



ano VI, número 18  
janeiro, fevereiro e março de 2016  
[www.conass.org.br/consensus](http://www.conass.org.br/consensus)

# consensus

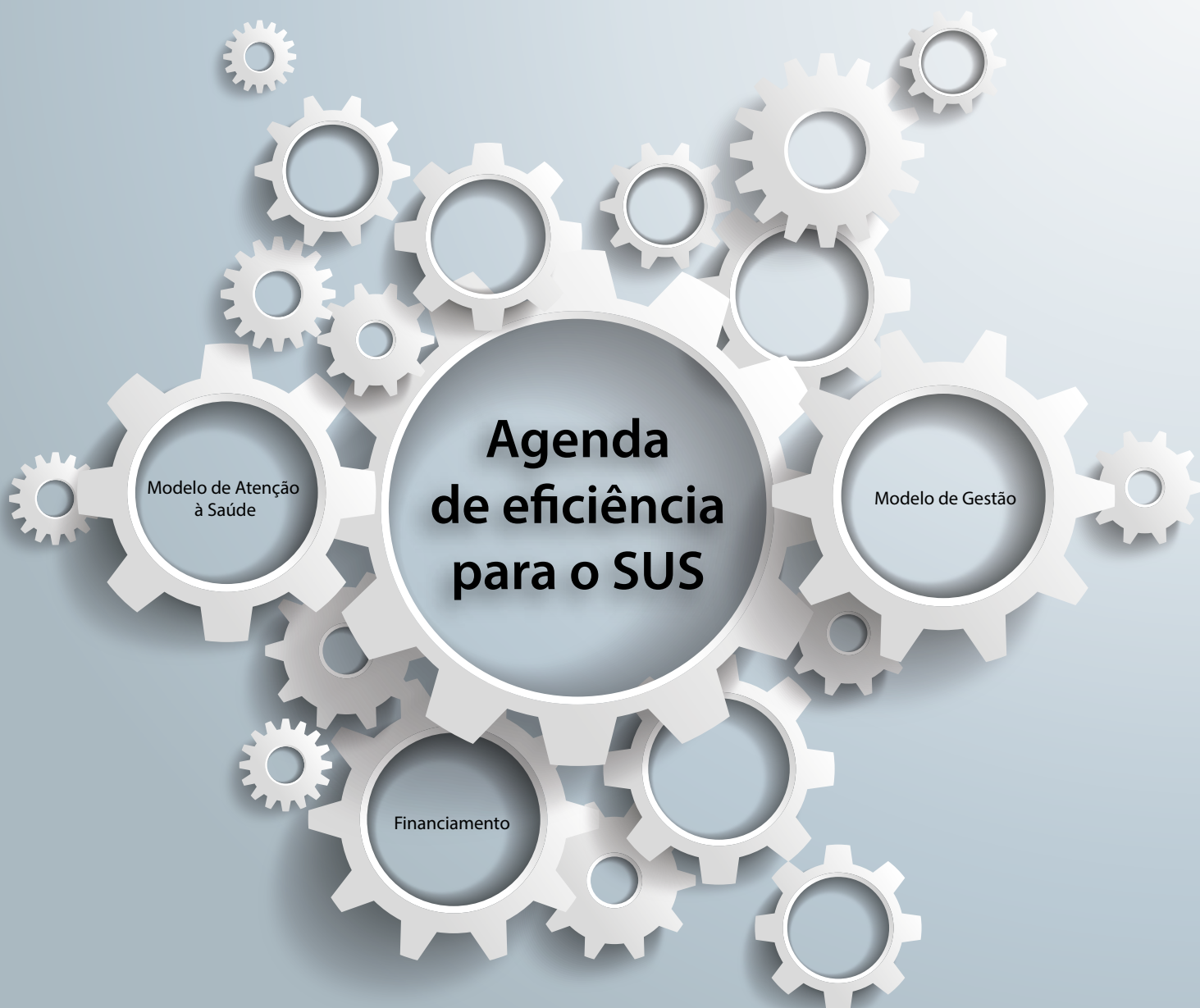
REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

## ENTREVISTA

**Eugênio Vilaça defende mudanças na atenção à saúde, gestão e financiamento do SUS**

## SAÚDE EM FOCO

**Dengue, zika e chikungunya da teoria à prática: propostas de enfrentamento**



**Em tempos de crise, gestores buscam aumentar a produtividade dos escassos recursos da saúde e obter ganhos de eficiência e de qualidade na gestão do Sistema Único de Saúde**

**ENTREVISTA**

Eugênio Vilaça defende mudanças na atenção à saúde, gestão e financiamento do SUS

**SAÚDE EM FOCO**

Dengue, zika e chikungunya da teoria à prática: propostas de enfrentamento



6

## consensus entrevista

*Eugênio Vilaça defende mudanças na atenção à saúde, gestão e financiamento do SUS*

14

## matéria de capa

*Agenda de eficiência para o SUS – Em tempos de crise, gestores buscam aumentar a produtividade dos escassos recursos da saúde e obter ganhos de eficiência e de qualidade na gestão do Sistema Único de Saúde*

## institucional

**24** *Gestores de saúde da Amazônia Legal reúnem-se para discutir problemas da região*

## saúde em foco

**26** *Dengue, zika e chikungunya da teoria à prática: propostas de enfrentamento*

## opinião

**36** *Em direção à gestão da malha de serviços sanitários, por Marta Temido*

**40** *Tensões e Contradições na Formação Médica, por Mário Fresta*

**46** *curtas*

Muitos são os desafios da saúde além do que se vê noticiado diariamente. A gestão do SUS é complexa e permeada por atividades diversas, de naturezas distintas. São volumosas responsabilidades administrativas e financeiras, sem falar dos recursos humanos e da principal atuação de uma secretaria de saúde que é prestar assistência à saúde da população. Por sua vez, o financiamento do setor anda na contramão de suas necessidades, acentuando o momento de crise que aflige o país em todos os âmbitos.

O SUS, com apenas 27 anos de existência, já colecionou muitas vitórias e enfrentou inúmeras dificuldades. É um sistema robusto, abrangente e bem sedimentado. No entanto, assim como todo sistema, de tempos em tempos precisa ser avaliado, ponderado e porque não dizer modificado.

Num cenário de crise econômica e fiscal é praticamente impossível vislumbrar o aumento de recursos financeiros. A ordem, portanto, é aumentar a produtividade dos recursos existentes buscando ganhos de eficiência e de qualidade. Para tanto, é preciso centrar forças no planejamento e na capacitação a fim de otimizar a utilização dos recursos e melhorar a sua gestão.

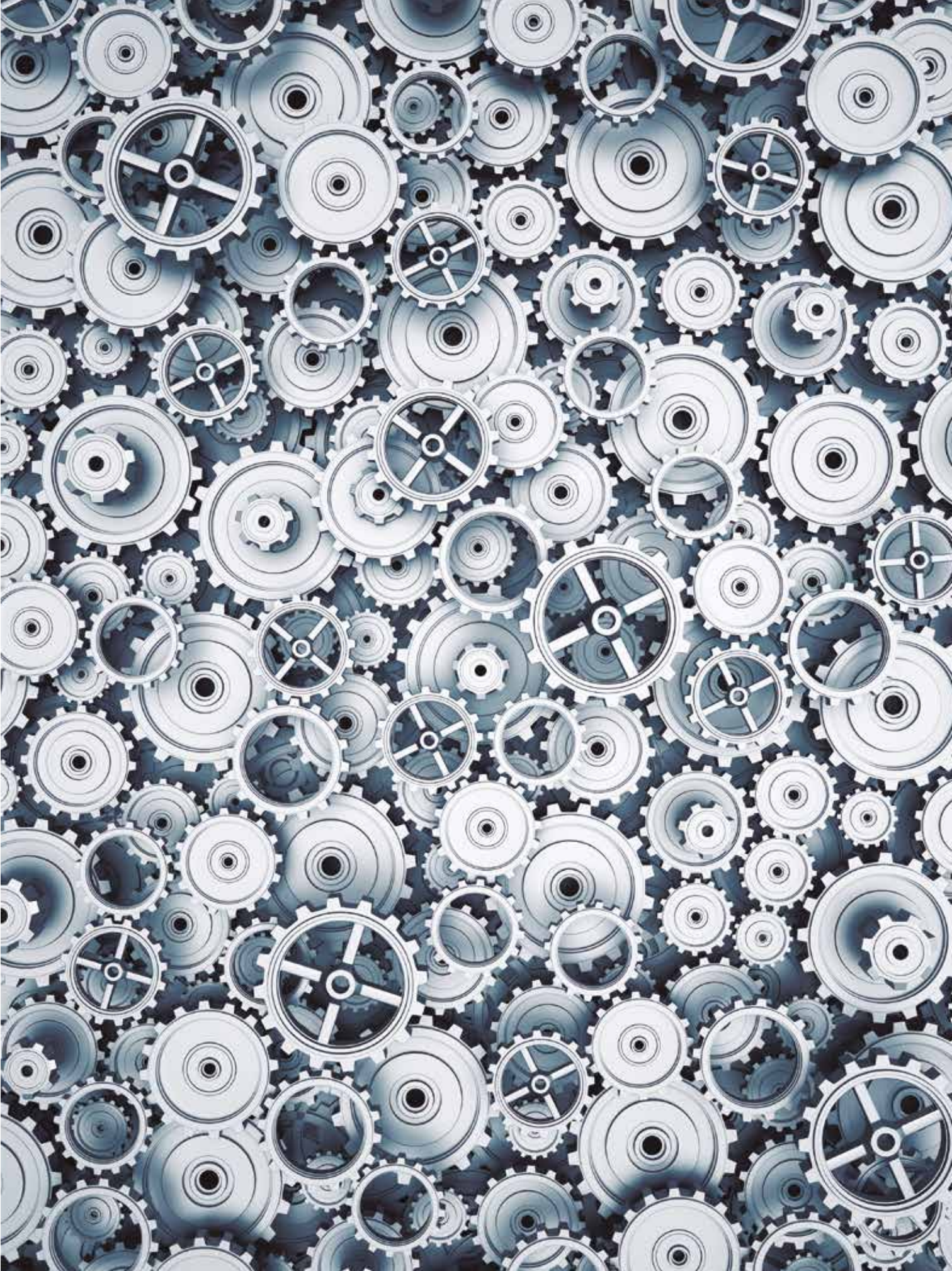
Na entrevista desta edição, o especialista em Planejamento de Sistema de Saúde, Eugênio Vilaça Mendes, propõe e explica as mudanças tanto no modelo de atenção à saúde, quanto nos modelos de gestão e de financiamento do sistema, imprescindíveis para seu funcionamento.

Esta também é a temática que abordamos na matéria de capa, apresentando a agenda de eficiência para o SUS na qual a assessoria técnica do CONASS está trabalhando no intuito de implantar o Programa de Apoio às Secretarias Estaduais de Saúde.

Apresentamos também os artigos dos professores Mário Fresta e Marta Temido, expoentes da saúde pública no âmbito da lusofonia. Ambos, escritos em português de Portugal, abordam temas já publicados na **Revista Consensus**, contextualizando-os na perspectiva da realidade de seus países. Os artigos fazem parte da série Leiass (Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde), realizada pelo CONASS em parceria com o Instituto de Higiene e Medicina Tropical de Lisboa.

Desejamos a todos uma excelente leitura!







## ENTREVISTA

# *Eugênio Vilaça*

**E**ugênio Vilaça Mendes é um incansável estudioso de sistemas de saúde de todo o mundo. Autor de livros que tratam da necessidade de promover mudanças tanto no modelo de atenção à saúde, quanto nos modelos de gestão e de financiamento do sistema, Vilaça é responsável pela consultoria e acompanhamento em diversos estados e municípios que resolveram arregaçar as mangas e deixar para trás as amarras históricas e conceituais que os impediam de lidar com os problemas e de enxergar soluções para o sistema público de saúde brasileiro.

Para ele, as principais mazelas da saúde devem ser resolvidas com a devida organização do SUS em Redes de Atenção à Saúde (RAS) coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS) e, para tanto, “é preciso ressaltar as conquistas do SUS, o que éramos e onde chegamos, sabendo que as circunstâncias que nos trouxeram à atual situação da saúde pública brasileira justificam uma nova atitude. É grande o esforço para se fazer o que é feito e para conseguir resultados com o recurso existente, o que não quer dizer que não temos de perseguir a eficiência.”



### **Consensus Quais os grandes desafios que são colocados para o SUS neste momento de crise?**

**Eugênio Vilaça** – O SUS vive uma grave crise. Em parte, como reflexo da conjuntura nacional em que se combinam crises econômica e política; em parte, em função de problemas estruturais que não foram solucionados ao longo de sua existência.

A crise econômica gera crescimento negativo do produto interno bruto (PIB), o que determina uma crise fiscal que atinge, ao mesmo tempo, a União, os estados e os municípios e leva ao aumento do desemprego e à queda da renda média do trabalhador. Por outro lado, a crise política expressa, de forma aguda, o esfacelamento dos processos de representação política, o que dificulta a formulação e aplicação de uma agenda mínima sobre o futuro de nossa nação, incluindo solução de consenso sobre o sistema público de saúde.

Diante de uma crise como a atual, impõe-se inicialmente assumi-la e fazer um correto diagnóstico para, a partir dele, definir estratégias de enfrentamento. Também há que se compreender que as crises são, também, momentos de oportunidades. Mudanças que não são possíveis de serem feitas em momentos de bonança podem ser implantadas em momentos de crise.

A superação da crise atual convoca um diagnóstico correto e uma estratégia de ações de curto, médio e longo prazo. É comum perguntar-se se os problemas do SUS são de gestão ou de carência de recursos financeiros. Certamente que há um subfinanciamento crítico, mas, também, há problemas de gestão.

