusão por meio da realização de oficinas em vários estados brasileiros, ou ainda na assessoria direta às experiências que estão sendo realizadas em vários estados brasileiros.



Gestão e Financiamento do SUS

> Gestão

Vinte e seis anos se passaram desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988. Dois anos após a sua criação, a Lei



n. 8.080/1990, mais conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, regulamentou o sistema ao tratar da organização, da direção e da gestão do SUS, bem como da definição das competências e das atribuições das três esferas de governo, do funcionamento e da participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde e, por fim, da política de recursos humanos.

Em 2011, passados 21 anos da promulgação da Lei e diante da necessidade de se modernizarem alguns mecanismos de gestão do SUS, tendo em vista as mudanças ocorridas nas realidades sociais e demográficas do Brasil, foi publicado o Decreto n. 7508/2011, com o importante papel de regular a estrutura organizativa do SUS. No ano seguinte, foi a vez da regulamentação da Emenda Constitucional n. 29/2000, por meio da Lei Complementar n. 141/2012, para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelecer os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.

Além de aperfeiçoar normativas legais já existentes, o decreto institui novos dispositivos como as Regiões de Saúde e o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde, o Coap – instrumento jurídico que explicita os compromissos pactuados em cada região de saúde.

O secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS), André Bonifácio de Carvalho, explica que o contrato visa assegurar e fortalecer a Regionalização em Saúde como princípio organizativo do sistema, a partir das necessidades da população, promovendo processos de planejamento e programação pactuada, no âmbito regional, entre gestores municipais, estadual e federal.

Bonifácio esclarece que, por meio do compromisso dos entes federativos estabelecido no contrato, será possível organizar e integrar as ações e os serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades por parte dos entes federados.

Para ele, as secretarias estaduais de saúde têm papel fundamental na coordenação do processo na região de saúde, garantindo a efetivação da equidade e a integralidade em Saúde por meio da implementação e articulação das Redes de Atenção à Saúde. “É fundamental que, nesse início das gestões estaduais e federal, haja um processo de análise da experiência ocorrida desde a sua implantação, pactuação e construção de agenda entre o Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, de forma que seja um processo integrado entre a implementação da Rede de Atenção à Saúde, fortalecimento da governança regional e planejamento. Dessa forma, o COAP será construído de forma compartilhada, solidária e com sustentabilidade”, disse.

Questionado sobre como o Ministério da Saúde planeja qualificar os novos gestores do SUS que assumiram neste início de ano, o secretário da SGEP afirmou que o estímulo à qualificação da gestão em saúde é prioridade do Ministério da Saúde. Ele também ressal-

to que a SGEF está investindo em esforços e desenvolvendo ações para a efetivação do processo de qualificação. “O Ministério da Saúde irá promover a realização de encontros de acolhimento dos Secretários Estaduais de Saúde com objetivo de apresentar e discutir as principais políticas do SUS e ressaltar o papel estratégico da gestão estadual para garantir implementação dessas políticas”, afirmou.

Ainda de acordo com ele, o acolhimento visa também fortalecer a relação interfederativa entre os entes federados, bem como reafirmar a necessidade de participação efetiva dos gestores nas instâncias de pactuação. Bonifácio faz ainda uma ressalva. “A qualificação da gestão passa, principalmente, por estratégias de Educação Permanente, valorizando espaços de pactuação e participação do SUS, seja no âmbito nacional, estadual, regional ou municipal.”

Sobre as responsabilidades e atribuições da gestão estadual no processo de consolidação do SUS, Bonifácio enfatiza que são inúmeras e reforça que cabe ao estado coordenar e desenvolver ações nos processos de implementação da Rede de Atenção; do aperfeiçoamento da regionalização e sua governança e no planejamento e monitoramento das ações de saúde. Ele esclarece, no entanto, que todas essas ações devem ser pautadas pelas necessidades da população e, para que isso ocorra, há de se valorizar e propiciar o fortalecimento da participação e controle social.

E chama a atenção dos novos gestores para a realização da 15ª Conferência Nacional de Saúde, neste ano, enfatizando a necessidade de se promoverem e garantirem estratégias e ações para maior participação de toda a sociedade. Segundo ele, um dos grandes desafios é garantia de acesso com qualidade, equidade e integralidade e, para isso, há de se considerar que, além de exercer a atividade da implementação das ações de saúde para a população, é necessário trabalhar considerando-

-se as dimensões técnica e política, de forma participativa e estratégica com os trabalhadores, representantes de movimentos sociais e a comunidade em geral. “Nesse sentido, os gestores têm responsabilidade sanitária e cidadã de instigar, promover e participar de debates com a sociedade civil na consolidação do Sistema Único de Saúde como direito de todos brasileiros e brasileiras”, concluiu.

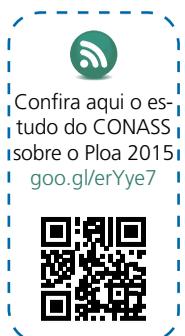


> Financiamento

Um dos maiores gargalos do SUS, o subfinanciamento crônico da saúde pública brasileira, é também um dos maiores motivos de preocupação para os gestores de saúde no país.

Estudo recente do CONASS sobre o orçamento para a saúde em 2015 revelou a necessidade de ampliação dos recursos orçamentários para a saúde em R\$ 29 bilhões. Valor esse necessário para atender minimamente a algumas ações relativas à Média e Alta Complexidade ambulatorial e hospitalar, Atenção Primária à Saúde, à aquisição de medicamentos básicos e especializados e à Vigilância em Saúde e Sanitária.

O presidente do CONASS, Wilson Alecrim, observou que o estudo foi entregue, no fim do ano passado, ao relator geral do Orçamento, senador Romero Jucá (PMDB/RR), ao relator setorial da Saúde, senador Jorge Viana (PT/AC), e ao presidente da Frente Parlamentar da Saúde, deputado federal, Darcísio Peron-



di (PMDB), solicitando a inclusão do estudo do CONASS no Relatório Final do Projeto de Lei Orçamentária/2015, uma vez que o documento aponta um cenário pessimista caso não haja incremento nos valores previstos. “No entanto, não tivemos sucesso de que os parlamentares acatassem as propostas que apresentamos”, ressaltou.

Com a aprovação da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) n. 358/13, a situação, segundo o presidente do CONASS se agravou, já que a participação da União no financiamento da saúde prevista pela proposta não atende as necessidades de financiamento do SUS para corrigir o subfinanciamento. “A Receita Corrente Líquida (RCL) é flutuante e as necessidades de saúde não podem ser atendidas de forma flutuante. Além disso, o inconveniente maior é que levará 5 anos para que a União saia do percentual de 13,2% da sua RCL para chegar nos 15%”, alertou.

Ele também adverte que a nova modelagem econômica traçada para o país agravará mais ainda a situação. “Estamos próximos de uma recessão, com crescimento zero, redução da oferta de financiamento para os bens duráveis, aumento das taxas de juro e redução do número de empregos novos, ou seja, os estados que sobrevivem da arrecadação do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) terão essa receita profundamente abalada sem essa arrecadação não haverá receita para cumprir as principais obrigações do poder público”, alertou.