O SUS apresenta três grandes problemas estruturantes: no plano da organização macroeconômica, a segmentação que conduz ao dilema entre a universalização e a segmentação; no plano da organização microeconômica, a fragmentação do sistema e seu modelo de

gestão; e no plano econômico, o seu subfinanciamento.

A solução desses problemas implica mudanças que se devem dar, concomitantemente, no modelo de atenção à saúde, no modelo de gestão e no modelo de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

### **Consensus Em relação ao modelo de atenção à saúde, como o país pode avançar na definição de um modelo ideal que seja viável de ser colocado em prática e que seja menos suscetível às distorções de interpretação que afligem o SUS? Qual a importância das Redes de Atenção à Saúde nesse processo?**

**Eugênio Vilaça** – A crise, no âmbito do modelo de atenção à saúde, manifesta-se pelo descompasso temporal que ocorre entre a evolução muito rápida e profunda dos fatores contingenciais do SUS (transições demográfica, nutricional, tecnológica e epidemiológica) e a baixa capacidade desse sistema em adaptar-se oportunamente a essas transformações por meio de reformas internas (cultura organizacional, arranjos organizativos, modelos assistenciais, sistemas de incentivos e liderança). Estabeleceu-se, então, uma incoerência entre uma situação de saúde que combina transições demográfica, nutricional, tecnológica 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, que opera de forma episódica e reativa e que se volta, principalmente, para a atenção às condições agudas e às agudizações das condições crônicas. O sistema de saúde fragmentado que se pratica no SUS não é capaz de responder socialmente, com efetividade, eficiência e qualidade, à situação de saúde vigente.

A resposta a esse desafio está em restabelecer a coerência entre a situação de saúde vigente



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. Assim, o SUS deve-se estruturar em Redes de Atenção à Saúde (RAS) coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS).

Felizmente o SUS construiu uma base normativa forte e definiram-se algumas RAS prioritárias. É preciso continuar o processo de construção dessas redes na prática social que, conforme atestam as evidências de outros países, é complexo e demorado.

**Consensus** Quais são as mudanças a serem promovidas na gestão da saúde visando à maior eficiência, à melhor qualidade dos serviços prestados e à redução do desperdício?

**Eugênio Vilaça** – As mudanças substantivas na gestão do SUS implicam o trânsito do modelo de gestão da oferta vigente para o modelo de gestão da saúde da população e da busca de um equilíbrio entre a gestão dos recursos (a gestão de meios) e a gestão da clínica (a gestão dos fins).

O modelo de gestão que se opera no SUS é o da oferta. Esse modelo caracteriza-se por responder a demandas de indivíduos isoladamente, por basear-se em parâmetros construídos por séries históricas e por enfrentar os desequilíbrios entre oferta e demanda com um viés de aumento da oferta. Há evidências na experiência internacional de que esse modelo esgotou-se e, por esta razão, deve ser substituído pelo modelo da gestão da saúde da população. O modelo da gestão da saúde da população opera com uma população vinculada a redes de atenção à saúde no nível dos cuidados primários, funciona com parâmetros de necessidades e enfrenta o desequilíbrio entre oferta e demanda dos serviços buscando racionalizar

*Além da mudança no modelo de gestão há que se buscar um equilíbrio entre a gestão dos meios (a gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros) e a gestão dos fins (a gestão da clínica)*

a demanda, racionalizar a oferta e, somente se necessário, aumentar a oferta.

Além da mudança no modelo de gestão há que se buscar um equilíbrio entre a gestão dos meios (a gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros) e a gestão dos fins (a gestão da clínica).

A introdução da gestão da clínica decorre das singularidades organizacionais e econômicas e dos princípios e das leis que regem as instituições de saúde. A gestão da clínica é um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade: centrada nas pessoas e nas famílias; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas e aos profissionais de saúde; eficiente, provida com os custos ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada.

As tecnologias de gestão da clínica mais comumente utilizadas são as diretrizes clínicas baseadas em evidências, a gestão das condições de saúde, a gestão de caso, a auditoria clí-

nica e as listas de espera. O impacto da gestão da clínica na eficiência e na qualidade dos serviços de saúde é enorme, especialmente pelo aporte que dá à incorporação e ao uso racional das tecnologias médicas. Estudos feitos nos Estados Unidos da América mostraram que o descontrole no uso de tecnologias médicas (excesso de tratamentos, excesso de diagnósticos e reversão médica) gerou desperdício de 30% a 50% do gasto total em saúde e esses procedimentos injustificados têm sido responsáveis por 30 mil mortes a cada ano. Observações feitas no SUS e no sistema privado de saúde brasileiro mostraram que somente 35% a 40% das cirurgias ortopédicas indicadas tiveram suporte de evidências científicas registradas em diretrizes clínicas. Estudos de curva ABC realizados no SUS, em alguns municípios brasileiros, indicaram que, por falta do uso rotineiro de diretrizes clínicas baseadas em evidências, não se observaram associações entre os medicamentos prescritos e os exames complementares solicitados e as situações epidemiológicas prevalentes, o que gera ineficiência e baixa qualidade.

**Consensus** Quais são os pilares para a implantação de agenda de eficiência no SUS? Que tipos de eficiência devem ser consideradas nessa agenda?

**Eugênio Vilaça** – Uma agenda de eficiência tem um valor intrínseco, além de ser um componente essencial da qualidade em saúde. Em um momento de crise do SUS, em que novos recursos dificilmente serão incorporados em prazo mais ou menos curto, ela se impõe.

Uma agenda de eficiência no SUS deve envolver ações nos campos da eficiência técnica, da eficiência de escala e da eficiência alocativa, porque ocorrem problemas significativos de ineficiências em todas elas.

A eficiência técnica diz respeito à relação quantitativa entre insumos utilizados e produtos gerados. Nesse campo há muito que fazer

no SUS. Tome-se o exemplo da atenção hospitalar: os hospitais brasileiros utilizam, em média, 50% mais funcionários por leito que os hospitais da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE); a taxa de ocupação média dos hospitais do SUS gira em torno de 37%; a maioria dos hospitais é muito ineficiente: escore médio de 0,34 em relação ao valor máximo de 1,0; o hospital médio brasileiro produz 1/3 do que poderia produzir com os recursos que já dispõem; e o valor médio das taxas de cirurgia é de 0,6 cirurgia por sala por dia. Muitas medidas para aumentar a eficiência dos hospitais podem ser tomadas sem um incremento significativo de recursos. Pesquisas demonstraram que, quando se utilizam tecnologias leves de gestão de fluxos de pacientes em um hospital de 300 leitos, com taxa média de permanência de 5,2 dias e com taxa de ocupação de 85%, cada 1 dia de redução no tempo de permanência equivale a incorporar virtualmente 49 leitos, sem novos investimentos em capacidade instalada.

A eficiência de escala está associada ao tamanho da planta de uma unidade produtiva. Os equipamentos de saúde são muito sensíveis às economias de escala. Em função disso, no SUS, há deseconomias de escala significativas, por exemplo, na atenção hospitalar e nos laboratórios de análises clínicas. Pesquisas em diferentes países demonstraram que hospitais de menos de 100 leitos são ineficientes. Não obstante, no Brasil, 58% dos hospitais têm menos de 50 leitos e 80% dos hospitais têm menos de 100 leitos. Os hospitais brasileiros de menos de 25 leitos apresentam uma relação de funcionários por leitos de 3,9, superior à média nacional e à média dos hospitais de tamanho intermediário. Da mesma forma, a escala média de exames produzidos pela rede de laboratórios de análises clínicas vinculada ao SUS é muito baixa, o que gera grande desperdício. Além disso, a escala nos serviços de saúde está asso-

ciada à qualidade. Os serviços de maior escala apresentam menores custos e maior qualidade da atenção. Estudos feitos no Brasil evidenciam que o risco relativo de uma criança morrer após parto realizado em hospitais de pequeno porte é muito maior que após partos realizados em maternidades que fazem um número grande desses procedimentos.

A eficiência alocativa é a combinação dos insumos de forma que o custo monetário de se produzir uma dada quantidade de produto é o menor possível. Nessa perspectiva, no SUS, o que mais chama atenção é o baixo investimento em atenção primária à saúde em que os investimentos são mais custo/efetivos. Os dados demonstram que os gastos do Ministério da Saúde em alta e média complexidade têm permanecido em um patamar de 2,5 vezes superior aos gastos com cuidados primários. O subfinanciamento da atenção primária, mesmo dentro de um quadro de subfinanciamento total do SUS, pode ser

um dos fatores que explicam certas ineficiências, como, por exemplo, as reinternações hospitalares em curto prazo e as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial. As internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, ainda que apresentem tendência de queda, são muito altas e revelam o desperdício de recursos muito expressivos. Esse fenômeno é muito preocupante em pequenos municípios em que as internações por essas condições chegam, em hospitais de pequeno porte, a um valor de quase 50% das internações totais. Um recurso que seria mais efetivo se aplicado na melhoria da atenção primária à saúde desses municípios.

**Consensus** Essas mudanças são, de fato, viáveis sem o incremento de recursos financeiros?

**Eugênio Vilaça** – As dificuldades de financiamento, aprofundadas neste momento de crise econômica, não devem paralisar as ações dos





gestores do SUS em busca de maior eficiência e qualidade dos serviços. Há espaços significativos de melhoria da eficiência e da qualidade dos serviços que podem ser trabalhados sem o aporte de recursos substantivos. Esses ganhos de eficiência podem ser feitos, em geral, com a utilização de mudanças no software do sistema por meio de tecnologias leves. Contudo, há gargalos de eficiência em que serão mais difíceis de superar sem um incremento dos recursos financeiros. Por exemplo, os problemas de eficiência de escala nos hospitais.

Mas há que se reconhecer que o subfinanciamento do SUS é um fato inquestionável e isso pode ser atestado por uma visita às estatísticas de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2015. O Brasil não gasta pouco em saúde, porque nosso gasto total é de 9,5%, valor muito próximo ao de alguns países ricos. O que é insuficiente é nosso gasto público, que é de 4,5% do PIB, ou seja, 47,5% do gasto total em saúde. Todos os países que desenvolveram sistemas públicos universais apresentam um gasto público como percentual do gasto total em saúde igual ou superior 70%. Como resultado, o gasto público per capita em dólar corrigido pelo poder de compra é de apenas US\$ 659,00 ao ano. Esse valor é inferior ao de países como Argentina, Chile, Panamá e Uruguai. A razão é a baixa participação da saúde nos orçamentos públicos totais, somente 7,9% em relação a 22,5% na Argentina, 14,9% no Chile, 12,7% no Panamá e 19,3% no Uruguai. Em função da crise econômica, esse panorama tende a piorar no momento. Os dados mostrados atestam a necessidade imperiosa de aumentar os gastos públicos em saúde no Brasil, especialmente os gastos federais. Esse aumento de gastos deveria ser pensado no quadro de novo federa-

lismo que incrementa, relativamente, o protagonismo dos entes estaduais e municipais, no contexto de uma reforma tributária. Nesse sentido, mesmo que o momento de crise não seja favorável, é preciso apoiar firmemente a PEC 01-A/2015 que tramita no Congresso Nacional, até porque ela propõe prudente incremento gradativo dos recursos.

Essa agenda de aumento dos gastos públicos em saúde no Brasil será legitimada se for discutida juntamente com uma agenda de melhoria da eficiência e da qualidade do SUS.

O imprescindível aumento dos gastos públicos em saúde deve vir junto com mudanças no sistema de pagamento aos prestadores de serviços pelo SUS. Isso está intimamente relacionado ao incremento da eficiência.

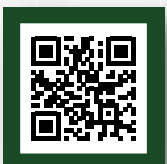
A forma predominante de pagamento aos prestadores do SUS é o pagamento por procedimentos que expressa um sistema de pagamento por volume de recursos que leva a que se prestem mais serviços de maior densidade tecnológica, mas não os serviços de maior necessidade para as pessoas usuárias. O pagamento por procedimentos incentiva a gastar mais, mas não a gastar corretamente, porque não traz incentivos para a atenção primária à saúde, nem para os procedimentos promocionais e preventivos, nem para o uso de outras tecnologias mais custo/efetivas. É preciso mudar esse modo de pagamento superando as anacrônicas tabelas do SUS e substituindo-as por um sistema de pagamento baseado na geração de valor para as pessoas e que envolvem pagamento por capitação ajustada, por um ciclo completo de atendimento a uma condição de saúde ou por uma população. Essas novas formas de pagamento aos prestadores de serviços permitem alinhar os incentivos econômicos para a implantação das RAS. ■



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

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

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



[www.conass.org.br/biblioteca](http://www.conass.org.br/biblioteca)

especial





# *Agenda de eficiência para o SUS*

ADRIANE CRUZ

Em tempos de crise, gestores buscam aumentar a produtividade dos escassos recursos da saúde e obter ganhos de eficiência e de qualidade na gestão do Sistema Único de Saúde

Nos últimos anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem atravessando mudanças que interferem diretamente em seu funcionamento, como as transições demográficas, nutricionais, tecnológicas e epidemiológicas tão intrínsecas ao cuidado à saúde. Soma-se a esse cenário adverso o financiamento da saúde, ainda mais ameaçado por conta da crise que aflige todos os setores do país, e as “novas doenças”, que despertam o temor da população e direcionam a atenção da mídia e até mesmo de organismos internacionais para a administração da saúde pública brasileira.

Passados 27 anos desde a implantação do SUS, estudiosos e gestores do sistema que foi criado em tempos de combate a doenças agudas deparam-se com a necessidade de repensarem o seu modelo de atenção. “É preciso ressaltar as conquistas do SUS, o que éramos e aonde chegamos, sabendo que as circunstâncias que nos trouxeram à atual situação da saúde pública brasileira justificam uma nova atitude. É grande o esforço para se fazer o que é feito e para conseguir resultados com o recurso existente, o que não quer dizer que não temos de perseguir a eficiência”. É o que defende o especialista em

Planejamento de Sistema de Saúde Eugênio Vilaça Mendes.

Autor de livros que tratam da necessidade, da importância e do sucesso da mudança no modelo de atenção à saúde, Vilaça é responsável pela consultoria e pelo acompanhamento em diversos estados e municípios que resolveram arregaçar as mangas e deixar para trás as amarras históricas e conceituais que os impediam de lidar com os problemas e de enxergar soluções para o sistema público de saúde brasileiro. Para ele, questões que cotidianamente são retratadas como caos na saúde, como as filas intermináveis e a atenção às doenças crônicas – que, ao contrário do século passado quando as condições agudas prevaleciam, hoje representam grande parte do cuidado, demandando mais tempo, recursos humanos e financeiros e educação permanente dos profissionais e da população –, podem ser resolvidas com a devida organização do SUS em Redes de Atenção à Saúde (RAS) coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS).

Segundo Vilaça, para dar conta das questões estruturantes que representam as maiores mazelas do SUS, é preciso promover mudanças tanto no modelo de atenção à

saúde, quanto nos modelos de gestão e de financiamento do sistema. “Felizmente o SUS construiu uma base normativa forte e definiram-se algumas Redes de Atenção à Saúde prioritárias. É preciso continuar o processo de construção dessas redes na prática social que, conforme atestam as evidências de outros países, é complexo e demorado”, explica.

Além de custar muito caro, fazer saúde é extremamente complexo e carece do domínio de diversas áreas de conhecimento e de um tanto de experiência administrativa. Ao observar o funcionamento de uma unidade de saúde, básica ou não, muitas vezes não somos capazes de mensurar a imensa e robusta engrenagem que há por trás dela. Isso sem contar a legislação da saúde, composta por normativas elaboradas e pactuadas entre os gestores para estabelecer suas devidas atribui-

ções e responsabilidades. A gestão da saúde é composta por processos de trabalho com naturezas jurídica, administrativa, financeira, de pessoal e outras tantas que são imprescindíveis para que a devida atenção seja ofertada à população. Cabe ressaltar que, em tempos de crise, essas inúmeras ações requerem muito mais planejamento e inovação.

Para Eugênio Vilaça, esse movimento da gestão rumo à eficiência e à maior qualidade também precisa do apoio da sociedade, pois trata-se de um projeto de longo prazo que depende, de um lado, de que a população compreenda que o SUS precisa de mais recursos e, de outro, que os gestores assumam o aumento da produtividade desses recursos. Eugênio explica que o SUS de fato necessita de mais dinheiro e ressalta que historicamente nenhum governo incrementou os recursos da saúde, in-

### Gastos em saúde em países selecionados 2012

PAÍS	GASTO TOTAL EM SAÚDE % PIB	GASTO PÚBLICO EM SAÚDE % PIB	GASTO PÚBLICO COMO % DO GASTO TOTAL EM SAÚDE	GASTO PÚBLICO EM SAÚDE PER CAPITA US PPP
Brasil	9,6	4,5	47,5	659
Argentina	6,8	4,7	69,3	1.074
Chile	7,3	3,4	47,7	768
Costa Rica	10,1	7,5	74,7	1.088
Cuba	8,6	8,1	94,2	381
Panamá	7,2	10,1	68,6	892
Uruguai	8,6	5,5	64,5	1.028
Canadá	10,9	7,6	70,1	3.229
Estados Unidos	17,0	7,9	47,0	4.153
França	11,6	8,9	77,4	3.259
Holanda	12,7	10,1	79,6	4.295
Itália	9,2	7,1	77,3	2.438
Suécia	8,2	7,7	81,3	1.615
Reino Unido	9,3	7,8	84,0	2.716

Fonte: World Health Organization. World health statistics, 2015. Geneva, WHO, 2015



O especialista é o entrevistado desta edição da **Revista Consensus**. Leia a íntegra da entrevista de Eugênio Vilaça Mendes nas páginas 6 a 12

dependentemente de partido político. E argumenta que é preciso levar em conta que a parcela da população que se beneficia fortemente do SUS muitas vezes não tem condições de se organizar e de vocalizar politicamente diante do Congresso Nacional, exigindo que a saúde seja mais bem financiada. “Diferente de um deputado ou senador sueco ou inglês, por exemplo, que quando discute o orçamento da saúde do seu país sabe que está discutindo o sistema que atenderá a ele próprio e a seus filhos, no Brasil os políticos discutem o sistema para os pobres, já que aqueles têm o seu sistema privado. No máximo, preocupam-se em discutir emendas que, no geral costumam ser ineficientes e sua grande maioria pode ser vislumbrada na ineficiência de escala”.

Essa temática está no cerne do debates realizado pelos secretários estaduais de saúde na assembleia do CONASS ocorrida no dia 24 de fevereiro, em Brasília, que contou a participação de Eugênio Vilaça. Em sua apresentação, ele apontou a necessidade de otimizar a utilização dos recursos existentes, mesmo que es-

tes não correspondam à real necessidade, apostando que a eficiência dos gastos se dará com mudanças estruturais, resultando na melhoria da qualidade dos serviços de saúde no país. É com foco na organização dos serviços e na observação das ineficiências, sejam elas técnicas, de escalas ou alocativas, que o CONASS está trabalhando questões como a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e a estruturação da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Especializada, reiterando que as ações administrativas precisam ser simplificadas a fim de que se desdobrem na valorização de instrumentos de planejamento, resultando em maior eficiência. Essas ações, também conhecidas como atividades-meio, vão desde a contratação de recursos humanos até a aquisição de medicamentos e de insumos, sendo que esta aquisição se desdobra em uma logística robusta – licitação, estocagem e distribuição.

As assessoras técnicas do CONASS, Lourdes Lemos e Ana Paula Soter explicam que as secretarias têm modelos administrativos distintos, sendo que a grande maioria tem o que



se chama de estrutura descentralizada de saúde, na qual a principal atividade administrativa é a contratualização de serviços, ou seja, ela quase não tem rede própria e o peso administrativo dessas secretarias é elaborar contratos e acompanhar o cumprimento de suas metas. Outras secretarias têm toda ou grande parte da rede própria e conseqüentemente imensa estrutura de recursos humanos e grande volume de licitação para compra de serviços e de equipamentos. Em ambos os modelos adminis-

trativos, é grande a responsabilidade e o peso tanto na administração quanto da Vigilância Sanitária, que são os dois principais braços das secretarias. “O cuidado que se deve ter é para que o esforço despendido com os contratos, sejam eles contratualizados ou da rede própria, não tirem o foco da atenção à saúde ofertada à população”, alerta Lourdes Lemos.

A gestão financeira também é um grande desafio, uma vez que o administrador deve saber como, quando e com o que gastar. “É

### Tipos de eficiência

EFICIÊNCIA TÉCNICA OU INTERNA	EFICIÊNCIA DE ESCALA	EFICIÊNCIA ALOCATIVA
<p>Diz respeito à relação quantitativa entre insumos utilizados e produtos gerados. Nesse campo há muito que fazer no SUS. Tome-se o exemplo da atenção hospitalar: os hospitais brasileiros utilizam, em média, 50% mais funcionários por leito que os hospitais da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE); a taxa de ocupação média dos hospitais do SUS gira em torno de 37%; a maioria dos hospitais é muito ineficiente: escore médio de 0,34 em relação ao valor máximo de 1,0; o hospital médio brasileiro produz 1/3 do que poderia produzir com os recursos que já dispõem; e o valor médio das taxas de cirurgia é de 0,6 cirurgia por sala por dia. Muitas medidas para aumentar a eficiência dos hospitais podem ser tomadas sem um incremento significativo de recursos. Pesquisas demonstraram que, quando se utilizam tecnologias leves de gestão de fluxos de pacientes em um hospital de 300 leitos, com taxa média de permanência de 5,2 dias e com taxa de ocupação de 85%, cada 1 dia de redução no tempo de permanência equivale a incorporar virtualmente 49 leitos, sem novos investimentos em capacidade instalada.</p>	<p>Está associada ao tamanho da planta de uma unidade produtiva. Os equipamentos de saúde são muito sensíveis às economias de escala. Em função disso, no SUS, há deseconomias de escala significativas, por exemplo, na atenção hospitalar e nos laboratórios de análises clínicas. Pesquisas em diferentes países demonstraram que hospitais de menos de 100 leitos são ineficientes. Não obstante, no Brasil, 58% dos hospitais têm menos de 50 leitos e 80% dos hospitais têm menos de 100 leitos. Os hospitais brasileiros de menos de 25 leitos apresentam uma relação de funcionários por leitos de 3,9, superior à média nacional e à média dos hospitais de tamanho intermediário. Da mesma forma, a escala média de exames produzidos pela rede de laboratórios de análises clínicas vinculada ao SUS é muito baixa, o que gera grande desperdício. Além disso, a escala nos serviços de saúde está associada à qualidade. Os serviços de maior escala apresentam menores custos e maior qualidade da atenção. Estudos feitos no Brasil evidenciaram que o risco relativo de uma criança morrer após parto realizado em hospitais de pequeno porte é muito maior que após partos realizados em maternidades que fazem um número grande desses procedimentos.</p>	<p>É a combinação dos insumos de forma que o custo monetário de se produzir uma dada quantidade de produto é o menor possível. Nessa perspectiva, no SUS, o que mais chama atenção é o baixo investimento em atenção primária à saúde em que os investimentos são mais custo/efetivos. Os dados demonstram que os gastos do Ministério da Saúde em alta e média complexidade têm permanecido em um patamar de 2,5 vezes superior aos gastos com cuidados primários. O subfinanciamento da atenção primária, mesmo dentro de um quadro de subfinanciamento total do SUS, pode ser um dos fatores que explicam certas ineficiências, como, por exemplo, as reinternações hospitalares em curto prazo e as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial. As internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, ainda que apresentem tendência de queda, são muito altas e revelam o desperdício de recursos muito expressivos. Esse fenômeno é muito preocupante em pequenos municípios em que as internações por essas condições chegam, em hospitais de pequeno porte, a um valor de quase 50% das internações totais, recurso que seria mais efetivo se aplicado na melhoria da atenção primária à saúde desses municípios.</p>

Fonte: Entrevista com o dr. Eugênio Vilaça. Ver páginas 6 a 12.

importante mergulhar em cada um desses processos e, se for preciso, refazer fluxos e cronogramas de acordo com a responsabilidade de cada setor para dar mais efetividade a essas ações”, destaca Ana Paula Soter.

O CONASS está trabalhando com foco nas propostas do Seminário para Construção de Consensos, realizado em julho do ano passado, para o desenvolvimento do Programa de Apoio às Secretarias Estaduais de Saúde, que começará no mês de maio, conforme explica o coordenador técnico do Conselho, René Santos. “Instituímos grupos tarefa em áreas específicas (box abaixo) cujos conteúdos técnicos serão concluídos até abril a fim de nortear as ações de apoio que se darão em seguida. Além disso, será realizado, também em abril, um seminário para discussão dos temas referentes à agenda de eficiência para o SUS”.

1. Administrativa, Orçamentária/Financeira e Planejamento
2. Atenção Ambulatorial Especializada
3. Atenção Hospitalar
4. Assistência Farmacêutica
5. Regulação
6. Gestão e Governança
7. Organização da Atenção Primária à Saúde

Segundo o presidente do Conselho, João Gabbardo dos Reis, os encaminhamentos desse debate devem servir de base para a proposição de agenda política junto ao Ministério da Saúde e ao Conasems, com foco na eficiência e no financiamento adequado às responsabilidades pactuadas entre os três entes gestores do SUS. “Diante do contexto atual, é preocupante o cenário que se desenha para os próximos anos. Do ponto de vista econômico, as previsões são de crescimento negativo do PIB para 2016”, ressalta Gabbardo.

Para o secretário de Saúde de Sergipe, José Sobral, está claro que a gestão precisa ser aprimorada, no entanto ele ressalta a dificuldade da gestão em que muitos atores lidam



com a saúde. “É onde se misturam todas as esferas de governo e todos os partidos. E quando há uma regra isolada, fora do contexto, temos de lidar também com a interferência de órgãos que não são da saúde, como é o caso da judicialização”. Para Sobral, as atribuições precisam estar claras para que seja possível melhorar a eficiência e gerenciar a crise e os recursos financeiros escassos.

Já a secretária de Saúde de Alagoas, Rozangela Wyszomirska, afirma que as diferenças regionais são historicamente desconhecidas e que em todas as questões, sejam relativas à gestão ou ao financiamento, essa discussão deve ter o peso que merece. A secretária cita como exemplo o plano de oncologia no estado, cujo financiamento é insuficiente para o cumprimento de todas as suas etapas. “Há uma insistência em dizer que o que está na portaria deve ser cumprido, mas como continuar implantando os planos e as regras sem o financiamento adequado? Reforço que temos sim de fazer o dever de casa, mas o financiamento é fundamental para a saúde, ainda mais no momento de crise”, destaca.

Não se pode deixar de ressaltar as conquistas do SUS, conforme destaca a superin-



Agenda de Prioridades para a Saúde do Brasil  
[goo.gl/zFDH4M](http://goo.gl/zFDH4M)





tendente de Vigilância em Saúde do Paraná, Cleide de Oliveira, rememorando que, com o SUS, a saúde da população melhorou expressivamente. “Hoje, discutimos a qualidade dos serviços que estamos ofertando, antes discutíamos quem tinha direito aos serviços. A evolução é inegável”, afirma. No entanto, de acordo com a superintendente, o financiamento destinado à APS não acompanha a responsabilidade territorial e o compromisso com a comunidade que lhe compete. “Lutamos imensamente para ter cobertura vacinal e agora temos de racionalizar o uso da vacina por falta de imunobiológicos. É difícil compreender. Vejo que temos de nos organizar cada dia mais, mas o nosso grande problema é que o financiamento é inadequado e todo o esforço que os estados e os municípios assumiram não está sendo suficiente”, alerta.