Por isso, segundo ele, é necessário que estados e municípios se mobilizem de maneira que a questão do subfinanciamento do SUS continue ocupando a agenda de trabalho dos gestores do SUS. “Essa questão não pode sair da nossa pauta de trabalho, pois precisamos dar à população brasileira o que lhe é de direito e obrigação do poder público. No entanto, isso



só poderá acontecer se as 3 esferas de gestão trabalharem de forma organizada o financiamento e a gestão dos recursos do SUS”.

De acordo com o secretário executivo do CONASS, Jurandi Frutuoso, o quadro atual do subfinanciamento do SUS se agrava progressivamente, causando danos irreversíveis ao sistema. “Um dos maiores agravos é que o subfinanciamento do SUS dificultou a implantação de algumas estratégias que poderiam fortalecer a gestão e consolidar o sistema”, explicou.

Frutuoso explica que o gasto público com saúde no Brasil é baixo quando comparado a outros países que possuem sistemas universais de saúde. Ele citou exemplos de países como a Dinamarca onde o gasto público com saúde chega a 85,1% e o Reino Unido com 83,2%. “Os estudos evidenciam que nos países com sistemas universais de saúde o financiamento público da saúde é acima de 60% do gasto total. No Brasil esse percentual está em torno de 45%. É difícil sustentar um sistema universal com um gasto público tão baixo. Essa é hoje a grande ameaça que o SUS sofre”, observou.

A secretária executiva do Ministério da Saúde, Ana Paula Menezes, por sua vez, esclarece que a Emenda Constitucional n. 29 assegura um piso mínimo para as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) nas esferas federal, estadual e municipal, mas observa que em contexto de dificuldades econômicas, como o esperado, há crescimento mais moderado dos gastos com saúde nos próximos anos, seja em vinculação ao PIB nominal, seja como indexação à receita. Ela ressalva, porém, o compromisso do MS com os tetos estabelecidos para estados e municípios. “O esforço que temos feito para a redução dos custos com medicamentos, vacinas e insumos estratégicos, por meio da negociação de preços e as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP), deverá proporcionar um redirecionamento dos pos-

síveis saldos para as ações com demandas mais acentuadas como os procedimentos de Média e Alta Complexidade”, disse.

Sobre os gastos públicos com saúde no Brasil, a secretária executiva observou ser necessário considerar o cenário econômico atual, com as medidas necessárias à retomada do crescimento econômico. Segundo ela, um novo ciclo de crescimento será condição necessária para o financiamento de políticas públicas e serviços essenciais à população nos próximos anos. “Particularmente, a elevação sustentada dos investimentos em saúde estará necessariamente indexada no crescimento do PIB e na recuperação da receita. Além disso, não podemos fazer o debate do financiamento sem uma agenda para melhorar de forma contínua a qualidade do gasto público”, afirmou.

No âmbito do Ministério da Saúde, Menezes explicou haver diversas iniciativas nesse sentido e citou como exemplos: as inovações nos marcos das PDP; o início da pactuação entre gestores para indução de seleção de investimentos prioritários para as emendas parlamentares; as alterações normativas nas regras de compras de insumos estratégicos pelo Ministério da Saúde etc. “Em parceria com o CONASS e com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), é fundamental que possamos oferecer novas soluções para a gestão do SUS que, combinadas com o financiamento do sistema, terão impactos significativos sobre a população.”

Ana Paula Menezes convoca os gestores estaduais à defesa incessante do SUS, classificado por ela como uma das principais políticas sociais em curso no país e cuja construção configura-se como um desafio permanente para os gestores de saúde. “O SUS é exemplar pelo seu método de construção coletiva e de cooperação interfederativa que define sua forma compartilhada de gestão; nesse sentido, torna-se imperativo o esforço de todos nós para o fortalecimento das suas instâncias co-



legiadas de gestão e da negociação como relevante ferramenta dessa construção.”

Por fim, a secretária reforça que o Ministério da Saúde, como gestor federal do SUS, está à disposição dos novos gestores que estão assumindo as Secretarias Estaduais de Saúde. “O Ministério da Saúde coloca-se, então, como parceiro para o enfrentamento dos grandes desafios de implantar um sistema de saúde universal, equânime, integral e descentralizado.”

Para o médico sanitário, pesquisador convidado do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília e membro do Conselho Fiscal da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES), Sérgio Piola, os próximos anos serão muito duros não só para o sistema público de saúde, mas para a população brasileira, principalmente para as camadas de renda média e baixa. “O SUS sofrerá, mas acredito que será protegido porque é justamente nestes ciclos de baixo crescimento, com riscos de recessão, que os serviços públicos de saúde se tornam mais essenciais”, afirmou.

Ainda de acordo com Piola, apesar de parecer contraditório, em países em que os

serviços privados convivem ao lado dos serviços públicos, quando a renda disponível se reduz, há também a diminuição na procura por serviços privados de saúde e, consequentemente, a procura pelo setor público aumenta. “O inverso também é verdadeiro. O SUS se sustentará porque bem ou mal tem certa defesa que lhe foi conferida pela EC n. 29/2000. Sem ela, seguramente a crise seria muito pior”, explicou.

O problema, segundo o pesquisador, é que a participação federal no financiamento do SUS partiu de uma base muito baixa em 2000 e o Governo Federal, mesmo quando os rumos da economia eram mais favoráveis, não fez nada para que a base aumentasse. Segundo ele, o Governo Federal aplicou pouco mais que o previsto no piso, transformando o piso legal em teto de suas aplicações. “Se o SUS tivesse sido prioridade, não se teria executado apenas os recursos definidos por lei. Serão um ou dois anos muito duros, na melhor das hipóteses. A receita que já está sendo utilizada pela equipe econômica é bem conhecida: realização de superávits primários, à custa de aperto no orçamento, buscando reduzir gastos e aumento nos juros e nas receitas de impostos e contribuições. Só a mobilização da sociedade poderá distribuir de forma mais equânime os custos sociais dessas medidas”, alertou.

Sobre o baixo gasto público com a saúde, Piola é enfático ao afirmar que o Brasil exibe uma situação paradoxal, pois é o único país que tem um sistema público com compromisso de acesso universal e atendimento integral, mas cujo gasto público é inferior ao privado. “O gasto total, como proporção do Produto Interno Bruto (PIB), hoje estimado em 9% desse indicador, não pode ser considerado baixo. Reino Unido e Espanha, só para citar dois exemplos de países com sistemas públicos de cobertura universal, têm gasto equivalente a 9,6% do PIB. A diferença é que nesses países o gasto público corresponde a

83,2% e 74% do total, respectivamente, enquanto no Brasil o gasto público é inferior a 50% do total (47% para ser mais preciso)”, esclareceu.