Para o secretário de saúde do Rio Grande do Norte, José Ricardo Lagreca, o debate a respeito da eficiência da gestão é primordial, entretanto, destaca que muitas vezes

as questões políticas não dão condições ao sistema de atender a demanda do país universalmente, como idealizado e estabelecido constitucionalmente. “O SUS é uma grande conquista, mas na prática queremos muito mais. Queremos que chegue na população de maneira natural, com toda sua proposta e planejamento, como direito de todos a tudo. O Mais Médicos provocou um pouco dessa mudança, acordando a universidade para a questão da formação médica. Por outro lado, temos de lidar com o aumento da longevidade, com as doenças degenerativas e tudo isso com um financiamento que não acompanha. Precisamos diminuir os problemas para depois buscar as soluções apontadas”, ressalta.

### Na medida da necessidade

É comum relacionar a eficiência dos serviços a recursos financeiros, segundo o secretário de saúde do Espírito Santo, Ricardo Oliveira. “É o básico do que temos de fazer, se



temos 100, esses 100 precisam ser bem gastos”. No entanto, ele vê na gestão clínica o cerne da questão e acredita que ela deve ser priorizada no processo de identificação e combate à ineficiência. Nesse aspecto, o secretário-adjunto de Saúde de São Paulo, Wilson Pollara, relata que, no estado, os desperdícios estão sendo combatidos com projetos como o Santas Casas Sustentáveis, que se tornou lei devido à eficiência demonstrada em seus números. “São 32 indicadores para os hospitais que participam do programa. A nota média no primeiro trimestre, em uma escala de 0 a 10, foi 5,6. No segundo trimestre, foi 6,5; no terceiro, 7,2; e no quarto, 7,5. Todos os indicadores de eficiência melhoraram”, demonstra.

Ele questiona a ausência de planejamento e de estudos que justifiquem, por exemplo, a abertura de determinados hospitais e unidades de saúde. “Recorrentemente vemos hospitais serem construídos onde não são necessários, sem nenhum estudo epidemiológico ou de demanda”.

O secretário de Tocantins, Marcus Musafir, levanta o questionamento de como colocar em prática as boas experiências tendo em vista as dificuldades enfrentadas nos estados. “No Brasil todo vemos unidades fechando, a população envelhecendo e o advento de novas doenças. Além da escassez no número de profissionais e da falta de recursos para compras de materiais adequados”, pondera.

O professor Eugênio Vilaça insiste que cada real aplicado na APS gera um benefício de 5 a 8 reais para todo o sistema e que a Atenção Especializada, desenvolvida, com tem sido, como um ponto de atenção desintegrado da Atenção Primária à Saúde e centrada na oferta de consultas médicas e de exames complementares, é ineficiente e de pouca efetividade. “Em Ipatinga/MG, um plano de saúde privado centrou esforços na Atenção Primária à Saúde e o resultado é 95% da população satisfeita. Além disso,

reduziram significativamente os gastos com atenção ambulatorial especializada e com atenção hospitalares em pessoas idosas. Isso no setor privado. Também temos vários estudos que demonstram isso no setor público. Posso até tirar o recurso da APS e colocar na Atenção Especializada, mas além de muito cara, ela, tal como é praticada no SUS, não tem sido capaz de estabilizar mais do que 30% das pessoas com hipertensão arterial e com diabetes”, defende.

É possível alcançar bons resultados mudando a gestão hospitalar, identificando os hospitais estratégicos e colocando gestores para acompanhar seus processos, conforme exemplifica a subsecretaria de Gestão Regional da SES de Minas Gerais, Lêda Vasconcelos. “Podemos observar que avançamos positivamente quando se triplicam os recursos da APS. Na Atenção Especializada, vemos resultados quando fazemos, por exemplo, o remanejamento da PPI (Programação Pactuada e Integrada)”, elucida.

O secretário-adjunto de saúde da Bahia, Roberto Badaró, aborda a questão médica alegando que temos um sistema híbrido em que atuam médicos formados para a medicina privada, com foco nas especialidades e altas remunerações, e os médicos do sistema público que ganham, não pelo paciente, mas por serem funcionários do sistema. “Isso gera distorções no valor da hora médica, na eficiência e na produtividade do sistema público, diferenciando-o muito do privado. As escolas médicas não estão formando para a saúde pública nem para a prevenção”, alertou.

Do ponto de vista de Lêda Vasconcelos, o SUS ainda é um projeto contra-hegemônico, com a visão hospitalocêntrica e não multiprofissional. “Formamos profissionais que não olham para necessidade da população e não são preparados para a APS”, diz, ressaltando que é preciso muita capacitação dos gestores para transformar o SUS em um projeto hege-



mônico, que não seja pautado por questões imediatistas, políticas e eleitorais. Lêda reitera que a atuação de atores externos ao setor interfere fortemente na gestão, como é o caso da judicialização, que, segundo ela, compromete o processo de regulação demonstrando que ele precisa ser aprimorado. “Temos de insistir e enfrentar os problemas que a implantação das redes exige para avançar. O momento é de crise, os municípios estão angustiados e vivenciamos a falta de recursos, mas os apontamentos feitos no ponto de vista do financiamento, do federalismo sanitário e da governança são muito oportunos e por isso é importante essa agenda do CONASS”, finaliza.

Ao longo do processo de implantação do SUS, surgiram normas com intuito de controlar a questão da escala na saúde, que significa a proporcionalidade das unidades e serviços de saúde em relação à determinada população e suas necessidades, conforme explica Ana Paula Soter. “Já se sabe onde colocar hospitais e outras unidades de saúde e, atualmente, as áreas técnicas não autorizam a construção, nem mesmo se elas forem procedentes de emendas parlamentares. No entanto, não

podemos desconsiderar o que sistema já herdou e a isso soma-se a questão federativa e a autonomia dos prefeitos para a instalação de unidades de saúde”, pondera.

Um estudo feito pelo professor Eugênio Vilaça em 2004 mostra que o gasto com Hospital de Pequeno Porte (HPP), além de corresponder à 30% do gasto com Atenção Hospitalar, agrega pouco benefício às pessoas usuárias já que metade de sua produção são internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde. “São muitos milhões em jogo e soluções nada fáceis. Mas temos de pensar no que fazer com os HPP. Uma opção é fazer a conversão, como em vários países, a fim de dar a eles uma utilidade social para que essa unidade possa canalizar os recursos para fortalecer os hospitais regionais de maior porte”.

Outro sistema que opera com muita ineficiência de escala são os laboratórios de análises clínicas. Nesse campo, observou-se que 80% dos laboratórios contratados pelo SUS têm uma produção anual de exames muito baixa que leva a exames muito caros. Além disso, a baixa escala que dificulta a realização de controles internos e externos. “Esses exa-

mes, além de custar caro, apresentam qualidade duvidosa, esclarece Vilaça. A ausência de protocolo também é apontada pelo especialista como uma grande vilã quando o assunto é eficiência. Levantamentos realizados no Brasil demonstram que apenas 35% a 40% das cirurgias de coluna indicadas estão adequadas seguindo diretrizes clínicas baseadas em evidências. “Entre 60% a 65% poderiam estar sendo operadas sem uma indicação clínica rigorosa”, alerta.

A natureza singular das organizações de saúde sugere que, para melhorar a eficiência, deve-se atuar equilibradamente na gestão dos fins (a gestão da clínica) e na gestão dos meios (a gestão dos recursos), explica Eugênio Vilaça. Mas a incorporação das tecnologias de gestão da clínica, de forma rotineira, nas organizações do SUS, está por se fazer. A deficiência de gestão da clínica é responsável por certos fenômenos que têm sido constatados em diferentes países como o excesso de diagnósticos e o excesso de tratamentos e que, nos Estados Unidos, são responsáveis por 30% a 40% do total de gastos em saúde daquele país. “Há muita ineficiência e muita iatrogenia e isso

é má qualidade da atenção prestada às pessoas”. Ele explica que é imperativa a introdução de tecnologias da gestão da clínica e, também, a melhoria da gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros, papel da gestão aprimorada dos meios. “Outra mudança que se impõe no SUS é o trânsito da gestão da oferta para a gestão da saúde da população. A gestão da oferta opera com parâmetros construídos por séries históricas e desconsiderando as necessidades da população”, ressalta. Segundo Vilaça, esse modelo esgotou-se porque é fonte de ineficiências em função de supor que todo desequilíbrio entre oferta e demanda deve ser respondido por meio do aumento da oferta. “Há que substituí-lo por um modelo de gestão da saúde da população que se baseia em parâmetros de necessidades, referentes a uma população definida adstrita às redes de atenção à saúde. O nosso histórico é de lutas e inegáveis conquistas. Porém, vivemos um momento de crise que nos exige agregar eficiência do SUS, com foco, planejamento e troca de experiências”, finaliza. ■

## Livro CONASS Debate – Caminhos da Saúde no Brasil



Disponível gratuitamente, em PDF e eBook,  
no site [www.conass.org.br/biblioteca](http://www.conass.org.br/biblioteca)

# GESTORES DE SAÚDE DA AMAZÔNIA LEGAL REÚNEM-SE PARA DISCUTIR PROBLEMAS DA REGIÃO

TATIANA ROSA

\*com informações da SES/PA

Os secretários de Estado da Saúde que compõem a Amazônia Legal (Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia Roraima e Tocantins, Mato Grosso e Maranhão) reuniram-se em Belém/PA, no dia 11 de março, para o II Encontro de Gestores de Saúde da Amazônia Legal.

Promovido pelo CONASS com apoio da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará, a reunião atende às reivindicações dos secretários por ações e investimentos na área da saúde que possibilitem enfrentar os desafios sanitários da região. A demanda partiu da definição dos gestores em organizar uma agenda política permanente a fim de desenvolver e articular estratégias para o enfrentamento das iniquidades econômicas, sociais e políticas relacionadas à operação do Sistema Único de Saúde (SUS) na região.

O secretário de Estado do Pará, Vitor Manuel Jesus Mateus, observou que o pleito mais importante e urgente para os gestores desses estados é a equalização de repasses do governo federal para os serviços de Média e Alta Complexidade que, nesses estados, é muito abaixo em relação à média nacional. “Foi por causa desse nó que formamos esse grupo de

trabalho iniciado em um primeiro encontro em Manaus, ocorrido em fevereiro, e prosseguimos em Belém com essa agenda pactuada com o CONASS”, ressaltou.

O encontro promoveu uma exposição dialogada sobre temas como atuação política institucional, fortalecimento da gestão, modelo de Atenção Primária à Saúde, financiamentos e consórcios interfederativos que possibilitem a compra de medicamentos e produtos de saúde com vistas à redução de custos. Pedro Elias, secretário de Estado da Saúde do Amazonas, ratificou a importância da união de forças dos estados da Amazônia Legal para retirar a região da realidade da dificuldade de recursos.

Para o secretário de Saúde do Tocantins, Marcos Musafir, é importante e produtivo o encontro bimestral que o CONASS tem valorizado na busca pela prioridade da discussão com os estados da Amazônia Legal, em que o maior percentual (>75%) de atendimentos se dá no SUS. “Destaco as boas experiências para a produção de documentos do CONASS sobre a Planificação da Atenção Primária à Saúde na região e a criação de um Grupo de Traba-





lho no CONASS para discutir os Consórcios Interfederativos de Saúde”, destacou.

Para o secretário executivo do CONASS, Jurandi Frutuoso, os encontros dos gestores da Amazônia Legal têm dois objetivos definidos, sendo o primeiro o fortalecimento entre os secretários da própria região. O outro é a troca de experiências técnicas para assimilar estratégias comuns com as quais eles possam enfrentar os problemas que têm em comum.


A troca de experiência, de acordo com Frutuoso, tem-se refletido em questões pontuais. Ele cita a união de todos os estados da região na busca pela equalização do *per capita* de Média e Alta Complexidade, defasado em relação à média do país. “Essa é uma luta política que já acontece há muito tempo e que não teve solução ainda”, observou.

Outra questão apontada foi a possibilidade da criação de um consórcio para viabilizar

o uso comum do sistema de Telessaúde do Amazonas, estendendo-o a toda a Região Norte e também para viabilizar a compra consorciada dos medicamentos de alto custo.

Como encaminhamentos, os secretários estabeleceram a organização de um Grupo de Trabalho sobre Consórcio com um representante de cada estado e técnicos da Secretaria Executiva do CONASS, que deverá preparar documento com análise de viabilidade para o funcionamento do Consórcio Interestadual da Amazônia Legal na área de aquisição de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica e cooperação no telessaúde, além da realização de uma reunião na véspera do Fórum de Governadores da Amazônia Legal, que será realizada no mês de abril no Amapá, com a finalidade de tratar de temas como o financiamento e consórcio interestadual. ■

.....  
Gestores  
apresentaram  
as principais  
preocupações  
dos seus  
estados



***Dengue, zika e chikungunya***  
*da teoria à prática: propostas*  
*de enfrentamento*



CONASS promove debate entre especialistas e gestores estaduais de saúde sobre enfrentamento ao mosquito *Aedes Aegypti*, transmissor da dengue, da zika e da febre chikungunya

TATIANA ROSA

No dia 24 de fevereiro, o CONASS promoveu um debate com renomados pesquisadores para discutir com os secretários estaduais de saúde possíveis ações de controle vetorial das arboviroses, principalmente daquelas causadas pelo mosquito *Aedes aegypti* que, desde meados de outubro de 2015, tem trazido grande preocupação às autoridades sanitárias do Brasil e também do mundo após a suspeita da ligação do vírus da Zika com a microcefalia e também com a síndrome de Guillain-Barré.