Aprovação da PEC n. 358/13 piora a situação da saúde

Diante do quadro de instabilidade econômica e financeira que o Brasil atravessa, o cenário para a saúde pública piorou, quando no último dia 10 de fevereiro, a Câmara dos Deputados, aprovou a PEC n. 358/2013 do orçamento impositivo.

Nela, a proposta de aplicação é de 15% da Receita Corrente Líquida, em que o percentual será aplicado de modo gradual, evoluindo em cinco anos de, no mínimo, 13,2%, 13,7%, 14,1%, 14,5%, 15%. Incluindo para o cômputo do montante mínimo 50% das emendas individuais e os recursos dos royalties do petróleo estabelecido na Lei n. 12.858/2013.

Vale lembrar que, em 2012, quando foi lançado o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública, a sociedade tentou garantir mais recursos para o SUS. Em agosto de 2013, o Movimento entregou à Câmara dos Deputados 2,2 milhões de assinaturas de eleitores que exigem a aplicação do equivalente a 10% das Receitas Correntes Brutas (RCB) da União em ações de saúde. O projeto foi aprovado pela Comissão de Legislação Participativa, apresentado como Projeto de Lei Complementar n. 321/2013, tramita na Casa apensado ao PLP n. 123/2012, mas até hoje não foi votado.

Para Piola, infelizmente não se avançou na proposta do Saúde + 10 e nem em propostas alternativas que poderiam propiciar ao SUS um volume de recursos mais compatível com seus compromissos constitucionais de acesso universal, igualdade no atendimento e integralidade na assistência porque o governo e o parlamento patrocinaram uma proposta que desrespeitou os anseios da população

por uma saúde pública de qualidade. “Desrespeitou ao aprovar a PEC n. 358/13, uma proposta de alteração no financiamento federal do SUS que traz um aporte muito pequeno de recursos e, ao mesmo tempo, traz sérios inconvenientes, principalmente por colocar na Constituição matéria, tornando mais difícil mudanças no futuro”, disse.

Ele explica que a proposta do Movimento Saúde +10 daria um acréscimo equivalente a 0,8% do PIB no orçamento federal do SUS e um acumulado de R\$ 257,1 bilhões em cinco anos. Já na proposta da PEC, por sua vez, a base passa a ser de 15% da Receita Corrente Líquida (RCL), e o piso seria alcançado gradualmente em cinco anos. Como a RCL é um agregado menor que a RCB, isso resultaria um acumulado de recursos, em cinco anos, de apenas R\$ 64,2 bilhões. “Para usar a RCL, por ser um agregado em que já estão excluídos os recursos que são arrecadados pela União e, posteriormente, transferidos para estados e municípios (do FPE e FPM) e aqueles destinados aos compromissos previdenciários da União, deveria ter sido proposto um percentual da RCL equivalente aos 10% da RCB que, na época da propositura, correspondia a 18,7% da RCL”, explicou.

Para ele, ao que parece, nem o Ministério da Saúde acredita que a PEC possa ser uma solução mais definitiva para o orçamento federal da saúde. “Segundo o que pode ser lido na imprensa, fala-se em buscar recursos adicionais para a Pasta, talvez até mediante a criação de contribuição específica, mas não se toca nessa proposição em fase final de votação pelo Congresso e que foi patrocinada pelo governo e por suas lideranças no Legislativo”, afirmou.

Para Piola é preciso buscar a união dos gestores estaduais e municipais por mais recursos para o SUS, mobilizando, por meio do convencimento, políticos e outras lideranças, mas também é imprescindível conferir valor



Confira o texto final aprovado
goo.gl/xuz4n4



Saiba mais sobre o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública
goo.gl/vl2G7l



aos recursos existentes, mediante um gestão comprometida com atendimento de qualidade para nossa população. “Contra o descaso, contra a falta de compromisso, não há solução”, finalizou.

Assim como Piola, o secretário executivo do CONASS chamou a atenção para o fato de que a aprovação da PEC modifica a Constituição Federal. “A aprovação é tão danosa ou mais que a derrubada da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), porque modificou a Constituição Federal. Isso significa que uma possível reversão é agora mais difícil, já que seria necessária nova PEC, com aprovação em dois turnos, nas duas Casas e com a aprovação de 3/5 do Congresso Nacional, em ambas as votações”, explicou.

Frutuoso citou a Nota do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que repudiou a aprovação da PEC. “Segundo a projeção do CNS, o cenário mais otimista representa perda aproximada de R\$ 7 bilhões e o cenário mais realista indica que a perda será de R\$ 10 bilhões já no primeiro ano da aprovação”, observou.

Segundo Frutuoso a perspectiva para o futuro do SUS é sombria. “Nós lutávamos por aumento de recursos necessários para dar sustentabilidade e fortalecimento ao sistema, no entanto, iremos perder dinheiro com essa aprovação”.

Para ele, os gestores estaduais que aceitaram o desafio de gerir o SUS, terão de trabalhar com a consciência de que enfrentarão dificuldades muito fortes em relação ao financiamento, sendo necessário fazer mais com menos. “Eles precisarão qualificar a gestão, para que, com o pouco financiamento, consigam dar conta do desafio recebido que é oferecer saúde de qualidade para o povo que ele governa. Competência e eficiência nos gastos. Essas são as palavras”, finalizou.



Alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde

Há tempos que as alternativas de gerência de Unidades Públicas de Saúde ocupam espaço na pauta de discussões sobre o modelo de gestão da saúde pública no país.

Encontrar alternativas que preservem os princípios do SUS, mas que sejam mais modernas e eficientes no atendimento à população, é fundamental para os secretários estaduais de saúde que dia a dia enfrentam o desafio de fazer a gestão do Sistema Estadual de Saúde e ao mesmo tempo dar conta das tarefas necessárias para a manutenção e o funcionamento de ambulatórios e hospitais estaduais.

Desde 2007, o CONASS tem trabalhado em torno dessa questão a partir do consenso dos secretários de saúde que, ao defenderem as alternativas de gerência, também entendem que não há modelo único de gerência, pois cabe ao gestor estadual, observada a realidade local e a estrutura existente, definir a melhor opção para o seu estado.

Para o assessor de gabinete da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Olímpio Bitar, outras formas de gestão não modificam o objetivo fim da entidade que é o atendimento integral ao SUS, somente melhoram o fornecimento deste serviço à população.

Questionado sobre as polêmicas que envolvem o assunto e que associam as alternativas de gerência à privatização velada do SUS,

o assessor foi categórico: “Estas tentativas de agilizar as ações da máquina pública não me parecem formas de privatização. É preciso diferenciar a avaliação de formas de gestão de pensamentos ideológicos dogmáticos, que paralisam o serviço público, isto sim, quando impregnado no serviço público, causa danos piores que qualquer privatização”, opinou.