Participaram do debate o subsecretário de Saúde da Bahia, médico Infectologista, PhD em Imunologia e Doenças Infecciosas e professor da Faculdade de Medicina da Unifesp/SP, Roberto Badaró; o médico e especialista em doenças tropicais, ex-secretário de Estado da Saúde do Amazonas e ex-presidente do CONASS, Wilson Alecrim; o infectologista, professor e ex-diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e coordenador de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Marcus Boulos; e o médico, mestre em Medicina Preventiva e doutor em Medicina Tropical, professor do Programa de Pós-graduação em Medicina Tropical da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, Pedro Tauil.

“Não é possível combater um inimigo que não conhecemos”, salientou Roberto Badaró, ao referir-se ao mosquito *Aedes aegypti*. Segundo ele, é necessário, antes de tudo, conhecer os ciclos biológicos e de reprodução do mosquito para assim traçar estratégias de combate.

Outro aspecto importante levantado por Badaró foi o fato de que a epidemia de dengue, muito diferente do que a maioria pensa, não começou neste século, sendo na verdade milenar. “O pai da medicina, Aristóteles, em 320 a.C. já falava de doenças e de febres causadas por mosquitos. Em mil anos,

podemos afirmar com tranquilidade que as arboviroses já mataram mais que todas as guerras mundiais, e a gente ainda continua sofrendo com isso”.

Badaró citou dados que apontam a infecção anual no mundo de 50 a 100 milhões de pessoas, com 500 mil casos de dengue hemorrágica e 22 mil mortes. Números que, segundo ele, são suficientes para mostrar a magnitude do problema que o país vive hoje, principalmente agora, com a transmissão concomitante de mais duas arboviroses, febre de chikungunya e zika e em especial às complicações associadas a síndrome de Guillain-Barré e a microcefalia.

Em relação à microcefalia, o subsecretário foi cauteloso ao afirmar que ainda há muita coisa a ser estudada, mas ressaltou que ela já está totalmente associada à epidemia de zika.

Sobre as formas de combate, ele disse não haver uma “bala mágica” capaz de conter o avanço do mosquito. “É preciso ter várias estratégias para interromper o ciclo do mosquito e conseguir evitar que ele se reproduza. Muitas possibilidades estão sendo trabalhadas e estudadas com comprovação internacional inclusive, e outras de grande ação em potencial, como, por exemplo, a educação continuada e participação social.”

Essa, segundo Badaró, é fundamental para que o combate seja eficaz. Ele aponta ainda o uso de larvicidas, mas de maneira monitorada, pois estes podem desenvolver resistência.

A borrifação domiciliar para extermínio do mosquito – técnica pouco utilizada atualmente – seria, segundo o professor, uma ação de grande potencial, já que o *Aedes* é hematofílico, antropofílico e sinantrópico, ou seja, vive dentro dos domicílios. “Hoje, 80% dos casos de dengue, febre chikungunya e zika são adquiridos dentro do domicílio. As pessoas precisam entender isso e ter consciência





Da esquerda para a direita Roberto Badaró, Wilson Alecrim, Marcos Boulos e Pedro Tauil

de que o combate não é responsabilidade somente do governo, mas de todos nós”, alertou.

A disseminação dos mosquitos estéreis e irradiados é, na opinião do professor, técnica de modificação interessante, para que, na hora da cópula, não se complete o ciclo do ovo, assim como a contaminação dos mosquitos com a bactéria *Wolbachia* que gera mosquitos incapazes de produzir ovos.

Badaró voltou a citar a importância da educação continuada. “O envolvimento das forças armadas foi fundamental para dar à sociedade a noção da dimensão do problema e, com isso, fazer que ela se mobilizasse. Acredito muito na educação, no alerta diário e na participação social na eliminação dos focos”, ratificou.

Badaró finalizou com a apresentação de uma experiência da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, com a criação de um aplicativo para mapear focos do mosquito da dengue, no qual o próprio cidadão denuncia os criadouros, em qualquer lugar e a qualquer

hora. “Temos de convocar a todos, e cada um, individualmente, tem de combater o mosquito. A força está conosco”, concluiu.

### “Epidemia mais surpreendente que a epidemia do ebola na África”

É o que acredita o coordenador de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Marcos Boulos. Segundo ele, é singular ter uma nova epidemia com essas características acontecendo no Brasil, em sua opinião de maneira mais surpreendente até mesmo do que foi a epidemia de ebola na África nos últimos anos. “Na epidemia de ebola, nós sabíamos como ela acontecia mesmo que em escala muito menor, mas sabíamos o que acontecia com o vírus. Já com a Zika não! Estamos descobrindo todas as características do que acontece com ela agora, pois, mesmo já tendo acontecido pequenas epidemias na Micronésia e na Polinésia Francesa, somente agora esse vírus está mostrando o seu potencial”, observou.



.....  
Ações de combate ao mosquito *Aedes* acontecem de forma contínua nos estados

Boulos disse que, ao surgir, a zika parecia ser uma doença banal, pois tratava-se de uma doença exantemática que causava pouca febre e que é muito menos grave que a dengue. “No entanto, não tínhamos percebido a dimensão desse problema relacionado à microcefalia, o que se transformou em uma situação insustentável. Não podemos permitir que nossas jovens evitem gravidez por causa de uma doença transmitida por um vetor artrópode”, evidenciou.

O coordenador afirmou de maneira enfática que a única maneira de evitar o avanço da epidemia é o controle do *Aedes aegypti*, mas ressaltou que, de certa maneira, o enfrentamento ao mosquito foi abandonado.

Ele lembrou que, ao controlar a febre amarela com a vacina, a doença deixou de ser importante e, à época, apesar da determinação da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) de se eliminar o mosquito, países como Estados Unidos da América, Cuba e Venezuela se recusaram a investir no combate, pois acreditavam que o custo era alto para uma doença, porque já havia vacina, e, com isso, o *Aedes* voltou a circular pelo Brasil, mas a dengue não era considerada uma doença tão grave como a febre amarela, que já contava com uma vacina.

Ele alertou que agora a situação é mais séria, porque o nível de infestação é alarmante. De acordo com ele, o único órgão

centralizado de controle de vetor que permanece no Brasil, a Superintendência de Controle de Endemias (Suceam), em São Paulo, acompanha ano a ano o que tem acontecido com o *Aedes* e mostra que o mosquito não mudou os hábitos, continuando nos mesmos lugares todos os anos. “Oitenta por cento dos focos estão dentro das casas, o que mostra a dificuldade dos órgãos públicos em entrar nos domicílios. Precisamos da adesão da população de maneira intensa, mas não temos conseguido isso. Tenho certeza de que a educação é a base”.

Além de um processo educacional intensivo da população, outra perspectiva para sanar o problema, na visão do professor, seria a infecção do mosquito macho pela bactéria *Wolbachia*, alternativa também citada pelo subsecretário de saúde da Bahia, Roberto Badaró. “A vantagem dessa estratégia que considero mais concreta é que um mosquito contamina o outro, possibilitando maior controle desses milhares de mosquitos que temos espalhados”, disse.

Otimista, Boulos acredita que, a partir dessa epidemia, será possível fortalecer os serviços de saúde prestados à população, pois, apesar das dificuldades enfrentadas para vencer os desafios postos, a situação exige saídas técnicas, científicas e de organização de serviços. “Certamente em termos de vigilância em saúde sairemos dessa crise mais fortalecidos, pois já estamos aperfeiçoando a notificação da microcefalia, melhorando os serviços de atendimento e de acompanhamento de gestantes, desenvolvendo sorologias etc., ou seja, vamos fortalecer técnica e cientificamente os serviços que ficarão mais eficientes”, concluiu.

### A principal doença reemergente do mundo

“A dengue é uma doença conhecida há muito tempo, porém houve aumento da sua

frequência e da sua gravidade”, disse o médico e professor do Programa de Pós-graduação em Medicina Tropical da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (UnB), Pedro Tauil.

Para entender o porquê de essas doenças terem reemergido, o professor disse não ser possível pontuar todos os fatores que levaram a isso, mas garantiu não haver dúvidas de que o aumento da densidade de infestação pelo *Aedes* é o principal motivo. Uma das causas para esse aumento, segundo ele, foi a migração rural urbana que se deu de forma rápida e intensa após a 2ª Guerra Mundial. “Nunca tivemos tanta gente vivendo em áreas urbanas. No Brasil cerca de 85% da sua população vivem nas cidades com sistemas inadequados de habitação, suprimento de água e destino dos dejetos, sendo que cerca de 20% da população de médias e grandes cidades vivem em favelas, invasões, mocambos ou cortiços”.

Tauil também apontou o problema da segurança e acesso às habitações nas grandes áreas urbanas do Brasil, a dificuldade de atender as demandas de abastecimento regular de água e coleta de lixo, a dificuldade da prática de fiscalização sanitária, bem como a multiplicidade de borracharias, depósitos de ferros-velhos, terrenos baldios e cemitérios. “Essas são áreas apontadas como estratégicas a serem abordadas pelos agentes públicos, pois precisam muito mais de fiscalização do que as casas onde os próprios indivíduos, em seus domicílios, acabam assumindo essa responsabilidade”, alertou.

Ainda de acordo com os dados apresentados por ele, 2,5 bilhões de pessoas estão expostas ao risco de transmissão de doenças causadas pelo *Aedes*, em países tropicais e subtropicais da Ásia, África e América.

O professor esclareceu que, na ausência de vacinas e tratamentos etiológicos eficazes, efetivos e seguros no combate à dengue, à zika e à febre chikungunya, o único elo

vulnerável da cadeia epidemiológica para redução da transmissão dessas doenças é o *Aedes aegypti*, o que torna o combate ao mosquito, fundamental.

No entanto, observou que há fatores limitantes do controle do vetor no Brasil. “A mão de obra é insuficiente, com instabilidade empregatícia dos agentes de combate a endemias, o que resulta em uma baixa cobertura domiciliar, alta rotatividade desses profissionais e baixa qualidade de trabalho, além claro da já citada resistência do vetor aos larvicidas e inseticidas disponíveis”.

Segundo Tauil, os objetivos atuais do controle de doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* são a redução da letalidade das formas graves e do número de casos graves por meio de diagnóstico e tratamento oportunos, a redução da dimensão das epidemias e da incidência da doença, sendo estes dois últimos dependentes da articulação entre os diferentes setores da sociedade. “Ninguém pode morrer dessas doenças, e isso é referente ao setor saúde. Temos protocolo para atender dengue grave, temos profissionais treinados, temos de ter condições de atendimento. Já os outros objetivos, infelizmente, necessitam de articulação multissetorial importante, mas que não é fácil de ser obtida”.

Pedro Tauil citou algumas necessidades atuais, como o diagnóstico laboratorial rápido, tratamentos etiológicos antivirais,

vacinas protetoras, novos inseticidas e larvicidas para superar a resistência dos atuais, indicadores de infestação mais acurados, a fim de se ter uma visão melhor da realidade do mosquito, e medidas de controle vetorial mais efetivas.

Assim como Marcos Boulos, Tauil manifestou esperança no uso da bactéria *Wolbachia*. Para o professor, a convivência da bactéria com o *Aedes*, sem que ele transmita doença, parece um caminho viável. Além de interferir na reprodução do mosquito, os *Aedes* com *Wolbachia*, mesmo que contaminados pelo vírus, não se tornam infectantes.

### Brasil, o país do desafio

“O Brasil está se tornando um país de desafio em todos os aspectos, e estes desafios estão exigindo de cada segmento da população brasileira uma análise profunda sobre o que é possível fazer e sobre o que deve ser feito”, disse o ex-presidente do CONASS, Wilson Duarte Alecrim, que afirmou ainda não se recordar, nas quase cinco décadas em que trabalha na saúde, de ter observado problemas dessa magnitude como o que acontece agora.

Alecrim também citou o acelerado processo de urbanização ocorrido nas últimas três décadas que geraram ocupações e/ou invasões sem nenhum planejamento para instalação adequadas de áreas consi-

Confira a íntegra  
[goo.gl/ThkayG](http://goo.gl/ThkayG)



### Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia

No dia 05 de dezembro do ano passado, o Governo Federal lançou o Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia que trabalha em três frentes: prevenção e combate ao mosquito *Aedes aegypti*, melhoria da assistência às gestantes e crianças e a realização de estudos e pesquisas nessa área. Confira na íntegra as propostas do plano que tem o objetivo de reduzir o índice de infestação por *Aedes aegypti* para menos que 1% nos municípios brasileiros para diminuir o número de casos de doenças transmitidas pelo mosquito.







deradas urbanas com sistema viário, coleta de lixo adequada e com destino adequado. “Tudo isso mudou o panorama que tínhamos no país, e essas pessoas, em sua maioria, estão morando em locais com dificuldades de abastecimento de água. Não tendo esse abastecimento regular, acabam acumulando água no interior da casa em tonéis, barris etc., que são excelentes focos locais para criação e multiplicação do *Aedes*”, explicou.

Para ele, se tivesse havido, desde quando se começou a falar em dengue, investimento na educação social a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), e não apenas da Vigilância em Saúde, o combate ao mosquito poderia ter sido mais exitoso. “Na APS temos

as Equipes de Saúde da Família que estão cotidianamente nesses locais, mesmo com a cobertura sendo baixa. Ora, qualquer que seja o alcance, se ele ultrapassar 50% já é um resultado significativo”, analisou.