Bittar explica que na Administração Direta federal, estadual e municipal, para a contratação de um único servidor público, a centralização e a má burocracia (criação de regras em excesso) exigem a realização de concurso público, o que consome no mínimo 134 dias até o profissional chegar ao seu posto de trabalho, caso não ocorram recursos legais impetrados pelos demais candidatos.

Para ele, embora a aquisição de materiais ou a contratação de serviços tenham evoluído nos últimos anos com os pregões eletrônicos, os processos de compra ou contratação de serviços somente se realizam depois de 30 dias, em média 60 dias. “Ao longo do tempo, foram criadas entidades jurídicas visando à maior autonomia de gestão, como as autarquias, as fundações de direito público e privado, as organizações sociais de saúde, as agências, algumas com maior liberdade de ação, outras nem tanto, mas que melhoraram a agilidade na administração, permitindo maior qualidade e produtividade.”

Ele reconhece que a terceirização de serviços foi outro avanço na contratação e na reposição da mão de obra fortemente instalada na infraestrutura das unidades (limpeza, alimentação, segurança, transporte), e acredita que, em alguns casos, contratos têm o aporte de equipamentos e aquisição de insumos, o que facilita a operação. “Porém, nas atividades fins, realizadas no ambulatório, na emergência e na internação, existem restrições legais ao uso da modalidade, exce- tuando-se casos como serviços de anestesia e alguns serviços complementares de diagnós-



tico, como laboratórios de análises clínicas”, esclareceu.

O assessor fala sobre a experiência de São Paulo e esclarece que as Organizações Sociais de Saúde (OSS) em São Paulo são importantes para a oferta de programas e serviços de saúde para a população, permitindo de forma ágil contratar pessoas e comprar insumos, evitando a quebra de continuidade no atendimento. “Além de hospitais, têm-se os Ambulatórios Médicos de Especialidades, os Serviços de Diagnóstico por Imagem, Serviço de Logística para insumos hospitalares, muitos deles localizados em áreas carentes de outros serviços de saúde. Essas OSS têm realizado serviços muito bem avaliados pela população usuária.”

Para Olímpio Bittar, para fortalecer a gestão pública, criando melhores condições institucionais para gerenciar o sistema e os serviços públicos do SUS, é necessário melhorar

as informações e a informatização do sistema e profissionalizar a comunicação com os funcionários e a comunidade, melhorar a avaliação qualitativa e quantitativa dos serviços prestados, além de incorporar profissionais especializados em “trabalhar” a cultura das pessoas e das comunidades, visando prevenir doenças e promover saúde.

O assessor da SES/SP aconselha os novos gestores do SUS a conhecerem a situação epidemiológica, demográfica, geográfica e de oferta de serviços de saúde local e regional de seus estados e a reverem a estrutura administrativa das secretarias e unidades de saúde, atualizando-as e prevendo as transformações tecnológicas, demográficas, sociais e econômicas que virão cada vez mais intensas e rápidas nos próximos anos. Além disso, “criar um órgão formador ou estabelecer parcerias para formar gestores de saúde e epidemiologistas para a realidade apresentada nos seus estados e, se for o caso, estabelecer contratos alterna-

tivos de gerência, para, assim, garantir o bom monitoramento deste”, finalizou.

Valéria Alpino Bigonha, ex-consultora do CONASS, responsável pelo levantamento dos modelos de gerência utilizados pelas Secretarias de Estado da Saúde, reforça a importância de se avaliar o significado da expressão “alternativas de gerência”, especialmente na área da saúde pública. “Existem duas formas de o Estado cumprir o seu dever de garantir serviços de saúde à população: de forma direta, pela atuação de seus órgãos da Administração Direta ou de suas autarquias, fundações e empresas estatais; ou por intermédio de terceiros, por meio de contratos de parceria ou de prestação de serviços com entidades civis com ou sem fins lucrativos, instituídas por particulares.”

Entretanto, segundo ela, é preciso diferenciar claramente as duas formas, principalmente quanto à sua natureza constitutiva e ao vínculo com o Estado. “O termo ‘alternativas de gerência’ engloba as duas formas de



atuação do Estado na saúde pública: a direta e a indireta, compreendendo tanto os modelos de descentralização administrativa, alternativos à atuação central das SES do Distrito Federal ou dos municípios; quanto os modelos de execução indireta, por terceiros, seja pela compra de serviços no mercado ou pelo fomento à atuação da sociedade civil organizada”, explicou.

Ela destaca ainda que a contratação de terceiros somente é autorizada dentro do SUS quando os serviços diretos do Poder Público forem insuficientes. “Assim, as alternativas de gerência que implicarem a execução indireta dos serviços de saúde devem ser usadas, tão somente, de forma complementar às alternativas de gerência de execução direta.”

Bigonha afirma que as parcerias que as Secretarias de Saúde estabelecem com entidades civis sem fins lucrativos pré-qualificadas como Organizações Sociais e Oscips não devem ser utilizadas como alternativas à execução direta dos serviços pelo Poder Público e não podem substituir a ação estatal. Elas são, ainda segundo Bigonha, uma forma de o Poder Público estimular e apoiar a atuação integrada e cooperada com o particular e devem ser firmadas quando a sociedade civil local tiver e quiser contribuir com o Poder Público na prestação de serviços de saúde à população, seja por dispor de capacidade instalada, de recursos financeiros ou de conhecimentos e expertise, entre outros. “Nesse caso, como há interesses convergentes entre os particulares e o Poder Público, o estabelecimento de parcerias representa uma união de forças na implantação da política pública e pode envolver fomento e cessão de bens e imóveis públicos”, afirmou.

Sobre a privatização dos serviços, alerta: “o uso inadequado dos modelos de parceria, especialmente quando utilizados para substituir a prestação direta de serviços pelo Poder Público, pode implicar privatização de serviços, bens e servidores públicos”.

Para ela, o grande desafio que se impõe aos dirigentes públicos, nas três esferas de

governo, é o de implementar soluções pragmáticas a problemas reais, que atendam às necessidades da população, de modo ágil, desburocratizado, objetivo e com qualidade, e impactem positivamente nas condições de vida dos cidadãos, sobretudo daqueles em situação de risco social.

Segundo Bigonha, para que isso aconteça, é preciso reformar o atual ordenamento jurídico administrativo brasileiro que se encontra obsoleto tendo como foco os problemas a serem resolvidos, bem como romper com a tendência ao burocratismo e com a cultura de cerceamento da discricionariedade do gestor público. Para ela, o espírito de desconfiança no administrador tem conduzido a uma lógica do imobilismo, do “não fazer” uma vez que “quem se aventura e faz” assume muita responsabilidade e fica mais sujeito à penalização. “Apesar do discurso corrente em torno da gestão por resultados e da busca por inovação, hoje, a legislação nacional está estruturada para inibir a ação estatal, em um movimento de autarquização das alternativas de gerência”, alertou, citando em seguida a recente aprovação da Lei n. 13.019/2014, denominada “Marco regulatório das organizações da sociedade civil” e que deverá entrar em vigor no segundo semestre deste ano. “A lei desconsidera a natureza privada das entidades civis sem fins lucrativos e autarquiza as suas relações com o Poder Público. Põe fim ao convênio, mas preserva e agrava suas inadequações à regulação das relações do Poder Público com o Terceiro Setor. É uma lei nova que já nasce velha e desconectada da realidade nacional, apresentando claros sinais de inconstitucionalidade”, observou.