Além da socioeducação e da melhoria do saneamento, Alecrim afirmou que é preciso investir em alternativas tecnológicas de controle, mas observou que, entre as opções citadas pelos demais palestrantes, muitas delas ainda demandam muito tempo de trabalho em pesquisa e citou como exemplos a utilização do mosquito transgênico, do mosquito irradiado e a produção de vacinas. Alecrim alertou ser necessário também haver estudo minucioso sobre os hábitos do mosquito, a fim de evitar medidas que não serão efetivas.

Sobre os agentes de combate às endemias, Alecrim observou que eles precisam ser capacitados, treinados e principalmente supervisionados adequadamente. “É próprio do ser humano fazer bem ou não determinada função se não há supervisão, por isso ela é extremamente necessária. Uma das causas do sucesso que tivemos no combate à malária no Brasil foi a supervisão primorosa que nós fazíamos”, ressaltou, para, em seguida, alertar que essa questão precisa ser colocada na agenda dos secretários estaduais e municipais de saúde, bem como do Ministério da Saúde.

De acordo com Alecrim, a população precisa internalizar conhecimentos para entender que o mosquito *Aedes aegypti* é diferente, com hábitos diurnos e que, por isso, precisa cuidar do ambiente familiar, do local onde trabalha, das escolas e universidades etc. “Essas informações têm de ser trabalhadas e internalizadas. Essa é uma ação que não precisa de muitos recursos, mas que depende de organização estrutural e de envolvimento multisetorial e multidisciplinar”, disse.

Outra medida citada por ele diz respeito ao uso de inseticidas que produzam efeito em relação ao hábito do mosquito e a intensificação do combate às larvas.

Alecrim fez ainda uma comparação da epidemia de dengue, zika e febre chikungunya com a introdução do HIV no Brasil, mas observou que, diferentemente da epidemia de Aids que atingiu camadas economicamente mais favorecidas à época e na qual se montou um grande programa (um dos maiores do mundo tanto no diagnóstico quanto na assistência), o problema agora atinge populações menos favorecidas e desprovidas de bens sociais e econômicos. “Estamos diante de um problema que começa no Brasil em áreas desprovidas e de negação

do alcance aos chamados bens sociais que é, principalmente, o Nordeste brasileiro que, junto com a Região Norte, ainda tem índices diferentes de outras partes do Brasil, como, por exemplo, a alta mortalidade infantil e materna, a baixa cobertura vacinal etc. Acredito que temos agora um desafio que se sobrepõe a todos os demais”.

Sobre o vírus da zika especificamente, Alecrim disse se tratar, ao que tudo indica, de um vírus com grande predileção pelo sistema nervoso do ser humano, não só do cérebro, mas também de outras partes, como no caso da síndrome de Guillain-Barré, o que torna a situação ainda mais preocupante.

E concluiu com uma reflexão. “Se nós tivermos uma população atingida cada vez mais e não encontrarmos nenhuma medida, isso me faz lembrar duas doenças com que trabalhei e de que conheci coisas terríveis: a tuberculose e a hanseníase”, alertou, para, em seguida, lembrar que o Brasil era cheio de sanatórios para tratar tuberculosos e leprosários para tratar os doentes de hanseníase. “Hoje não temos mais sanatórios nem leprosários e estamos eliminando agora os hospícios, que eram as três marcas bem pesadas que o Brasil carregava, mas imagina o que é pensar em ter novamente lugares específicos para cuidar de pessoas que porventura tiveram a infelicidade de nascer com síndrome congênita do zika vírus?”

Para o presidente do CONASS João Gabbardo, pelo desafio que a situação epidemiológica atual representa, é importante que o tema se mantenha na pauta de discussões do CONASS, devendo ser incluído já na próxima assembleia o debate de outros aspectos relacionados ao controle do *Aedes aegypti*, como saneamento e questão ambiental.



## Encontro Internacional discute opções para o controle do *Aedes aegypti*

### Informações da Agência Saúde

Nos dias 17 e 18 de fevereiro, especialistas brasileiros e de países como Estados Unidos da América, Austrália, México e Áustria reuniram-se em Brasília para a Reunião Internacional para Implementação de Novas Alternativas para o Controle do *Aedes aegypti* no Brasil.

Organizado pelo Ministério da Saúde, o encontro promoveu o debate sobre estudos e ações na aplicação de tecnologias para o controle do vetor como o uso de mosquitos transgênicos e da bactéria *Wolbachia* e experiências internacionais como o uso de mos-

quitos adultos para dispersão de inseticidas e a aplicação residual nos domicílios.

O secretário de Vigilância em Saúde, Antonio Carlos Nardi, observou que o Brasil está trabalhando arduamente com o objetivo de diminuir os riscos e os agravos causados pelas doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti* e salientou a importância da transparência dos dados e pesquisas neste momento em que há muitas afirmações especulativas sobre o assunto.

O secretário executivo do Ministério da Saúde, José Agenor Alvarez, afirmou ser fundamental ouvir todas as experiências que estão sendo realizadas no Brasil e no mundo, mas com validade científica para não colocar em risco a população e para, de fato, conter o avanço do mosquito. ■

Encontro internacional recebeu, em Brasília, especialistas brasileiros e de outros países para debater opções para o controle do *Aedes Aegypti*

# EM DIRECÇÃO À GESTÃO DA MALHA DE SERVIÇOS SANITÁRIOS

MARTA TEMIDO

Ph.D. em Políticas de Saúde e Desenvolvimento, IHMT-UNL (Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa)

**Resumo:** Em um contexto de emergência de nova transição epidemiológica, são muitos os desafios que se colocam aos sistemas de saúde e aos seus gestores. Um desses desafios resulta da necessidade de evoluir de uma gestão centrada em unidades de saúde para uma gestão centrada na malha sanitária, sendo este um contributo para alcançar uma saúde mais sustentável. Para enfrentar esse desafio, o gestor hospitalar precisa de recordar que o conceito de hospital é função da evolução histórica e que o hospital do futuro tende a desinstitucionalizar-se. Na taxonomia de tipos de hospital descrita na literatura, o modelo de “hospital compreensivo” é o que melhor responde às atuais necessidades assistenciais. O novo paradigma de gestão centrado na malha sanitária implica o desenvolvimento da integração de cuidados, a deshospitalização de alguma atividade assistencial, o reforço dos modelos colaborativos, a inovação dos modelos de financiamento e a atenção aos determinantes sociais da saúde. Estas mudanças vão requerer dos gestores de serviços de saúde a capacidade de desenvolvimento de um novo tipo de liderança, orientada para a criação de valor em saúde.

**Palavras-chave:** gestão hospitalar; malha sanitária; sustentabilidade; integração; colaboração.

Em um contexto de emergência de nova transição epidemiológica<sup>1</sup> – em que o envelhecimento demográfico se combina com a explosão das doenças crônicas e da multicronicidade – e de alterações sociais significativas – com cidadãos mais informados e mais exigentes, em um mundo cada vez mais globalizado, no qual muitos países enfrentam custos crescentes em saúde – são muitos os desafios que se colocam aos sistemas de saúde e aos seus gestores.

Tal como em muitos países congêneres, em Portugal, um desses desafios resulta da necessidade de evoluir de uma gestão centrada em unidades de saúde para uma gestão centrada na malha sanitária, na medida em que este será, seguramente, um contributo para alcançar uma saúde mais sustentável, conforme recomendado pelas *Sustainable Development Goals da OMS: ensure healthy lives and promote wellbeing for all at all ages*.<sup>2</sup>

Em Portugal, o hospital público assume hoje vários figurinos: centro hospitalar, grupo hospitalar, hospital, unidade local de saúde, parceria público-privada. Alguns estabelecimentos, oficializados em 1974, são novamente geridos pelas Misericórdias. Por vezes, o hospital permanece instalado em edifícios de época, em outras ocupa instalações modernas, nem sempre isentas de erros na sua fase



de planeamento. Desde que, na sequência da crise económica de 2008, o país se viu forçado a requerer assistência financeira externa, a gestão hospitalar ressentiu-se do reforço dos mecanismos de comando e controle por parte dos serviços centrais dos Ministérios da Saúde e das Finanças. Entretanto, o hospital público continua a tirar pouco partido da administração profissionalizada, nomeadamente, não avaliando os seus órgãos de gestão. Ele nem sempre parece compreender o seu papel dentro da rede Serviço Nacional de Saúde, a sua estratégia e objectivos e mostra dificuldade de lidar com problemas específicos (v.g., procura na urgência, tempo de espera para exames complementares, sobre consumo de cesarianas e diálise renal, listas de espera para próteses). Continuando a aferir a sua identidade por valências e populações servidas, o hospital público português permanece focado na doença aguda, nas respostas episódicas e na qualidade técnica do serviço, valorizando insuficientemente os modelos colaborativos de cuidados e a experiência do doente. Apesar dos constrangimentos, o hospital público tem incorporado a melhoria contínua da qualidade como rotina e utiliza cada vez mais a investigação como instrumento de melhoria da actividade assistencial e de valorização dos seus profissionais, ao mesmo tempo que explora novas áreas que lhe permitam potenciar fontes de receita e de prestígio, como o turismo da saúde. É cada vez menos uma “caixa negra” mas ainda está longe de ter “paredes de cristal”, vivendo demasiado afastado da comunidade.

Para enfrentar o desafio da necessidade de gerir uma malha sanitária em lugar de apenas administrar uma unidade de saúde, o gestor, e especificamente o gestor hospitalar, precisa de recordar, desde logo, que o conceito de hospital é função de uma evolução histórica. Com efeito, no passado distante, o hospital era, antes de mais, um lugar:

um lugar onde se ia para morrer, daí o formato cruciforme de tantas enfermarias europeias, mas também um lugar frequentado pelos pobres, pelos que tinham perdido a razão e por toda a sorte de miseráveis e, portanto, o último lugar no qual qualquer pessoa respeitável gostaria de se encontrar, já que os bafejados pela sorte eram tratados em casa. No passado mais recente, o hospital passou a ser encarado como uma instituição; uma instituição de geometria variável e ligada a um conjunto de características diversas<sup>3</sup> mas indissociável da disponibilidade de camas de internamento. Hoje, o hospital tende a desinstitucionalizar-se, é considerado um *proxy* de instalações de saúde em geral<sup>4</sup> e discute-se o conceito de hospital sem paredes<sup>5</sup>.

O modelo hospitalar adequado a responder ao actual perfil epidemiológico não é, certamente, o do “hospital dominante” (com papel hegemónico no sistema de saúde, monopolizando a maior parte do orçamento e da prestação) nem o do “hospital separatista” (que se limita à prestação de cuidados agudos, episódicos e de curta duração), da classificação de McKee<sup>3</sup>. Provavelmente, também não será o do modelo de “hospital *hub*”, que se posiciona como centro do sistema integrado de cuidados para uma área definida, assumindo funções de planeamento, administração e financiamento dos serviços. Porventura, o modelo mais adequado às respostas às necessidades assistenciais deste início de século XXI será o do “hospital compreensivo”, instituição de base territorial e responsabilidade populacional sobre vários níveis de cuidados, que se estruturam em linhas e redes de atenção.

Quando se pretende avançar para o desenvolvimento de um modelo de gestão da malha sanitária em lugar de um modelo de gestão do hospital *tout court* são várias as dimensões que carecem de ajustamentos. Algumas delas envolvem o desenvolvimento da

integração de cuidados, a deshospitalização de alguma atividade assistencial, o reforço dos modelos colaborativos, a inovação dos modelos de financiamento e a atenção aos determinantes sociais da saúde.

### i. Desenvolvimento da integração de cuidados

As tradicionais fronteiras entre níveis assistenciais e entre instituições prestadoras de cuidados de saúde devem dar lugar a cuidados centrados no utente, no seu percurso no sistema de saúde e no *continuum* assistencial. Em muitos contextos, as necessidades populacionais exigirão que, inclusivamente, se vençam as próprias fronteiras do setor da saúde, articulando intervenções com o setor social. O utente não pode ser apenas uma parcela que transita de intervenção em intervenção; quando a sua complexidade o justifique, poderá ser-lhe atribuído um gestor de caso e o autocuidado e a promoção da saúde deverão ser estimulados.

### ii. “Deshospitalização” de alguma atividade assistencial

O hospital, com as suas respostas focadas no internamento e na assistência de elevada complexidade técnica, deve estar disponível a perder protagonismo. Tal não significa que o hospital seja secundarizado – não há bons sistemas de saúde sem bons hospitais; significa apenas que os hospitais devem ocupar o seu lugar próprio, sem absorverem recursos que possam ser usados, com mais eficiência, por outras peças do sistema. Significa ainda que, sempre que tecnicamente possível, a proximidade deve ser privilegiada, sabendo-se que a melhoria da efetividade da intervenção dos cuidados de saúde primários constitui uma boa estratégia para a meta desejada.

### iii. Reforço dos modelos colaborativos

Os recursos humanos da saúde, porque representam o maior custo direto, mas também porque são o principal ordenador de despesa, são o *input* central da prestação de cuidados. Contudo, o investimento na modernização da sua organização tem sido limitado e, no essencial, médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde continuam a trabalhar como o faziam há 50 anos. As competências presentes na equipe de saúde nem sempre são adequadamente conhecidas e maximizadas e a distribuição do trabalho faz-se por silos profissionais. Esta é uma situação que deve ser revista, não esquecendo que o reforço dos modelos colaborativos de cuidados envolve, igualmente, uma rentabilização das competências do próprio doente, agente da construção da sua saúde individual.

### iv. Inovação dos modelos de financiamento

Os modelos de pagamento dos prestadores institucionais e individuais são decisivos como instrumentos modeladores de comportamentos. Não se pretendendo premiar simplesmente o volume, ou mesmo a mera complexidade, deve apostar-se no desenho e implementação de sistemas de pagamento que estimulem a avaliação pelo desempenho. Daí o desenvolvimento de modelos que procuram, explicitamente, associar objetivos de qualidade, coordenação de cuidados, obtenção de ganhos em saúde e de ganhos de eficiência com incentivos de pagamento. Essas iniciativas podem assumir vários formatos, mas têm algumas características constantes: associação de incentivos a objetivos específicos, tais como processos assistenciais baseados em *evidence-based guidelines*, atenção aos cuidados preventivos, gestão integrada da doença crônica e ganhos em saú-

de. Nesse quadro, o reforço dos sistemas de informação e das funções de monitorização são fundamentais para contrariar potenciais incentivos perversos.

#### v. Atenção aos determinantes sociais da saúde

Por último, mas não menos importante, deve ser concedida uma maior atenção ao papel da saúde pública, não só no desenho da estratégia da malha sanitária, mas também na sua capacidade de exercer a *advocacy* da necessidade de intervenção nos determinantes sociais da saúde. De há muito que se reconhece a relação de causa e efeito de outros factores sociais, económicos e culturais na boa ou má saúde. Mas é difícil alinhar a retórica da “Saúde em todas as Políticas” com a implementação de acções concretas. Modelos de gestão da malha sanitária devem interagir com as escolas e as empresas para alavancar comunidades saudáveis.

Estas exigentes mudanças vão requerer dos gestores de serviços de saúde a capacidade de desenvolvimento de um novo tipo de liderança: uma liderança capaz de coordenar e integrar a atividade assistencial e social, uma liderança voltada para a articulação de estruturas e não apenas para o comando de instituições, uma liderança baseada no trabalho de equipa e na partilha de poderes e de responsabilidades e uma liderança orientada para a criação de valor em saúde. ■

- 1 OMRAN, A.R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 49, n. 4, p. 509-538, 1971.
- 2 WHO. 2015. *Towards a monitoring framework with targets and indicators for the health goals of the post-2015 Sustainable Development Goals*. Disponível em: <[http://www.who.int/healthinfo/indicators/hsi\\_indicators\\_sdg\\_targetindicators\\_draft.pdf](http://www.who.int/healthinfo/indicators/hsi_indicators_sdg_targetindicators_draft.pdf)>.
- 3 MCKEE, M.; HEALY, J. *European Observatory on Health Systems Series. Hospitals in a changing Europe*. 2002. Disponível em: <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/98401/E74486.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98401/E74486.pdf)>.
- 4 RECHEL, B.; WRIGHT, S.; EDWARDS, N.; DOWDESWELL, B.; MCKEE, M. *Investing in Hospitals of the Future*. 2009. Disponível em: <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/98406/E92354.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98406/E92354.pdf?ua=1)>.
- 5 ROYAL College of Physicians'. *Future hospital: caring for medical patients*. 2013. Disponível em: <<https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/future-hospital-commission>>.

# TENSÕES E CONTRADIÇÕES NA FORMAÇÃO MÉDICA

MÁRIO FRESTA

MD, Ph.D., Diretor do Centro de Estudos Avançados em Educação e Formação Médica (CEDUMED) da Universidade Agostinho Neto (Luanda, Angola)



Confira a entrevista  
[goo.gl/uA3VHA](http://goo.gl/uA3VHA)



**Resumo:** Neste artigo de opinião é comentada uma entrevista divulgada na edição n. 1 da **Revista Consensus** (2011), na qual Adib Jatene coloca diversas questões sobre a formação médica e os serviços de saúde, no contexto do Brasil e do seu Sistema Único de Saúde. O comentário focaliza-se em determinados aspectos, traçando paralelos com a situação de Angola, para concluir que a formação médica: deve subordinar-se à finalidade de melhorar a saúde de todas as populações, ter excelência mundial e ser relevante para o contexto local; deve ser coerente com a colocação dos médicos, nomeadamente no meio suburbano; requer orçamentos e financiamento adequados mas também capacidade de gestão; e deve seguir políticas sólidas e estáveis que ultrapassem os ciclos governativos.

**Palavras-chave:** Educação Médica, Angola, Brasil, Desafios

O Dr. Adib Jatene, em entrevista concedida à *Consensus*<sup>1</sup> coloca diversas questões sobre a formação médica, no contexto do Brasil e do seu Sistema Único de Saúde (SUS). É um conjunto de questões muito abrangente e relevante que certamente interessa à lusofonia, e não só, pela importância da saúde para todas as nações e governos, já que ela integra o desenvolvimento humano, é uma das maiores preocupações dos cidadãos e dos eleitores, e constitui uma questão de segurança e soberania.

Neste artigo de opinião, iremos tecer algumas considerações sobre questões selecio-

nadas dessa entrevista muito elucidativa e frontal. Os nossos comentários não vinculam qualquer instituição ou país, embora as ideias expressas decorram da nossa vivência no contexto de Angola e da Universidade Agostinho Neto. Por essa razão, sentimo-nos compelidos a compartilhar com os leitores uma breve apresentação do país e da sua educação médica, destacando aspectos comuns ou diferentes da realidade brasileira.

Angola, antiga colônia portuguesa independente desde 1975, viveu até 2002 intenso conflito armado. A reconstrução nacional subsequente foi afetada desde 2007/2008 pela crise mundial, agravada desde 2014 pela acentuada baixa do preço do petróleo (seu principal produto de exportação). O país situa-se na região ocidental da África Austral, tendo 1.650 Km de costa atlântica a oeste e fronteiras terrestres com o Congo, Congo Democrático, Zâmbia e Namíbia. Tem grande variedade climática, flora e fauna diversificada e elevados recursos minerais, entre os quais petróleo, gás natural, diamantes, fosfatos, substâncias betuminosas, ferro, cobre, magnésio, ouro e rochas ornamentais. As questões do gênero são relevantes em todas as políticas públicas e existem 34,1% parlamentares mulheres.<sup>2</sup> As belezas naturais, com elevado potencial turístico, são reconhecidas.<sup>3</sup> O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é próximo da média africana, qualificando o país como de baixo desenvolvimento humano, apesar de vir melhorando lentamente (o seu



crescimento anual foi 2,6% no período 2000-2013 e o *ranking* subiu 2 posições no período 2008-2013); observa-se que o *ranking* do IDH ajustado para a desigualdade (IDHI) é inferior 17 posições ao do IDH, o que significa que o país tem determinado potencial econômico para converter em desenvolvimento humano; por outro lado, o coeficiente de Gini de 42,7 revela o desafio de melhorar a distribuição do rendimento.<sup>4</sup>

Na Tabela 1 está patenteado um conjunto de indicadores, incluindo de desenvolvimento, que permite situar Angola no contexto da África subsaariana e compará-la com o Brasil.

Quanto à educação médica básica, existem nove cursos de medicina em Angola (um desde 1963 até 2000 quando abriu o segundo, mais seis em 2008-2009 e o mais recente em 2012). Desses cursos, sete são públicos (seis tutelados pelo Ministério do Ensino Superior e um pelas Forças Armadas) e dois privados; quatro situam-se na capital e outros cinco em diversas províncias (estes instalados com concurso da cooperação Cubana).<sup>9</sup> Inicialmente, a residência (especialização) e a formação acadêmica só eram possíveis no exterior, onde também algumas centenas fizeram (e estão a fazer) o curso de medicina.

**Tabela 1: Indicadores Gerais e de Desenvolvimento Humano (Angola, África Subsaariana e Brasil), dados disponíveis em 2015**

FONTE	INDICADOR	BRASIL	ANGOLA	ÁFRICA SUBSAHARIANA
(5,6)	População (total, milhões)	206,1	24,23	-
(4)	População (crescimento anual, %)	0,8%	3,1%	2,7%
(7,8)	Superfície Territorial (Km <sup>2</sup> )	8.515.767	1.246.700	-
(5,6)	Produto Interno Bruto (US\$ bilhões atual)	2.346,1	131,4	-
(5,6)	PIB (crescimento anual, %)	0,1%	3,9%	-
(5,6)	Taxa de Inflação (anual, %)	6,3%	7,3%	-
(4)	PIB per capita (2011 PPP \$)	14.275	6.323	3.152
(4)	Esperança de Vida ao Nascer (anos)	73,9	51,9	56,8
(4)	Literacia em Adultos (%)	90,4%	70,4%	58,9%
(4)	Anos Médios de Escolaridade	7,2	4,7	4,8
(4)	Anos Esperados de Escolaridade	15,2	11,4	9,7
(4)	Mortalidade < 5 anos	14	164	97
(4)	Mortalidade Infantil	13	100	64
(4)	Mortalidade Materna	56	450	474
(5,6)	População abaixo da linha de Pobreza	8,9%	36,6%	-
(4)	Índice de Desenvolvimento Humano (HDI)	0,744	0,526	0,502
(4)	Ranking do HDI entre 187 países	79 <sup>o</sup>	149 <sup>o</sup>	-
(4)	Diferença entre ranking do IHDI e HDI	-16	-17	-
(4)	Coefficiente de Gini	54,7	42,7	-

Existem agora mais de 3.500 médicos o que, embora ainda insuficiente, é muito superior aos cerca de 60 na altura da independência nacional (para 1/4 da população actualmente existente). Este crescimento procurou acompanhar as transformações que ocorrem no sistema de saúde, reduzir as assimetrias territoriais, melhorar os serviços prestados às populações e promover a investigação, nomeadamente investigação local que produza conhecimento atual e fiável sobre a realidade nacional.<sup>9</sup> A investigação em saúde que se vem fazendo em (e sobre) Angola tem crescido bastante nos últimos dez anos, é maioritariamente epidemiológica e focaliza-se nas doenças infecciosas (principalmente malária), mas a contribuição das instituições angolanas é relativamente baixa.<sup>10</sup> Para além da educação médica básica em franco desenvolvimento, a pós-graduação académica iniciou em 2004 e cresce lentamente, as especializações estão a diversificar-se a expandir-se no território, a educação contínua aumenta constantemente, há uma crescente atenção à qualidade e uma propensão à cooperação e funcionamento em rede (a nível nacional, na lusofonia e na região africana).<sup>11</sup>

Passando a comentar as questões sobre formação médica levantadas na entrevista do Dr. Adib Jatene, queríamos destacar as seguintes afirmações interrelacionadas: (1) “A formação do médico está mal feita”; (2) “Onde mais falta médico é na periferia das grandes cidades”; (3) “Isso e uma falácia” (referindo-se a “problema não é de financiamento mas sim de má gestão”); (4) “Eu sempre defendi a ideia de que não deveria haver influência política no programa (Programa de Saúde Familiar), pois políticos não deveriam se utilizar dele”; e (5) “Prioridade [...] a gente sabe pelo volume de recursos que a gente acrescenta ao orçamento”.

(1). Concordamos que existe grande espaço para melhoria na formação dos médicos, atendendo a duas questões interdependentes: “Para que são formados?” e “Como devem ser formados?”. A primeira questão é habitualmente discutida a partir da história da medicina e do posicionamento da classe, o que é legítimo e incontornável. Contudo, a razão primordial é a responsabilidade social, como aliás afirma a Federação Mundial de Educação Médica (WFME), citamos “A finalidade da educação médica é a melhoria da saúde de todas as populações”.<sup>12</sup> Se entendermos assim, devemos começar por diagnosticar a saúde da população e sua previsível evolução para definir então as políticas e estratégias mais adequadas, incluindo a gestão dos recursos humanos onde se enquadra a formação médica. Desse ponto de vista, a qualidade da formação médica será tanto maior quanto mais contribuir para a saúde das pessoas e populações, naturalmente no quadro do sistema de saúde, recursos disponíveis e condições de trabalho. Aspecto importante é que devemos planificar a formação dos médicos conjuntamente com a formação dos enfermeiros e outros profissionais de saúde, mesmo dos técnicos e gestores, ao contrário do que por vezes observamos (cada profissão é pensada, cada currículo é desenhado independentemente dos demais). Outros aspectos relevantes são que o carácter global da medicina não dispensa a sua contextualização e relevância local; a formação deve basear-se em sistemas de saúde-educação-pesquisa e desenvolver competências que nor-

teiem o currículo; e a educação deve ser “transformativa” promovendo atributos de liderança que permitam aos profissionais serem agentes de mudança.<sup>13</sup>

Quanto à segunda questão (Como formar?), poderíamos aprender um pouco mais com a realidade desportiva que é obrigada a apresentar resultados e reconhece a competição como sendo o treino mais completo. Transpondo isso para a educação médica, deveríamos educar os médicos nas condições mais próximas da realidade onde virão a trabalhar, ao invés de formarmos médicos exclusivamente ou principalmente em hospitais muito diferenciados e depois esperarmos que sejam bons médicos de cuidados primários de saúde em pequenos hospitais, centros médicos e na comunidade (onde aliás resistem compreensivelmente a ser colocados por desconhecem esses contextos). A própria academia defende por vezes que “não há condições” de formação nesses níveis, confundindo nível de cuidados com qualidade deles e com o potencial para formação: de fato, uma Faculdade de Medicina pode criar as condições de formação necessárias a qualquer nível, sendo que o nível primário é mesmo privilegiado nesse aspecto, já que recebe todas as doenças, enfermidades e sinistralidade (ao contrário dos níveis superiores onde os doentes são, em princípio, selecionados) e prepara os médicos para o atendimento e gestão das situações dentro da missão, com os recursos e segundo as normas aí vigentes, sem prejuízo do que venham a aprender depois na fase de

residência (designada em Angola “internato de especialidade”).