Aos novos gestores do SUS, Valéria Bigonha recomendou que busquem conhecer as alternativas de gerência existentes no ordenamento jurídico nacional e façam uma análise cuidadosa de quais as que melhor se aplicam para o contexto específico do seu estado. “É importante avaliar, primeiramente, se há necessidade de descentralizar e recursos dis-

poníveis para arcar com a descentralização. Avaliem, também, os riscos jurídicos e políticos da adoção de cada modelo.”

Outra orientação relevante mencionada é que os gestores fortaleçam a capacidade da Secretaria de Saúde de negociar adequadamente os termos dos ajustes celebrados com essas entidades, principalmente no que se refere aos valores do fomento público e às metas de desempenho esperadas das entidades parceiras.



Direito à Saúde

Com impactos cada vez mais significativos para o Sistema Único de Saúde (SUS), a judicialização da saúde tem ocupado com frequência espaço nas discussões sobre a saúde pública brasileira. E na mesma velocidade com que crescem as demandas judiciais em saúde, cresce o esforço de aproximação entre os atores envolvidos direta ou indiretamente nessa questão.

Entender como funciona a legislação sanitária e como se dão as decisões para cumprimento de ordens judiciais é fundamental para que todos os atores envolvidos encontrem uma maneira de, juntos, garantirem dentro das possibilidades do SUS o acesso da população a ações e serviços de saúde, fazendo cumprir o que está previsto no artigo 196 da Constituição Federal e nas demais leis sanitárias.

Sendo assim, cada vez mais, gestores do SUS das três esferas de gestão, juízes, promotores de justiça, procuradores, defensores públicos, organizações da sociedade civil, universidades, entre outros, têm conversado entre si na tentativa de buscarem soluções que não coloquem em risco a sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro.

Ao entender a importância da aproximação desses atores e a necessidade do fortalecimento de estratégias que facilitem a comunicação entre eles, o CONASS instituiu, em 2013, a Câmara Técnica de Direito Sanitário (CTDS), que agrega representantes das 27 Secretarias Estaduais de Saúde (SES), para discussão, formulação, avaliação e apresentação à assembleia dos secretários estaduais questões relacionadas à judicialização da saúde e outros aspectos relativos ao Direito à Saúde.

A assessora técnica do CONASS, coordenadora da CTDS, Alethele Santos, explica que o grupo engloba especialmente técnicos das assessorias jurídicas das SES e das Procuradorias Gerais dos Estados (PGE), que são responsáveis pela temática no âmbito de seus territórios e indicados pelos secretários de saúde no início de cada gestão.

Sobre a judicialização da saúde, ela explica que a gestão do sistema tem de ser sempre voltada à garantia do direito à saúde. No entanto, esclarece que atualmente as demandas judiciais em saúde têm envolvido aspectos específicos: a demanda em que o usuário não encontrou o que precisava e que deveria ter sido oferecido pela gestão; ou a demanda em que o usuário acha que tem direito a determinado serviço ou produto, mas o sistema avaliou e entende que ele não tem, como os medicamentos não incorporados, por exemplo. “A gestão de saúde tem de ser feita para garantir o direito à saúde, só que essa garantia também encontra limites legais, financeiros, de benefícios ao paciente e outras”.

Questionada sobre como lidar com a dualidade que existe quando o que está em questão é o direito à saúde, já que muitas vezes o interesse individual se sobrepõe ao coletivo, e boa parte dos recursos que seriam utilizados para um bem coletivo são gastos com demandas individuais, ela explica que, para o CONASS, o direito à saúde é o direito individual e também o direito coletivo, porque não existe direito coletivo se o individual não estiver garantido.

De acordo com a assessora, o que acontece é que o sistema de justiça, por não conhecer muitas vezes as peculiaridades do sistema de saúde, defere itens que causam prejuízo ao interesse coletivo, como nas ações em que um Ente Federativo é condenado a cumprir a competência de outro, ou quando o juiz, determina o cumprimento de uma ordem pelos três Entes Federativos. “Questões como essas levam a esse conflito, mas o interesse individual não pode comprometer o direito coletivo. O direito à saúde é um direito social e a política de saúde é pensada levando em consideração limitações legais, administrativas, financeiras e outras”, afirmou.

A assessora ressalta que, por vezes, o sistema de justiça tem um entendimento parcial do que é o SUS e o vê como sendo somente a assistência à saúde: só o ambulatório, o hospital e os medicamentos. “Quanto mais a Atenção Primária à Saúde (APS) for fortalecida, menor a necessidade de uso de ambulatório e de hospital o paciente vai ter e não é comum, ver o sistema de justiça atuar no fortalecimento da APS, nas questões de humanização do atendimento, no favorecimento à gestão do SUS, etc. A judicialização hoje está muito concentrada na assistência ambulatorial e hospitalar, compreendida a assistência farmacêutica”.

Sobre a aproximação entre os sistemas de saúde e de justiça, ela esclarece que há dificuldade na comunicação entre ambos. “O sistema de saúde fala para si mesmo. As nossas publicações falam numa tecnocracia que outros campos do saber não conseguem acessar e isso inclui o judiciário que, por sua vez, faz do mesmo jeito”, disse.

Para ela, os dois sistemas precisam sair da zona de conforto, a fim de possibilitar discussão sistematizada e mais orientadora, o que inclui a importância das procuradorias estaduais nessa discussão. “Quem atua em nome do SUS nos estados, seja ele como autor, seja ele como réu, são as procuradorias estaduais. Então os procuradores têm de estar envolvidos e ser conhecedores desses sistemas, para que

eles possam particularizar a defesa que precisam fazer”.

E para que a articulação entre esses sistemas de fato ocorra, ela explica que não existe uma fórmula única. Para ela, a secretaria de saúde tem de estar preparada para oferecer o que está previsto no SUS. “É preciso uma organização administrativa muito adequada”, esclarece.

Ela cita exemplos de alguns estados que desenvolveram métodos de “conversa” entre o sistema de saúde e o de justiça, como Minas Gerais com o sistema da mediação sanitária que prioriza a organização do sistema e não a ação individual, coordenada pelo Ministério Público; ou o Rio Grande do Sul, que fortaleceu o comitê estadual do Fórum de Saúde do Conselho Nacional de Justiça (CNJ); ou o Mato Grosso do Sul, que levou procuradores para dentro da SES, ou ainda o Rio de Janeiro, que tem a Câmara de Solução de Litígios que é uma tentativa de solução administrativa e de inserção do paciente na organização do sistema antes de chegar à judicialização. “O que se observa é que os estados têm se movimentado nessa busca, e não há uma fórmula única. Então o estado antes de qualquer iniciativa, deve ter ca-



pacidade de diagnóstico acerca da judicialização em seu território, para então planejar uma estratégia adequada”, disse.

Indica ainda a disponibilidade que o CNJ tem tido em promover essa articulação, seja pelos comitês, seja pelas jornadas de direito sanitário etc.

Sobre a entrada do CONASS no Comitê Executivo do Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à Saúde – o Fórum da Saúde, ela explica que é boa oportunidade de mostrar no CNJ, a atuação das secretarias estaduais de saúde, especialmente quanto às suas competências no SUS. “O CNJ tem um papel educativo e faz recomendações aos magistrados, mas é claro que o juiz tem o seu livre convencimento e o CNJ não vai intervir nisso, mas essa tem sido uma boa estratégia para difundir aos magistrados, conhecimentos sobre o SUS”.

Ela enumera diversas ações positivas feitas pelo CNJ como a divulgação dos pareceres da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), dos enunciados de saúde – que são orientações sobre a aplicação e interpretação da lei, o que facilita o entendimento dos magistrados –, a realização da jornada de direito sanitário – que possibilitou o encontro de gestores com procuradores, com juízes, com membros do Ministério Público etc. “Só em propiciar esse debate já é um grande ganho. Trazer o assunto para discussão é importante para os magistrados perceberem que eles não podem deferir pedidos a partir de simples prescrição médica e com fundamento no artigo 196 da Constituição Federal porque existem outras coisas a serem observadas”, afirmou.

Sobre a atuação do CONASS na discussão da judicialização, a coordenadora da CTDS explica que a Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) n. 1/2013, constituiu um Subgrupo de Trabalho Tripartite no âmbito do Grupo de Trabalho de Gestão destinado à análise das questões relacionadas às demandas judiciais em saúde, do qual

fazem parte CONASS, Conasems e Ministério da Saúde.

Ela esclarece que a partir dessa resolução houve evolução significativa do CONASS no debate sobre as demandas judiciais. “Houve a realização de alguns eventos que geraram pautas sobre judicialização para serem debatidas em quase todas as assembleias do CONASS em 2013 e 2014. Isso possibilitou a formação da Câmara Técnica do Direito a Saúde, que é muito qualificada, composta por procuradores descentralizados especializados em saúde de diversos estados, assessores dos secretários responsáveis por esse assunto, promotores de justiça etc.”.

A assessora ressaltou também que os gestores têm de ter um diagnóstico preciso da judicialização em seu estado. “Caso ele não consiga fazer um diagnóstico que dê segurança para uma tomada de decisão, é fundamental então que ele capacite os seus técnicos para fazer esse levantamento”.

De acordo com ela, com o diagnóstico em mão, ele saberá que tipo de atuação deverá ter, todavia, o diagnóstico tende a envolver discussões de base, como o financiamento, a política de recursos humanos etc. “O que espero é que essa gestão faça esses enfrentamentos como as outras também fizeram, para qualificar o sistema e garantir o direito à saúde do indivíduo e do coletivo.”.

E concluiu destacando que essas discussões de base devem perpassar pela análise dos documentos administrativos e das resoluções que os gestores tomam. “Que as instâncias intergestores Bipartite ou Tripartite aprovelem ou revejam políticas com absoluta noção de realidade, em cima de diagnósticos precisos de financiamento, de logística, de estrutura para que isso dê credibilidade ao documento administrativo, fazendo que a magistratura conheça e assimile esse documento como organizador do SUS. Toda estratégia que qualifique a gestão para garantir o direito à saúde envolva ela ou não o sistema de justiça é bem-vinda”. ■



Acesse aqui a
resolução
goo.gl/71oacm



Siga o CONASS nas redes sociais!



 facebook.com/conassoficial

 flickr.com/conass

 twitter.com/conassoficial

 slideshare.net/conass

 youtube.com/conassoficial

 conass.com.br



Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância

A Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância está de cara nova.

Além dos conteúdos tradicionais, agora também é possível assistir vídeos sobre temas relativos ao desenvolvimento infantil da concepção aos 5 anos.



www.encyclopedia-crianca.com



youtube.com/EnciclopediaCrianca



O desafio de ser gestor da saúde no Brasil

ARMANDO RAGGIO

Médico patologista formado pela Universidade Federal do Paraná e Mestre em Bioética pela Universidade de Brasília. Atuou como secretário municipal de Saúde de Curitiba entre 1992 e 1994 e foi presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). No ano seguinte assumiu a pasta da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná onde permaneceu até 2001. Em 1996 foi presidente do CONASS. Foi gerente do Projeto de Economia da Saúde do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea) entre 2002 e 2005. De 2006 a 2009 foi coordenador da Pós-graduação da Escola Superior de Saúde do Distrito Federal. Foi secretário municipal de saúde de São José dos Pinhais/PR, de 2009 a 2011. Foi diretor geral do Hospital Universitário de Brasília (HUB), entre 2011 e 2012 e em 2013 foi secretário municipal de saúde de Sorocaba/SP, cargo que ocupou até 2014.

“Age de tal modo que a máxima da tua ação possa se tornar princípio universal.”

Immanuel Kant

Pois é, aceitei o desafio de novo, agora para escrever sobre o desafio de ser gestor da saúde em nosso País, como em outras tantas vezes aceitei ser gestor... E tive várias recaídas!

Para iniciar esta reflexão me reportei ao verbete desafio no dicionário Houaiss:

Desafio, s.m., ato de desafiar; **1** ato de provocar alguém para duelo **2** p.ext, chamamento para qualquer modalidade de jogo, peleja, competição etc. <d. para a conquista de um título> **3** p. met. esse jogo, partida, competição etc. <d. poético> <d. de xadrez> **4** fig. **ato de incitar alguém para que faça algo, geralmente além de suas possibilidades** <aceitou o d. mergulhando de grande altura> **5** fig. situação ou grande problema a ser superado, tarefa difícil de ser executada <o d. da nossa era é o desarmamento atômico> <o governo terá de vencer o d. do desemprego> **6** fig. ato ou atitude de desrespeito e provocação; afronta <d. à autoridade de alguém> <um olhar de d.> **7** LIT MÚS B disputa poética em forma de diálogo cantado e improvisado, ger. acompanhada de música, em que os cantadores se alternam na composição de versos que obrigam a uma resposta da parte contrária, sendo derrotado aquele que se engasga numa rima difícil, titubeia ou fica sem resposta **8** p.ext. LIT B modalidade poética, escrita por um poeta ou cantor, em forma de disputa fictícia entre ele próprio e um adversário, ou entre dois outros contendores.

Dicionário Houaiss da língua portuguesa.
1.ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

Mas, afinal, o que é ser gestor?

Ser não é o mesmo que estar. Ser é mais que estar. Embora o verbo “estar” usado no lugar de “ser” pareça denotar humildade, pode transparecer uma renitência em se assumir como gestor, mas aparentando comedimento.

Seja. Seja gestor na plenitude de suas faculdades e dificuldades, pois estas não lhe faltarão. Não há como estar simplesmente; é preciso ser inteiro em todos os dias da semana, do mês e do ano, quanto você permaneça no cargo, seja gestor tanto nos dias ordinários chamados de úteis, nos dias extraordinários de pontos facultativos, feriados e dias santos de festa e de guarda!

Um secretário é um guardador de segredos, um secretário de saúde cuida da gestão pública da saúde, mas também dos segredos que lhe são confiados pelas instituições e os cidadãos trabalhadores ou usuários dos serviços de saúde. Cuidar significa ter respeito e atenção para com o que lhe confiam os que devem cuidar ou ser cuidados no âmbito da política sob sua responsabilidade. E a saúde é um bem público, individual ou coletiva, estatal, beneficente ou privada; sempre um bem social e, como tal, do interesse de todos e de cada um e, portanto, pública!

O primeiro de cinco princípios basilares que devem orientar sua atuação individual e coletiva, como pessoa e como autoridade, é que você deverá ter o zelo de não confundir a si mesmo e muito mais ainda de não confundir aos outros, já que aceitou o desafio de ser gestor, síndico de todas as práticas de saúde da sociedade. Não há saúde privada, porque não é possível haver saúde sem promoção, prevenção, prestação de serviços e regulação estatal.

Você é demissível *ad nutum*, isto é, poderá ser demitido a qualquer momento desde que deixe de servir ou não cumpra o estabelecido pelo programa de governo ou mesmo quando seu cargo seja objeto de interesse de outro apoiador ou segmento partidário ou ainda por sua própria vontade. Para permanecer no cargo, aferre-se ao compromisso público sem se afastar dele ainda que seja pressionado. Acima de tudo, fique com a missão de servir à sociedade, mesmo que ponha seu posto em risco. Nunca dependa do cargo.

O segundo princípio é que você deve montar uma equipe de trabalho e isso se faz de “cima para baixo”: assim como o governador o convidou, você deverá ter a oportunidade de fazer o mesmo, para corresponder ao que lhe foi atribuído na última eleição para escolha exatamente daquele que seria responsável pelo programa de governo a ser executado nesses próximos quatro anos. Consulte quem possa se interessar por dividir com você os ônus da sua tarefa, obviamente compartilhando os bônus, os quais no máximo serão honoríficos! Nesse sentido, todos os interessados devem ser bem-vindos. Não restrinja acesso; pelo contrário, amplie largamente a oportunidade de alguém que deseje ser dirigente desde há muito ou que despertou para essa tarefa de agora em diante, em consequência da sua provocação. Faça publicar um edital de habilitação de profissionais da secretaria para serem gestores de serviços, de unidades ou de diretorias, pois não basta estar em um posto qualquer da gestão, é preciso ser integralmente, senão exclusivamente, aliás, como a lei exige. Por isso, não aceite nomear alguém só porque lhe indicaram, mas não desdenhe, pois você pode descobrir

profissionais valorosos, capazes de se posicionar técnica, administrativa e politicamente. Não exclua; inclua sempre e cada vez mais.

Sua missão é muito honrosa, não à toa, pois o mérito é indiscutível. Maior desafio que o de secretário de qualquer política pública só o do governante eleito para cuidar de todas ao mesmo tempo, razão por que ele pode fazer muito mais pela saúde assim como a orquestra pode muito mais que o primeiro violino, se como tal se considere qualquer um dos seus colegas secretários ou você mesmo!

O terceiro princípio que poderá lhe permitir desincumbir-se no seu desafio de gestor: uma autoridade não pode fazer o que quer, mas o que a lei lhe determina, e isso lhe impõe obrigações com as quais nunca seja inadimplente, não falte com o seu dever. Não seja compassivo, mas não cometa injustiça com os servidores, com os prestadores e fornecedores e muito menos com os cidadãos usuários dos serviços de saúde. Não faça vítimas.

O Estado é um aparelho construído para servir a sociedade no desiderato da cidadania como direito de todos, fruto do contrato social, que autoriza ao poder governamental o exercício legítimo da força, inclusive. Essa missão do Estado institui a autoridade cuja relação com a sociedade se baseia na lei e na ética pública.

O quarto princípio importante é você e sua equipe se perguntarem sempre se estão fazendo algo mais que simplesmente manter o estabelecido. O mister de gestor significa administrar, mas, etimologicamente, também é o de gestar ou gerar novas políticas e serviços de saúde. Há muito valor em manter o que já se encontrava funcionando

adequadamente, mas em geral só isso não basta, nem vale a pena!

Um gestor pode e deve fazer “mais do mesmo” para que a população possa se sentir protegida e segura, mas ele deve conquistar crédito para mudar o modelo hegemônico de “reparação do mal-estar” e realocar o máximo de esforços e recursos em busca de “produzir bem-estar” e, por conseguinte, mais saúde! Reclamamos muito por falta de mais dinheiro, porém a maior fonte de recursos aplicáveis em saúde é o próprio orçamento que se encontra comprometido com a função sob sua responsabilidade. Mereça recursos novos usando melhor os que já estão disponíveis para aplicação na saúde.

O quinto princípio é o do equilíbrio entre sensibilidade e especificidade. Há mais de um século que os sistemas de saúde de hegemonia capitalista vêm colonizando o mundo todo e nós também vimos sendo submetidos a essa lógica do consumo de bens e serviços como significado de ter mais saúde. Assim, não percebendo ou mesmo percebendo, por falta de outro entendimento ou por interesse, adotamos quase unanimemente que a agregação de tecnologias significa, sejam máquinas ou sistemas diagnósticos e terapêuticos, maior complexidade e, portanto, mais qualidade e saúde. Isso não é certo na maioria das vezes e tampouco é alcançável que todos tenham ao mesmo tempo acesso ao consumo desregrado e aleatório de consultas, exames, procedimentos e internações. É preciso ter clareza de que a integralidade tão buscada começa por atender as pessoas integralmente nas suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais.

Para dar conta de atender a todos sem discriminação, mediante a “atenção biopsicossocial

integrada”, você deve romper com a lógica piramidal de organizar os serviços de saúde em prateleiras sobrepostas de acesso cada vez mais difícil e de custos insustentáveis, mas para onde as pessoas continuam sendo remetidas em busca de resolver problemas que podem muito bem ser tratados, quando não evitados por promoção e/ou prevenção, no próprio território onde passam a maior parte do seu tempo, no trabalho, na comunidade ou em suas próprias casas. Com critérios de melhor aproveitamento, segurança e conforto, tudo pode e deve ser descentralizado!

O equilíbrio entre a sensibilidade de atender todos integralmente e a especificidade de certos diagnósticos e tratamentos é imperativo. Não invente mais serviços especializados, mas, ao contrário, aproveite tudo do que seu estado dispõe e estabeleça redes integradas em parceria com os municípios que possam evitar e resolver problemas antes de submeter a população ao périplo da referência e contra referência que pouco ou nada funciona. Promova o matriciamento entre as equipes locais e os profissionais especializados para resgatar a integralidade da atenção sempre que possível. Atender pessoas que padecem sofrimento inominável, passageiro ou recorrente é mais importante que transformar a prática de saúde em futilidade diagnóstica, consumindo bens e serviços escassos e imprescindíveis a quem de fato pode ser beneficiado pelo acesso oportuno e adequado, por meio de centrais de regulação técnica e eticamente orientadas, mediante sua legitimação junto às comissões, assembleias, conferências e conselhos locais, comunitários, municipais, regionais, estaduais e nacionais de saúde. ■

O **Programa Mais Médicos** abrirá 4.146 novas vagas para atender as 1.294 prefeituras e os 12 distritos indígenas que aderiram ao edital de expansão da iniciativa. Com isso, o governo federal vai garantir, em 2015, a permanência de 18.247 médicos nas unidades básicas de saúde de todo o País. Serão 4.058 municípios beneficiados, 72,8% de todas as cidades do Brasil, além dos 34 distritos indígenas. Até 2014, 14.462 médicos atuavam em 3.785 municípios. (Fonte: Agência Saúde)

Agora é lei: no dia 5 de agosto deverá ser comemorado o **Dia Nacional da Vigilância Sanitária**. Na data, deverão ser realizadas atividades comemorativas que envolvam o Sistema Único de Saúde e o Sistema de Vigilância Sanitária, em todas as esferas de governo, bem como os estabelecimentos oficiais de ensino, com o objetivo de promover a conscientização da população, proporcionando adequados esclarecimento e divulgação aos estudantes, aos profissionais de saúde e às pessoas em geral quanto aos temas relacionados com a vigilância sanitária. A data foi instituída pela Lei n. 13.098/2015, publicada em janeiro deste ano.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) aprovou resolução para tornar mais célere a aprovação de pesquisas com remédios e dispositivos médicos no Brasil. A nova norma prevê que a agência analise os pedidos de permissão para estudos multicêntricos internacionais, que são feitos simultaneamente no Brasil e em outros países, já contam com pacientes voluntários e são considerados de menor risco, e de sintéticos em, no máximo, 90 dias. Caso o prazo não seja cumprido, a norma diz que o interessado pode iniciar a pesquisa, caso já tenha passado por aprovação ética fora da Anvisa. Essa categoria é responsável por cerca de 60% da demanda de análise da agência. (Fonte: Agência Saúde)

A Portaria GM/MS n. 28, publicada em janeiro deste ano, reformulou o **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde** (PNASS). O programa tem como objetivo geral avaliar a eficiência, a eficácia e a efetividade das estruturas, dos processos e dos resultados relacionados a risco, acesso e satisfação dos cidadãos em face dos serviços de saúde do SUS, buscando a apreensão mais completa e abrangente possível das suas realidades, em suas diferentes dimensões, na busca da resolubilidade e qualidade. A portaria institui também o Sistema de Informação do PNASS (SIPNASS), com a finalidade de armazenar os dados coletados, gerenciar o fluxo a partir da aplicação dos instrumentos avaliativos e subsidiar a análise e a produção dos resultados do PNASS, para divulgação.

Mais Curtas podem ser acompanhadas nas Redes Sociais!



Siga
twitter.com/CONASSoficial



Curta
facebook.com/conassoficial

consensus

Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DIRETORIA 2014/2015

PRESIDENTE

Wilson Alecrim (AM)

VICE-PRESIDENTES

Região Centro-Oeste: Halim Antonio Girade (GO); **Região Nordeste:** Jorge Villas Boas (AL); **Região Norte:** Hélio Franco de Macedo Júnior (PA); **Região Sudeste:** Marcos Esner Musafir (RJ); **Região Sul:** Michele Caputo Neto (PR)

COMISSÃO FISCAL

Titulares: Waldson Dias de Souza (PB); Hélio Franco de Macedo Júnior (PA); **Suplentes:** Suely de Souza Melo da Costa (AC); Jorge Araújo Lafeté Neto (MT)

REPRESENTANTES DO CONASS

na Hemobrás: Ana Maria Martins César Albuquerque (PE); **na ANS:** René José Moreira dos Santos (PR); **na Anvisa:** Sandra Maria Sales Fagundes (Titular, RS), Viviane Rocha de Luiz (Suplente, assessora técnica do CONASS)

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

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

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, ILUSTRAÇÕES E CAPA

Marcus Carvalho

IMPRESSÃO

Gráfica Positiva

TIRAGEM

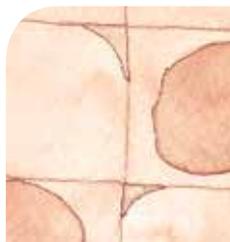
7.000 exemplares

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

Opiniões, sugestões e pautas

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

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



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE



GUIA DE ACESSO A INFORMAÇÕES PARA A GESTÃO DO SUS

O **Guia de Acesso a Informações para a Gestão do SUS** é um ambiente virtual desenvolvido e disponibilizado pelo CONASS aos gestores do SUS, equipes técnicas e profissionais de saúde, visando facilitar o acesso a um conjunto de informações para subsidiar a tomada de decisões e as atividades de planejamento, definição de prioridades, alocação de recursos e avaliação das ações desenvolvidas. O Guia apresenta notas técnicas com informações gerais sobre os indicadores e contará ainda com um alerta sempre que o ambiente for atualizado.

O **Guia de Acesso a Informações para a Gestão do SUS**

traz cinco blocos de indicadores por meio dos quais os usuários podem navegar e filtrar suas buscas. São eles:

I – Determinantes da Saúde (demográficos, socioeconômicos e ambientais); II – Situação de Saúde da População (mortalidade e morbidade); III – Estrutura e Produção de Serviços de Saúde no SUS; IV – Indicadores universais do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013/2015 (Coap); e V – Financiamento do SUS.



O **Guia de Acesso a Informações para a Gestão do SUS** reúne dados de diversos sítios eletrônicos, listados abaixo, que oferecem ferramentas e aplicativos para acesso a informações de interesse para a gestão do SUS. Por meio destas fontes, é possível obter indicadores previamente calculados, além de um conjunto de dados que podem ser tabulados de acordo com as necessidades e interesse do usuário, possibilitando o cruzamento de diversas variáveis:

- Portal do Ministério da Saúde: Páginas do Departamento de Informática do SUS (Datasus); da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Sage); do Fundo Nacional de Saúde (FNS); e do Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (Sismac);
- Portal “Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde” (Proadess) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz);
- Portal “Região e Redes: Caminho da Universalização da Saúde no Brasil”;
- Portal do Instituto Nacional do Câncer (Inca);
- Portal da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
- Portal “Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil”;
- Portal do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea);
- Portal do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
- Outras fontes de informação.

Conheça o Guia de Acesso a Informações para a Gestão do SUS:
www.conass.org.br/guiainformacao