Alternativamente, se entendermos que os médicos apenas devem funcionar como especialistas nos maiores hospitais (como alguns parecem defender e o Dr. Jatene bem questiona), teremos de reconhecer e desenvolver competências nos enfermeiros (ou outro tipo de profissional) para que satisfaçam as populações “onde não há médico”.<sup>14</sup> Doutra forma, essas populações arriscam-se a ficar também “onde não há enfermeiro” nem serviços de saúde...

- (2). Quanto à maior falta de médicos na periferia das grandes cidades, estamos inteiramente de acordo. Naturalmente que o meio rural precisa de médicos, mas proporcionalmente à sua população que é cada vez menor. A migração urbana é um fenómeno mundial, aparentemente imparável, e mesmo em Angola a maioria da população vive agora nas cidades, nomeadamente nas suas periferias muitas vezes desfavorecidas. Se não colocarmos aqui os médicos que formamos e assegurarmos serviços de qualidade, estamos, por um lado, a violar o princípio da equidade e, por outro, a condenar essas pessoas a congestionarem os grandes hospitais que veem assim a sua missão comprometida.
- (3). O impacto relativo do subfinanciamento *versus* insuficiências de gestão sobre a escassez de recursos financeiros depende muito de cada contexto e provavelmente os dois coexistem na maioria dos casos. Em Angola, para além do desejável aumento da despesa absoluta e relativa com a saúde, é também reco-

nhecida a necessidade de aumentar as competências de gestão no nível do sistema e das unidades sanitárias. O Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde (PDRH) 1997-2007 priorizava “a formação permanente de pessoal administrativo e supervisores, formação de formadores e diretores pedagógicos e a criação de uma escola com ênfase na formação em planificação, gestão, administração, metodologia de investigação, epidemiologia e economia para a saúde” e o PDRH de 2013-2025 continua a diagnosticar “baixa competência técnica na gestão e administração em geral e dos recursos humanos da saúde em particular”.<sup>15</sup> A Estratégia Nacional de Formação de Quadros considera como competências técnicas fundamentais, para ser Quadro no Sector da Saúde, “conhecimentos de administração e gestão, técnicas de planeamento e programação e gestão de recursos humanos”<sup>16</sup> e o consequente Plano Nacional de Formação de Quadros integra um subprojecto de “Formação de Apoio à Administração Hospitalar” destinado a assegurar a gestão das novas unidades de saúde que têm sido inauguradas nos últimos anos.<sup>17</sup> Por muito capaz que seja a gestão, no entanto, devemos ter sempre presente que “Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde [...] a um custo que a comunidade e o país possam

manter em cada fase de seu desenvolvimento”.<sup>18</sup>

- (4). A posição de que “não deveria haver influência política no de saúde da família” é particularmente consistente vindo de alguém com o percurso do Dr. Jatene e, em nossa opinião, tem a ver com a própria natureza do Estado.<sup>19</sup> De fato, prevalece no mundo moderno a capacidade de cada governo (que vigora escassos anos) – e mesmo os seus agentes individualmente – decidirem sobre questões de fundo em matéria de saúde (e outras) que não deveriam mudar durante décadas para justificar o investimento e ser observável algum benefício. Sem questionar o modelo democrático, é cada vez mais importante que algumas políticas públicas possam ser objecto de consensos que lhes confirmem sustentabilidade.
- (5). Por fim, ao afirmar que “Prioridade [...] a gente sabe pelo volume de recursos que a gente acrescenta ao orçamento”, o Dr. Jatene remete-nos às simples rubricas orçamentais – mais do que longas narrativas ou extensos documentos – como indicadores da hierarquia da saúde e da educação, incluindo a formação médica nas políticas públicas.

A iniciativa da Consensus de estimular o debate em torno da entrevista do Dr. Adib Jatene vai certamente gerar visões mais abrangentes sobre os problemas da formação médica, enriquecer as decisões nesta matéria e fortalecer a voz da lusofonia no mundo globalizado. ■



## Referências

- 1** JATENE, Adib. Entrevista. Adib Jatene. *Consensus (Revista do Conselho Nacional de Secretários da Saúde)*, ano I, n. 1, jul., p. 6-15, ago. e set./2011.
- 2** GOVERNO de Angola. Portal *Oficial do Governo de Angola*. O Perfil de Angola. Disponível em: <<http://www.governo.gov.ao/opais.aspx>>. Acesso em: 17 out. 2015.
- 3** SEVEN natural wonders. Seven Natural Wonders of Angola. Disponível em: <<http://sevensnaturalwonders.org/angola/>>. Acesso em: 18 out. 2015.
- 4** United Nations Development Program (UNDP). *Human Development report 2014*. Disponível em: <<http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-report-en-1.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2015.
- 5** The World Bank. Brazil. Disponível em: <<http://www.worldbank.org/pt/country/brazil>>. Acesso em: 19 out. 2015.
- 6** The World Bank. Angola. Disponível em: <<http://www.worldbank.org/pt/country/angola>>. Acesso em: 17 out. 2015.
- 7** Wikipedia. Brasil. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Brasil>>. Acesso em: 19 out. 2015.
- 8** Wikipedia. Angola. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Angola>>. Acesso em 19 out. 2015.
- 9** FERREIRA, A. V. L.; FRESTA, M.; SIMÕES, C.; SAMBO MRB. Desafios da Educação Médica e da Investigação em Saúde no Contexto de Angola. *Revista Brasileira de Educação Médica*, vol. 38, n. 1, p.133-41, 2014.
- 10** SAMBO, M.R.; FERREIRA, A. V. L. Current status on health sciences research productivity pertaining to Angola up to 2014. *Health Research Policy and Systems*, vol. 13, p. 32, 2015.
- 11** FRESTA, M. *Da avaliação e reforma curricular à rede das Faculdades de Medicina: o caminho da qualidade (Angola, 2002-2014)*. Comunicação à 4ª Conferência FORGES Angola/2014. Disponível em: <[http://www.aforges.org/conferencia4/docs\\_documentos/PAINEIS%20PRINCIPAIS/Comunicacao%20Completa/Mario\\_Fresta.pdf](http://www.aforges.org/conferencia4/docs_documentos/PAINEIS%20PRINCIPAIS/Comunicacao%20Completa/Mario_Fresta.pdf)>. Acesso em: 22 out. 2015.
- 12** World Federation for Medical Education (WFME). *Basic Medical Education*. WFME Global Standards for Quality Improvement. The 2015 Revision. Disponível em: <<http://wfme.org/standards/bme/78-new-version-2012-quality-improvement-in-basic-medical-education-english/file>>. Acesso em: 23 out. 2015.
- 13** FRENK, J.; CHEN, L.; BHUTTA, Z.A.; COHEN, J; CRISP, N.; EVANS, T. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet Commission*, vol. 376 (December 4): 1923-1958, 2010.
- 14** CLIFF, J.; MARIANO, A.; MUNGUAMBE, K. *Onde não há médico*. Londres: TALK, Londres, 2009. (versão original de WERNER, D. et al. The Hesperian Foundation 1977, 1992). Disponível em: <<https://www.talcuk.org/work-with-talc/ONHM/onde-nao-ha-medico-book.pdf>>. Acesso em: (2015-07-22).
- 15** REPÚBLICA de Angola, Ministério da Saúde. *Consultoria para a Elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde (PDRH 2013-2025)*, Lisboa e Luanda (versão 17 e 4 de Junho de 2014).
- 16** REPÚBLICA de Angola, Casa Civil do Presidente da República. *Estratégia Nacional de Formação de Quadros*. 2012.
- 17** República de Angola, Casa Civil do Presidente da República. *Plano Nacional de Formação de Quadros*, 2012.
- 18** Declaração de Alma Ata. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2015.
- 19** MICKLETHWAIT, J.; WOOLDRIDGE A. A quarta revolução: a corrida global para reinventar o Estado. Alfragide: Dom Quixote, 2015.

Entre os dias 22 e 26 de fevereiro, o assessor para Relações Internacionais do CONASS, Fernando Cupertino, participou de **missão internacional na Dinamarca**, acompanhado de representantes do Ministério da Saúde, do Instituto Nacional do Câncer (Inca), e secretaria municipal de saúde de São Paulo para dar continuidade à cooperação intersetorial estratégica entre os países que, desde o ano passado, têm trocado experiências à respeito dos sistemas de saúde brasileiro e dinamarquês. Cupertino destacou o papel do médico de família e o funcionamento da Atenção Primária à Saúde sendo esta a coordenadora do processo de cuidados, bem como o uso prático das tecnologias de informação para as comunicações entre os serviços de saúde e destes com os pacientes.

O Brasil foi reconhecido como referência mundial em **aleitamento materno** pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e pela revista científica britânica *The Lancet*. O país registra o maior número de doadoras de leite humano do mundo, além de se destacar na evolução das taxas de amamentação e no conjunto de políticas públicas que incentivam amamentação. *Fonte: Agência Saúde*

Nos dias 14 e 15 de março facilitadores do **Projeto do CONASS para a Planificação da Atenção Primária à Saúde** nos estados reuniram-se em Brasília para discutir a nova proposta do projeto de planificação que tem o objetivo de integrá-la a Atenção Ambulatorial Especializada, com o processo de tutoria, tanto nas Unidades Básicas de Saúde, como nos Centros de Especialidades.

No último dia 9 de março, foi publicada a Lei n. 13.257/2016, que estabelece o **Marco Legal para a Primeira Infância**. A norma institui um conjunto de ações para o início da vida, entre zero e seis anos de idade. Uma novidade é o aumento do tempo para os pais cuidarem dos recém-nascidos, com a ampliação para seis meses da duração da licença-maternidade e para 20 dias da licença-paternidade, por meio do Programa Empresa-Cidadã. A lei também estabelece medidas prioritárias a serem cuidadas na primeira infância: saúde, alimentação, educação, convivência familiar e comunitária, assistência social, cultura, lazer, espaço e meio ambiente. O CONASS tem atuado em diversas iniciativas de promoção da saúde a partir dos cuidados com a primeira infância, desde 2008 quando estabeleceu parceria estratégica com o Centro de Excelência para o Desenvolvimento na Primeira Infância da Universidade de Montreal, Canadá. Fruto dessa aliança, produtos têm sido disseminados no Brasil e no exterior, entre os quais se destacam: a versão em português da Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância disponível em [www.encyclopedia-crianca.com](http://www.encyclopedia-crianca.com).

Mais Curtas podem ser acompanhadas nas Redes Sociais!



Siga  
[twitter.com/CONASSoficial](https://twitter.com/CONASSoficial)



Curta  
[facebook.com/conassoficial](https://facebook.com/conassoficial)

# consensus

Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

## DIRETORIA 2015/2016

### PRESIDENTE

João Gabbardo dos Reis (RS)

### VICE-PRESIDENTES

**Região Nordeste:** Fábio Vilas Boas (BA); **Região Norte:** cargo vago  
**Região Centro-Oeste:** Leonardo Vilela (GO); **Região Sudeste:** Fausto Pereira (MG); **Região Sul:** João Paulo Kleinubing (SC)

### COMISSÃO FISCAL

**Titulares:** Marcos Pacheco (MA); José Macedo Sobral (SE); Roberta Abath (PB); **Suplentes:** Ricardo Oliveira (ES); Rozangela Wyszomirska (AL); Marcos Esner Musafir (TO);

### REPRESENTANTES DO CONASS

**Hemobrás:** José Iran Costa Júnior (PE)  
**ANS:** René José Moreira dos Santos (CONASS)  
**Anvisa:** Francisco Costa (PI), e Viviane Rocha de Luiz (CONASS)  
**CNS:** João Gabbardo dos Reis, Jurandi Frutuoso e Haroldo Jorge de Carvalho Pontes

### SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

## SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE 2016

Cesar Ferreira Penna de Faria (RR); David Everson Uip (SP); Eduardo Bermudez (MT); Fábio Vilas Boas (BA); Fausto Pereira dos Santos (MG); Francisco Costa (PI); Gemil Júnior (AC); Henrique Jorge Javi de Sousa (CE); Humberto Fonseca (DF); José Iran Costa Júnior (PE); José Ricardo Lagreca (RN); João Gabbardo (RS); João Paulo Kleinubing (SC); José Macêdo Sobral (SE); Leonardo Vilela (GO); Luiz Antônio de Souza Teixeira Junior (RJ); Marcos Esner Musafir (TO); Marcos Pacheco (MA); Michele Caputo Neto (PR); Nelson Barbosa Tavares (MS); Pedro Elias de Souza (AM); Renilda Costa (AP); Ricardo Oliveira (ES); Roberta Abath (PB); Rozangela Wyszomirska (AL); Vítor Manuel Jesus Mateus (PA); William Pimentel (RO)

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

### CONSELHO EDITORIAL

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

### JORNALISTA RESPONSÁVEL

Adriane Cruz | RP 7672 DF

### PROJETO GRÁFICO

Clarice Lacerda  
Thales Amorim

### DIAGRAMAÇÃO, ILUSTRAÇÕES E CAPA

Marcus Carvalho

### IMPRESSÃO

Positiva Gráfica e Editora

### TIRAGEM

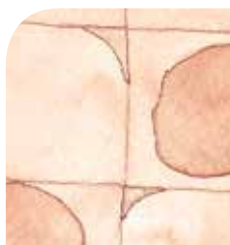
8.000 exemplares

Capa foi impressa em papel Starmax brilho 80g/m<sup>2</sup> e miolo em papel Kromma Silk 70g/m<sup>2</sup>. 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](mailto: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



# O PAPEL E A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

SEMINÁRIO PRÉ-CONFERÊNCIA  
CURITIBA, 22 DE MAIO DE 2016, DE 9 ÀS 13 HORAS

LE RÔLE ET L'IMPORTANCE  
DE LA COMMUNICATION  
POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ  
SÉMINAIRE PRÉ-CONFÉRENCE



Realização:



Instituições Parceiras:

