



## O que muda com a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica?

### ENTREVISTA

**Mauro Junqueira, presidente do Conasems, fala sobre os desafios do SUS para a gestão municipal**

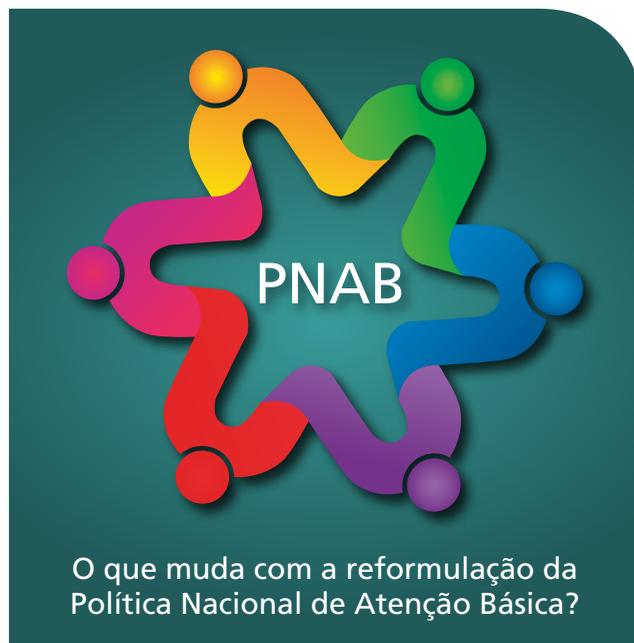
### SAÚDE EM FOCO

**Fórum debate opções para financiamento da saúde**

consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Ano VII | Número 24 | Julho, Agosto e Setembro de 2017



ENTREVISTA

Mauro Junqueira, presidente do Conasems,  
fala sobre os desafios do SUS para a gestão municipal

SAÚDE EM FOCO

Fórum debate opções para  
financiamento da saúde

A Revista Consensus traz em suas páginas códigos que remetem à conteúdos complementares. Acesse e confira.

6

## consensus entrevista

*Confira a entrevista com o presidente do Conasems, Mauro Junqueira. Ele fala sobre o desafio de representar mais de cinco mil gestores municipais de saúde e também de temas como a reformulação da PNAB e o financiamento do SUS*

16

## matéria de capa

*Saiba o que muda com a nova Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização desta atenção no âmbito do SUS*

## saúde em foco

**22** *Fórum debate opções para financiamento da saúde*

## institucional

**26** *Gestores da Amazônia Legal reúnem-se para troca de experiências*

## opinião

**30** *Desenvolvimento do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS): proposta de contribuição para os gestores do SUS, por Marcelle Carneiro Paim e Jairnilson Paim*

**38** *curtas*

No dia 22 de setembro, foi publicada, no Diário Oficial da União, a Portaria GM/MS n. 2.436, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tema central desta edição da **Revista Consensus** que traz, em sua matéria de capa, as principais mudanças em relação à reformulação da PNAB.

Nela, apresentamos a opinião dos três Entes da Federação e também do controle social a respeito do novo texto e de como o processo foi conduzido desde que a necessidade de reformulação da política entrou em pauta.

O financiamento da saúde, tema oportuno e importante, é tema de matéria da seção Saúde em Foco que traz a cobertura da 2ª edição Fórum de Debates do SUS, que discutiu o novo regime fiscal e seus impactos na saúde, realizado em São Paulo, nos dias 14 e 15 de setembro com a presença de gestores municipais e estaduais de saúde, economistas e autoridades.

Na sessão institucional a cobertura do Encontro de Secretários de Saúde da Amazônia Legal, realizado em Palmas/TO, no dia 29 de agosto, ocasião em que os gestores dos estados que compõem a região apresentaram experiências exitosas de gestão e debateram sobre Fundos Estaduais de Saúde e aquisição de medicamentos por meio de consórcios.

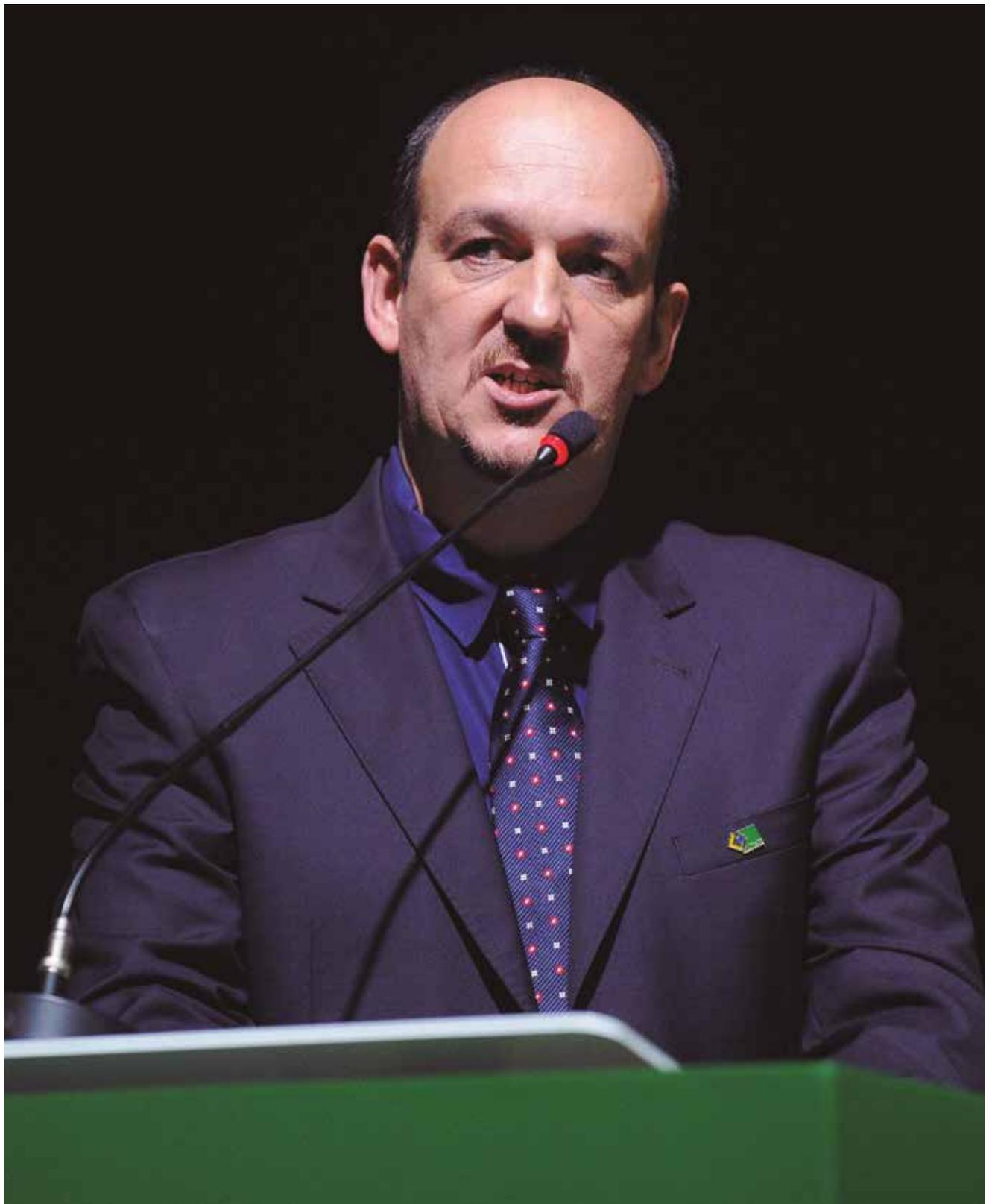
Boa Leitura!



## ENTREVISTA

# *Mauro Junqueira*

**M**auro Junqueira tem longa história na defesa do movimento municipalista. Começou sua trajetória na saúde aos 18 anos de idade, como fiscal sanitário. Assessorou secretários municipais e passou por diversas funções até se tornar presidente do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) de Minas Gerais, cargo que ocupou por 8 anos. À frente dos 853 municípios mineiros, Junqueira acumulou experiência e intensificou sua luta na defesa dos municípios – dos 30 anos dedicados à saúde, 22 são ininterruptos, como secretário municipal. O próximo passo, seria, naturalmente, a presidência do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).



**Consensus O senhor está em seu segundo mandato à frente do Conasems. Como é representar mais de 5 mil gestores municipais de saúde que vivem realidades tão distintas?**

**Mauro Junqueira** É grande desafio que começa com o fato de acumular a gestão da secretaria municipal com a presidência nacional. Na gestão anterior, contei com a solidariedade do prefeito de São Lourenço, que tinha o entendimento da necessidade de liberar o secretário municipal da saúde para as agendas do Conasems. Também tive a felicidade de retornar a um município de pequeno porte, Cabo de Minas, onde o prefeito também entende esse processo e tem a compreensão da importância das agendas nacionais. Do contrário, seria muito difícil porque a agenda do Conasems é pesada e me obriga a estar quase toda semana em Brasília.

Esse foi o diferencial para provocar e promover algumas mudanças no Conasems a partir do momento em que estou mais presente, visitando todos os estados e conhecendo de perto o país e sua diversidade. Estivemos com todos os Cosems, fizemos grandes mobilizações com os novos secretários de saúde, o que deixou claro que um dos maiores desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) é a grande rotatividade na gestão. No início deste ano tivemos mais de 4 mil novos secretários. Imagina o desafio de quem chega na gestão como secretário de saúde, com a renovação dos prefeitos, para enfrentar todas as dificuldades e a complexidade da gestão.

Além disso, temos uma diretoria que abraçou a ideia de fazermos a diferença junto ao Conasems e efetivamente representar as necessidades e demandas de todos os municípios. Isso me dá mais segurança.

**Consensus Quais são os principais desafios desta gestão?**

**Mauro Junqueira** O momento em que vive-

mos. Não apenas a questão do subfinanciamento que é grave, mas não vem de agora. Desde a Constituição, o SUS padece do subfinanciamento porque o legislador esqueceu de um detalhe que era de onde viria o dinheiro para garantir tudo para todos, para garantir todos os direitos dados pela Constituição. Então, desde 1988 a União transfere responsabilidades que o recurso não acompanha.

Esse é, sem dúvida, grande desafio, assim como a alta rotatividade na gestão. Não só na gestão municipal, foram inúmeras e sucessivas mudanças nos estados e no Ministério da Saúde, intensificadas com a crise política, institucional e moral pela qual passa nosso país e que afeta diretamente a gestão.

Temos de concordar muitas vezes quando se apontam problemas de gestão, mas não podemos deixar de constatar que a rotatividade leva à perda do comando e da continuidade dos processos, além, é claro, da questão da política. Há dois anos estamos falando, com muita coragem, que para que os gestores não abram novos serviços. Que não coloquem nenhum leito novo para funcionar porque não há dinheiro. Os municípios brasileiros aplicaram, no ano passado, R\$ 24 bilhões além do limite constitucional. É um Ente que nos últimos anos tem aportado ano a ano mais recursos e não consegue colocar mais porque já passaram dos seus limites. Os estados, nos últimos 5 anos, estão estacionados no mesmo percentual, e a União, além do limite estabelecido pela Constituição, agora com a Emenda n. 95, de 2016, tem os recursos congelados para os próximos 20 anos.

E a demanda só cresce. A população está aumentando e envelhecendo e com isso vêm as doenças crônicas, a hipertensão, diabetes e a maior necessidade de assistência à saúde. No meu ponto de vista, a municipalização foi além do limite e precisamos voltar a discutir e trabalhar fortemente a questão da regiona-

lização. Não vejo outra saída senão o fortalecimento da região de saúde. Entendemos que o SUS não precisa de outra entidade gestora – somos três entes que dão conta de resolver os problemas se organizarmos nosso trabalho nos municípios com apoio dos estados e da União na região de saúde. Fortalecendo o espaço regional e evitando que emendas impositivas sejam aplicadas de forma individual nos municípios, evitaremos também a duplicidade de serviços e de equipamentos, fortalecendo as regiões de saúde. Temos de olhar para a região e aproveitar todas as oportunidades de financiamento e de apoio ou então teremos gravíssimos problemas e vamos continuar assistindo diariamente ao fechamento de unidades de saúde.

Lidamos também com a questão da mídia que insiste em mostrar apenas o que não fazemos. É claro que compreendemos que ela está exercendo seu papel, mas temos a clareza de que muito mais poderia ser mostrado, já que fazemos muito com tão pouco. Os números do SUS são muito positivos: quantas pessoas têm suas vidas salvas diariamente, quantas são atendidas nas unidades básicas de saúde, os milhares de medicamentos que distribuímos, tudo isso e muito mais a uma cifra de R\$ 2,90 por habitante/dia, que é do que dispomos. O SUS funciona, ele dá resultados e isso é o que queremos e precisamos mostrar e não conseguimos. Trabalhamos muito, e esse esforço não tem a devida visibilidade.

**Consensus Em relação ao subfinanciamento do SUS, como será a atuação do Conasss diante de ameaças como a Emenda Constitucional (EC) n. 95 que congela os gastos em saúde por 20 anos, mencionada pelo senhor anteriormente?**

**Mauro Junqueira** Nós fizemos alguns eventos, inclusive junto com o Conass, como o evento realizando em São Paulo no ano passado antes da aprovação da EC n. 95, ouvindo juristas

*A política [PNAB] tem de ser viva e servir às necessidades da população, que mudam de tempos em tempos*

e pessoas de fora da área da saúde. Também fizemos diversos documentos nos posicionando contra a emenda. Promovemos um debate com a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) mostrando os prejuízos do congelamento dos recursos da saúde. Conversamos também com a Educação, com o Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social (Cogemas), e ainda assim, infelizmente, o texto da emenda foi aprovado.

Continuamos a discussão no Congresso Nacional e fizemos no mês de setembro outro evento pós-EC n. 95, trazendo economistas e outros atores, para que possamos apresentar o cenário da saúde para o próximo governo. Sabemos que o governo atual não vai mudar a EC n. 95 que, no nosso entendimento, não considera o crescimento e o envelhecimento da população, cujas pessoas com mais 60 anos hoje são 11%. Em 20 anos, segundo o IBGE, serão mais de 22%. A emenda também não considera as pessoas que estão fora do mercado de trabalho, que estão desempregadas e que naturalmente deixam de ter plano de saúde e contam exclusivamente com o SUS.

Também desconsidera outro fator importantíssimo que vem crescendo muito – hoje é a segunda causa de morbimortalidade no país e a primeira em cirurgia –, que são os acidentes de trânsito, principalmente com motocicleta. A falta de uma política social forte e do transporte coletivo de qualidade está levando

o cidadão a comprar motos cada vez mais, pois ele não consegue ir e vir com rapidez se depender do transporte público e, com isso, muitas vidas de jovens trabalhadores estão sendo ceifadas, encarecendo a saúde pública em todas as suas instâncias, seja na Upa, no centro cirúrgico, na rede de traumas, de órteses e próteses, na reabilitação etc. Sem falar do afastamento do trabalho e do peso que essa circunstância traz para a previdência social. Está no artigo 196 da Constituição Federal de 1988: a saúde é direito de todos, garantida mediante política econômica e social. A falta dessa política que é externa à saúde está causando problemas gravíssimos no setor. Então o próximo governo, seja qual for, terá de discutir essas questões com a sociedade e o que esperamos com esses eventos e discussões é sensibilizar as pessoas e preparar documentos que motivem o debate nacional. O recurso de hoje é o de 1988 e é insuficiente para a saúde.

*A Rede Conasems/  
Cosems veio para  
fortalecer a gestão  
municipal e trabalhar  
os Cosems estaduais  
para que tenham uma  
conversa mais próxima  
com os secretários e,  
para tanto, temos a  
figura do apoiador*

### **Consensus Qual é sua opinião sobre a unificação dos blocos de financiamento do SUS?**

**Mauro Junqueira** Continuamos tentando convencer o Ministério do Planejamento para a mudança dos blocos de financiamento. Hoje existe um alinhamento entre os três entes gestores do SUS – Conass, Conasems e Ministério da Saúde –, com apoio e entendimento do Tribunal de Contas da União (TCU).

Entendemos que a Lei n. 8.080 e a Lei n. 8.142, regulamentadas pela Lei n. 141/2012, são claras em relação a transferências de recursos de uma única forma para os municípios. Hoje a portaria vale mais que a lei, o que é inadmissível, então, tudo que estamos propondo é que a lei seja cumprida. Queremos que o Ministério da Saúde transfira recursos para estados e municípios em duas contas bancárias – uma de custeio e outra de investimento –, e o gestor irá colocar os recursos nas suas rubricas orçamentárias, definindo o que será destinado à Atenção Primária, à Vigilância, à Assistência Farmacêutica, à Média e Alta Complexidade e à gestão, obviamente que com a devida rastreabilidade.

Nenhum município vai deixar de fazer vigilância até mesmo porque mais de 80% do custo da vigilância é o município que está bancando. Assim com a Atenção Primária, que tem mais de 70% do custo das Equipes de Saúde da Família (ESF) custeado pelos municípios. O mesmo vale para a oferta de medicamentos.

Com acesso às rubricas orçamentárias, os órgãos de controle vão acompanhar a execução orçamentária, a começar do mais importante que é o Conselho Municipal de Saúde, que está na ponta, que participa e acompanha efetivamente as ações da saúde, e sabe se ela saúde está ou não funcionando.

Foi a primeira vez que os três entes se alinharam nesse pensamento e, por isso, nosso empenho é para que essa mudança ocorra ainda

este ano, reforçando que nosso movimento é para que a lei seja cumprida. Por isso, é imprescindível o entendimento por parte do Ministério do Planejamento do avanço que essa mudança representa para o SUS e para a gestão municipal, evitando que recursos fiquem parados em várias contas bancárias, em caixinhas com seus “donos” e órgãos de controle dizendo que determinado recurso não pode ser usado para outra ação se não aquela designada como ocorre atualmente, enquanto o gestor precisa do recurso para outra área. Também precisamos reiterar que o recurso de que o SUS dispõe não é apenas federal, mas primordialmente o estadual e o municipal que, insisto, vai muito além do mínimo estabelecido.

Questiona-se que se perderá a rastreabilidade, mas afirmo que prevalecerá a transparência do quanto e onde os recursos estão sendo aplicados, reforçando que nós, gestores, temos clareza do orçamento a cumprir. Receber em uma conta vai evitar que o dinheiro fique parado enquanto a população necessita de assistência.

### **Consensus Como o Conasems enxerga a judicialização?**

**Mauro Junqueira** Há 22 anos como gestor não tenho dúvida de que a judicialização levou um conjunto de municípios a ter a aplicação dos recursos na saúde muito acima do estabelecido constitucionalmente. É preciso lembrar que a saúde acontece nos municípios e que o Ministério Público está do outro lado. Não somos contra a judicialização, mas temos insistido com o Congresso Nacional, entidades de prefeitos e outras instituições interessadas que é preciso discutir o pacto federativo tendo em vista que hoje os municípios, que executam as políticas públicas, ficam com aproximadamente 18% do arrecadado no país, enquanto a União fica com 60%, tornando óbvia a necessidade de discussão da

repartição dos recursos, além do subfinanciamento como dito anteriormente.

Mais do que isso, o pacto federativo deve discutir as responsabilidades de cada ente. A Atenção Primária, por exemplo, cabe ao município e aquele que não ofertá-la em sua plenitude poderá sofrer com a judicialização, assim como a Média e Alta Complexidade cabem aos estados e ao governo federal.

O que ocorre é que, muitas vezes o município acaba pagando por um medicamento de alto custo e que corresponde a todo recurso do PAB (Piso da Atenção Básica) de um ano inteiro para sua população. Então, são muitas distorções que acontecem nesse processo: uma delas é que mais de 75% dos municípios brasileiros com a população menor que 20 mil habitantes têm apenas um assessor jurídico para a prefeitura inteira. Então, a maioria não tem condições nem mesmo de fazer uma discussão e defesa mais apropriadas do que pode e não pode junto ao Ministério Público, acabando, muitas vezes, por apenas acompanhar e cumprir as ordens judiciais. Entendemos que as distorções estão nos dois lados, que tem abuso dos dois lados, mas casos como de alguns municípios que ficam inviabilizados por anos por conta um paciente não podem continuar acontecendo. Por isso, repito, é preciso que um pacto federativo deixe claras as responsabilidades para que todos nós possamos cumpri-las e não como acontece hoje em que a justiça aciona o ente que está mais perto considerando a responsabilidade tripartite.

### **Consensus Qual a importância da reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para o SUS?**

**Mauro Junqueira** A PNAB é executada pelos 5.570 municípios brasileiros e há dois anos o Conasems provocou essa pauta e vem discutindo internamente essa questão. No último ano, chamamos o Conass e o Ministério da Saúde para participar desse processo, com-

*Nenhum município vai deixar de fazer vigilância até mesmo porque mais de 80% do custo da vigilância é o município que está bancando. Assim com a Atenção Primária, que tem mais de 70% do custo das Equipes de Saúde da Família custeado pelos municípios. O mesmo vale para a oferta de medicamentos*

partilhando o acúmulo das nossas discussões que, obviamente, tinham de ser tripartite, até porque muitos estados cofinanciam a Atenção Primária. Aliás, o Conass tem um trabalho muito importante de Planificação da Atenção à Saúde, e o Ministério da Saúde também tem suas responsabilidades.

Tendo em vista que mais de 70% do financiamento da Atenção Primária vem do município, provocamos o debate e envolvemos secretários de todo o país, levando essa discussão para todos os seminários e congressos dos Cosems, além de dois congressos do Co-

nasems com a participação de cerca de 5 mil pessoas, sendo aproximadamente 1.500 gestores. Então, essa política foi exaustivamente discutida, mostrando-nos uma série de distorções que deixam claro que nenhuma política é boa o suficiente para ficar décadas sem revisão. Além disso, temos situações distintas de norte a sul do país e muitas vezes dentro do próprio município, principalmente nas grandes capitais.

Olhamos para todo país e propusemos avanços na política nacional que atendesse a esses arranjos. Não podemos esquecer as origens do SUS – das ações integradas de saúde, depois a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) –, as unidades tradicionais, os antigos centros de saúde, postos de puericultura – portas de entrada da Atenção Primária – que todos esses anos ficaram sem possibilidade de cofinanciamento e agora, com a nova política, terão essa possibilidade. Em hipótese alguma a Atenção Primária Básica será enfraquecida, pelo contrário. Fica claro, no texto aprovado, que a Estratégia de Saúde da Família é a nossa prioridade, mas deve ser claro também o entendimento de que subfinanciamento estancou o nosso crescimento. Nesse aspecto, algumas questões foram parcialmente resolvidas, como a questão da falta de profissionais médicos com o programa Mais Médicos, que teve o apoio tripartite. Mas temos de avaliar há quanto tempo paramos de crescer e por qual motivo. Foi por falta de estrutura ou de médicos? Não. Paramos de crescer porque os municípios ultrapassaram seus limites de gasto com pessoal, sem falar da Lei de Responsabilidade Fiscal que muitas vezes impede o município de contratar pessoal.

Uma série de situações levou-nos a propor mudanças e conhecer modelos e, repito, a prioridade é a Estratégia de Saúde da Família, com 40 horas e equipe completa, porém, reconhecendo os modelos e as necessidades. Por exemplo, para chegar a algumas regiões do país e alcançar 300, 400 pessoas, leva-se 18 horas de barco. Em outras, só é possível entrar com a autorização do tráfico. Em outras, apenas 100 pessoas têm necessidade de uma equipe completa. São arranjos que explicitam a necessidade de liberdade da gestão municipal. Além dos avanços, a política traz o reconhecimento dos serviços e profissionais necessários, assim como suas cargas horárias. Temos um conjunto enorme com médicos, dentistas e enfermeiros concursados com carga horária menor do que 40 horas, com 20, 12 ou 10 horas que funcionam determinadas portas de entrada. A política reconhece esse atendimento também como ESF. É uma questão de estratégia e de planejamento que permite que o gestor trabalhe sua equipe de acordo com suas especificidades e necessidades, mas em nenhum momento exclui a prioridade da ESF.

**Consensus O senhor destaca que a revisão da PNAB foi amplamente discutida. A que o senhor atribui a resistência a essa revisão?**  
**Mauro Junqueira** Acredito que quem rebateu não leu o que está escrito ou nunca esteve na ponta, nunca executou a política. É forte o posicionamento político e partidário nessa questão. Outras críticas vêm da Academia, que não executa a Estratégia de Saúde da Família. Ela é executada pelo município que também é seu maior financiador, então é quem sabe das necessidades da população. Não tenho dúvida de que as críticas estão

dentro do atual contexto político e partidário e obviamente somos questionados se o momento é bom para tal proposta. Eu pergunto: qual seria o momento? Hoje, temos pessoas com coragem de enfrentar o debate e de alinhar os três entes, o que não é tarefa fácil. Além do mais, foi aberta a consulta pública, resultando em 6 mil contribuições, muitas delas acatadas e outras tantas já constantes no texto. Se for preciso fazer uma mudança daqui a dois anos, porque não? A política tem de ser viva e servir às necessidades da população que mudam de tempos em tempos.

**Consensus O que vai mudar na prática em relação à forma como é organizado o trabalho dos agentes de saúde e dos agentes de controle de endemias? Há resistência por parte desses profissionais?**

**Mauro Junqueira** A política prevê a integração da Atenção Primária com a Vigilância

*Desde a Constituição, o SUS padece do subfinanciamento porque o legislador esqueceu de um detalhe que era de onde viria o dinheiro para garantir tudo para todos, para garantir todos os direitos dados pela Constituição*



Sanitária, que tem de estar no território onde está a comunidade e onde acontece o atendimento e todos os serviços. Da mesma forma, vamos trabalhar com o agente de saúde e o de endemia – se é de endemia, ele vai olhar aquela área, verificar focos de dengue e todo o trabalho que tem de ser feito, mas também vai conversar com as pessoas, oferecer ajuda e apoio, questionar, por exemplo, se o cartão de vacina está em dia... Isso porque ele está entrando na casa das pessoas. Da mesma forma, o agente de saúde pode também orientar se vir um foco de dengue. Ele não vai aplicar o larvicida, mas vai acionar o agente especializado para isso, trabalhando como um agente de mobilização, de modificação.

O agente de saúde precisa entregar mais, e essa demanda é da comunidade. Muitas pessoas querem fazer o controle da pressão e questio-

*No meu ponto de vista, a municipalização foi além do limite e precisamos voltar a discutir e trabalhar fortemente a questão da regionalização. Não vejo outra saída senão o fortalecimento da região de saúde*

nam porque o agente que está dentro de suas casas não o faz, porque ela precisa ir até o posto de saúde. As pessoas argumentam que, em muitas farmácias, é possível aferir a pressão, assim como é possível comprar em diversas lojas aparelhos que meçam a pressão, então porque um agente não pode ser capacitado para verificar uma pressão arterial ou uma glicemia capilar? Ou mesmo para dar um apoio ao paciente hipertenso e diabético, para orientar um banho no leito ou checar um cartão de vacinação, saber interpretar. Não tenho dúvida alguma de que a população vai aceitar esse papel mais ampliado, um trabalho muito importante e no qual o agente contribui com um mais do que vem fazendo, lógico que com a devida formação, sendo esse agente de saúde e de endemia formado e capacitado. O Ministério da Saúde está pronto para discutir com o Conass e Conasems e bancar essa formação.

O conselho de enfermagem, acredito que por falta de entendimento, se posicionou contra. Mas e se formos formar 350 mil pessoas em técnico de enfermagem, será que eles serão contra? Será que a população que hoje recebe aquele agente que amanhã irá auxiliar vai reclamar? Tenho certeza que não. Somos a favor do agente, mas queremos mais.

Agora, não podemos com o fato de o Congresso Nacional determinar piso salarial para uma categoria, esquecer que existem outras e determinar salários para o município pagar. No que diz respeito à política, nosso objetivo é fortalecer a categoria. Essa é minha visão como gestor de saúde que há muitos anos acompanha e vê o que acontece.

**Consensus Fale um pouco sobre o Projeto Rede Conasems/Cosems. Como ele surgiu?**

**Mauro Junqueira** Esse projeto surgiu há 8 anos, quando fui presidente do Cosems em Minas Gerais, com os 853 municípios. Agora, à frente do Conasems, resolvemos ampliar o projeto para os 5.570 municípios, entendendo que um dos maiores desafios é fazer que a informação chegue rápido e de uma forma clara para o gestor de norte à sul do país. Não se trata de copiar uma portaria e mandar para o gestor, isso não interessa. Nosso papel é traduzir essas informações para eles que estão na ponta e mostrar como fazer ou discutir regionalmente. A Rede Conasems/Cosems veio para fortalecer a gestão municipal e trabalhar os Cosems estaduais para que tenham uma conversa mais próxima com os secretários e, para tanto, temos a figura do apoiador. Atualmente, são 160 pessoas: ex-secretários de saúde e diversas pessoas e militantes da saúde trabalhando nas regiões de saúde – um apoiador para cada três regiões de saúde. Com essa rede, damos capilaridade à informação e conseguimos atingir os 5.570 municípios.

Nossa motivação é de que o gestor municipal participe efetivamente da sua região de saúde e do seu espaço na Comissão Intergestores Regional (CIR), que possa fazer um diálogo produtivo com o estado para construir as políticas de saúde no sentido de fortalecer a região de saúde. No meu ponto de vista, a única forma para atravessarmos essa crise é trabalharmos regionalmente e, para tanto, é preciso que o gestor esteja bem informado, orientando e com apoio do Cosems e do Conasems para que possa, em conjunto, tomar decisões que fortaleçam sua região.

Vale destacar que há sentimento de pertencimento da região em relação ao apoiador, que passa a ser referência na saúde da região.

Hoje, os apoiadores constroem as pautas junto com a regional de saúde e com o estado, envolvendo os secretários de saúde e sendo referência para a discussão de saúde de vários temas. O Cosems estadual, por sua vez, apoia e capacita essa pessoa.

Esse trabalho é feito junto com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, dentro do Proadi (Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde) e agregamos ainda experiências do Paraná, de São Paulo, do Ceará e de outros estados que já tinham os próprios modelos de apoiador. A primeira questão que tínhamos de obedecer é se o apoiador, indicado pela região de saúde, tem alguma formação na saúde, se mora na região, se conhece seus pares; a questão geográfica, se sabe com quem precisa conversar. O apoiador já nasce com o compromisso da região que o indicou. Além de participar de capacitação e de levar para seus pares, por meio da CIR, essas discussões, ele tem a liberdade e a capacidade de, naquela região, abrir a discussão sobre os assuntos da pertinentes a ela e buscar, junto ao Cosems ou ao Conasems, informações para orientar a região.

Hoje, com 160 apoiadores distribuídos no país inteiro, o Conasems tem o retorno do que está ocorrendo em todas as regiões de saúde do Brasil. A primeira fase do projeto se encerra em dezembro e já temos aprovada a segunda etapa que seguirá por mais 3 anos nos quais tenho certeza de que o projeto se consolida, se tornando referência na área da saúde, aumentando a capilaridade e fortalecendo os municípios brasileiros. ■



O que muda com a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica?

## Novo texto traz mudanças importantes, mas mantém a Estratégia Saúde da Família como prioridade

TATIANA ROSA

“**T**udo flui como um rio”, já dizia o filósofo grego Heráclito de Éfeso ao tentar sintetizar a ideia de um mundo em movimento perpétuo. No entanto, apesar de natural, toda mudança gera receio no ser humano e é normal que a incerteza do que está por vir cause insegurança e muitas vezes resistência em aceitar o que é novo.

Não foi diferente com a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pactuada no último dia 31 de agosto, na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, em Brasília. Nos últimos meses, muitas manifestações contrárias e a favor do novo texto da PNAB permearam o debate. A maior parte das críticas aponta para um enfraquecimento do modelo de Estratégia Saúde da Família, implantado no Brasil em 1994 e reconhecido mundialmente pelo seu êxito.

No entanto, o debate iniciado há aproximadamente dois anos quando o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) levantou a necessidade de se aperfeiçoar a política, ouviu de quem executa na ponta a Atenção Básica no país, como contou à Revista Consensus o presidente do Conasems, Mauro Junqueira: “A PNAB é executada pelos 5.570 municípios, então nós chamamos essa pauta, propomos a discussão interna na entidade e começamos a debater a reformulação da política há dois anos. No último ano, incluímos o CONASS e o Ministério da Saúde para envolvê-los nesse processo, porque já tínhamos um acúmulo de discussões e obviamente precisávamos discutir essa questão de forma tripartite”, observou.

Para o presidente do CONASS, Michele Caputo Neto, a modernização da PNAB foi um pedido unânime dos gestores. Segundo

ele, agora os municípios poderão receber recursos financeiros federais pelo que fazem e as comunidades mais distantes terão ganhos importantes por conta do financiamento que agora vai ser possível.

Outro destaque, segundo Caputo Neto, é a valorização da APS como ordenadora de todo cuidado. “Se tivermos uma Atenção Primária eficiente na base do sistema teremos um sistema de saúde ainda melhor”, comemorou.

Atendendo às reivindicações do controle social, a reformulação da PNAB também passou por consulta pública e recebeu cerca de seis mil contribuições vindas dos mais variados setores da sociedade.

O novo texto traz novidades em relação ao financiamento da Atenção Básica com o reconhecimento de novos modelos de atenção e consequente ampliação do número de equipes que receberão recursos do Ministério da Saúde. Essa regra permite ao gestor municipal compor suas equipes de Atenção Básica de acordo com características e necessidades locais, com a presença de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e/ou técnicos de enfermagem. A mudança englobaria as equipes que já existem e são financiadas apenas pelo município.

### Estratégia Saúde da Família como prioritária

O presidente do Conasems, Mauro Junqueira, chamou a atenção para esse ponto, referindo-se à polêmica de que a política proposta enfraquece a Estratégia Saúde da Família (ESF). “A nova PNAB permite que o gestor trabalhe a sua equipe de acordo com as suas



especificidades e necessidades, mas em momento algum exclui como prioridade a ESF”, reforçou.

Segundo ele, nenhuma política é boa o suficiente a ponto de não precisar ser modificada ao longo do tempo. Para Junqueira, a diversidade do país obriga a propor mudanças e reconhecer modelos.

Junqueira explicou que há regiões do país em que, para se ter alcance, são necessárias 18 horas de barco. Já em outras regiões há poucas pessoas que necessitam de atendimento, sendo que esse atendimento não necessariamente precisa ser feito por uma equipe tradicional de Saúde da Família completa porque seria muito caro. “Então são arranjos para dar liberdade à gestão municipal, por isso esta nova política traz avanços e oportunidade de reconhecimento de serviços que existem. Nós

temos aí um conjunto enorme de municípios com médicos, dentistas, enfermeiros concursados com uma carga horária menor de 40 horas, mas que existem e funcionam e essas unidades são portas de entrada importantes. A nova PNAB dá oportunidade de reconhecer esse atendimento também como atendimento do Saúde da Família”, explicou.

Já o diretor adjunto do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, Alan Nuno, ressaltou que, desde que foi instituída a ESF, houve movimento por parte dos gestores de priorizar a estratégia do ponto de vista do financiamento quase ignorando a existência outros modelos. “Foi feito um grande investimento público na ESF ao longo desses 25 anos. Se você olhar o Piso de Atenção Básica (PAB) variável, ele foi crescendo de maneira muito mais expressiva que o PAB fixo, só que

ainda ali em meados dos anos 2000 já havia um debate sobre a dificuldade de implantar a ESF em algumas situações”, observou.

Esse debate, segundo Nuno, já aparecia por exemplo em relação às áreas rurais, região amazônica, grandes centros urbanos etc. “Havia um debate sobre a dificuldade de encaixar esse modelo. Tanto é que na PNAB de 2011 já foram instituídos muitos tipos de equipe para além daqueles que existiam antes. Então a ESF ribeirinha fluvial é, por exemplo, um reconhecimento concreto de que o modelo Saúde da Família não se aplicava à região amazônica ou naqueles lugares onde a população vive à margem dos rios”, disse.

Para a assessora técnica do CONASS Maria José Evangelista, a nova PNAB não significa retrocesso para a Atenção Primária à Saúde (APS) como têm dito algumas entidades contrárias ao novo texto. “Não vejo nenhum retrocesso nessa proposta, pelo contrário. Nos últimos 14 anos o SUS ampliou o debate sobre as Redes de Atenção à Saúde ao perceber a necessidade de se ter um modelo adequado à atual situação epidemiológica do país. Também nunca se discutiu nem trabalhou fortemente o conceito de regionalização e da APS como ordenadora da Rede, que apesar de ter sido instituída em 2010, ainda assim não foi incorporada à PNAB de 2011”, chamou a atenção.

Ela explicou que a ESF continua como prioritária para a organização da APS no país, mas que, agora, a nova PNAB reconhece e o CONASS concorda que os 38% da população brasileira não cobertos pela Saúde da Família também precisam ter uma Atenção Primária de qualidade e resolutiva e que o PAB fixo não é suficiente para fazer uma organização com os mesmos princípios e diretrizes da ESF.

### Integração da Vigilância com a APS

Outro ponto polêmico que gerou muitas manifestações contrárias, principalmente das próprias entidades representativas, é a in-

tegração no mesmo território das atividades dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com os Agentes de Combate às Endemias (ACE). “Todo mundo tem um certo receio de mudanças. Além disso, essa questão também provoca a sensação de sobrecarga para os ACS e ACE”, disse Nuno ao ser questionado sobre a resistência dos profissionais em relação a esse ponto da nova PNAB.

Para ele, no entanto, o Brasil está atrasado em relação a essa mudança que, segundo ele, já deveria ter ocorrido há mais tempo. “Devíamos ter tido essa iniciativa lá atrás, porque não é de hoje que reconhecemos ser necessário cada vez mais integrar as ações de Atenção Básica às ações de vigilância”, reconheceu.

Nuno explicou que não é apenas essa mudança que vai garantir a integração das áreas. Entre outras medidas, ele citou o reconhecimento de que é necessário colocar o agente de combate a endemias para dentro da ESF ou dentro da equipe de Atenção Básica para ele passar a ser membro da equipe, ter o mesmo território, compartilhar as ações, participar dos processos de planejamento de atuação daquela equipe etc. “Tem várias ações que são feitas pelo ACS e pelo ACE que podem ser ações comuns. Não dá para um ACS fazer uma visita a um domicílio para ver um paciente crônico e fingir que não vê ali um foco de dengue, por exemplo. Ele tem de levar isso para a equipe. Então estamos falando de integrar ações de Atenção Básica e Vigilância, de inserir o agente de endemia na equipe de Atenção Básica da Saúde da Família e instituir o conjunto de ações e atribuições desses atores que devem ser necessariamente compartilhadas”, explicou.

O presidente do Conasems, Mauro Junqueira, observou que a novidade valoriza e amplia o trabalho dos agentes e ressaltou que, agora, eles serão capacitados para novas atribuições como aferir pressão e glicemia, fazer curativos, entre outros. “Vamos trabalhar

com o agente de saúde e o de endemia – se é de endemia, ele vai olhar aquela área, verificar focos de dengue e todo o trabalho que tem de ser feito, mas também vai conversar com as pessoas, oferecer ajuda e apoio, questionar, por exemplo, se o cartão de vacina está em dia. Isso porque ele está entrando na casa das pessoas. Da mesma forma, o agente de saúde pode também orientar se vir um foco de dengue. Ele não vai aplicar o larvicida, mas vai acionar o agente especializado para isso, trabalhando como um agente de mobilização, de modificação”.

Para Maria José Evangelista, essa é uma proposta importantíssima porque permitirá potencializar o tempo e o trabalho dos agentes, aumentando seu alcance. “É claro que tem a especificidade do trabalho de cada um, mas tem ações que tanto um quanto outro podem fazer, por isso é importante planejar esse trabalho em conjunto sempre que for possível para aumentar a resolutividade”, esclareceu.

### Resistência

Apesar de apontadas pelos gestores municipais e amplamente discutida com os demais atores do SUS, as mudanças pactuadas foram alvo de críticas e resistência por parte de diversos setores, entre eles a academia e o Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Em nota, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) manifestaram-se contra a revisão da PNAB.

No texto amplamente divulgado, as entidades afirmam que a nova PNAB revoga a prioridade do modelo assistencial da ESF no âmbito do Sistema SUS, embora afirme a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.

Segundo as instituições, o texto na prática rompe com sua centralidade na organização do SUS, instituindo financiamento específico para quaisquer outros modelos na atenção básica (para além daquelas populações específicas já definidas na atual PNAB como ribeirinhas, população de rua) que não contemplam a composição de equipes multiprofissionais com a presença de agentes comunitários de saúde. Esta decisão abre a possibilidade de organizar a AB com base em princípios opostos aos da APS estabelecidos em Alma-Ata e adotados no SUS.

O presidente do Conasems, Mauro Junqueira, no entanto, foi taxativo. “Quem reba-teu as propostas nunca esteve na ponta. Muitas críticas vieram da Academia, mas ela não executa o Saúde da Família. Quem executa é o município”, ponderou.





Já para o CNS, os dez dias disponibilizados para consulta pública foram insuficientes para o amadurecimento dos diferentes atores diante do texto aberto a contribuições, dada a complexidade e diversidade da política de Atenção Básica e seus impactos assistenciais e financeiros para o SUS, especialmente no âmbito dos municípios e Distrito Federal.

Foi o que afirmou o presidente do CNS, Ronald dos Santos, em entrevista à Revista Consensus. “Nós defendemos a atualização da PNAB, mas reiteramos que, para a participação do conjunto da sociedade e, nesse caso específico, do Controle Social no país, o debate precisa ser ampliado, ficando claro que 10 dias de consulta pública são insuficientes para isso”, notou.

Santos observou ainda que nenhuma versão oficial da minuta construída no âmbito

da tripartite foi oficialmente enviada ao CNS e, tendo em vista a importância da PNAB para o SUS a sua discussão não poderia ter ocorrido apenas no âmbito da gestão.

Sobre a importância da reformulação da PNAB para o SUS, o presidente do CNS afirmou que, ao revisitar todas as deliberações da 15ª Conferência Nacional de Saúde e os debates levantados nas últimas reuniões do pleno do Conselho e, ao escutar nesses últimos meses por todo o país, durante as conferências temáticas e em reuniões nas diferentes instâncias do controle social a necessidade de reafirmar a importância da atenção básica e a necessidade de seu aprimoramento, é evidente que o CNS entende e ratifica a necessidade dessa atualização PNAB.

“Fortalecer o papel da atenção básica como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, com foco na tão sonhada regionalização é sim prioridade do CNS, mas desde que esta priorização ocorra com a permanente ampliação da escuta de todos os atores envolvidos no controle social e da sociedade em geral”.

Para o presidente do CONASS, Michele Caputo Neto, a consulta pública à qual a reformulação foi submetida foi uma forma democrática importante de inserir no processo aqueles que de fato constroem o SUS. “Foram mais de seis mil sugestões sendo que 80% delas saíram dos trabalhadores e usuários do sistema. Essa é sim, uma maneira formidável de ouvir das pessoas que fazem o SUS como ajudar a boa gestão”, concluiu. ■

No dia 22 de setembro foi publicada no Diário Oficial da União, a portaria GM/MS n. 2.436 que aprova Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Acesse a portaria na íntegra pelo *QR Code* ou pelo *link* ao lado.



[goo.gl/hM4DzS](https://goo.gl/hM4DzS)

# *Fórum debate opções para financiamento da Saúde*

TATIANA ROSA

**N**os dias 14 e 15 de setembro, gestores municipais e estaduais de saúde, economistas e autoridades do Ministério Público, da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), da Frente Nacional de Prefeitos e da Fiesp participaram, em São Paulo, da 2ª edição do Fórum de Debates do SUS que discutiu o novo regime fiscal e seus impactos na saúde.

Realizado pelo CONASS e pelo Conasems, o debate teve o objetivo de refletir acerca dos efeitos do novo regime fiscal e da necessidade de se fazer nova reforma tributária brasileira e os seus respectivos impactos no Sistema Único de Saúde (SUS).

No primeiro dia do encontro, o professor de economia da Universidade de São Paulo Áquilas Mendes falou sobre os desafios do SUS no contexto da crise do capitalismo contemporâneo, apresentou números relativos ao financiamento da saúde e ponderou questões relevantes em relação à Emenda Constitucional (EC) n. 95. “Esse debate é fundamen-

tal considerando o momento que o país e o mundo atravessam, particularmente o Brasil com a crise do próprio capitalismo e com a situação que estamos tendo por conta da crise com o ataque aos direitos sociais com um ataque frontal à saúde”, categorizou.

Mendes ponderou que o SUS tem sofrido retrações do ponto de vista dos seus recursos e que não é de hoje a existência de subfinanciamento histórico desde que o SUS foi concebido. “O debate aqui hoje diz respeito especificamente ao papel da EC n. 95 que congela os gastos públicos por 20 anos. Isso significa que o SUS terá uma perda de recursos para os próximos 20 anos de cerca de 500 bilhões de reais”, alertou o economista.

O professor citou números da Lei Orçamentária 2017, que destina, no orçamento público brasileiro, 50% para pagamento e amortização de juros da dívida. “Para juros significa cerca de 24% do orçamento federal como um todo. A saúde corresponde a ape-



Acesse aqui a apresentação do professor Áquilas Mendes [goo.gl/mk2yWH](http://goo.gl/mk2yWH)



nas 3,9% desse orçamento. Temos de trazer o debate para limitar isso. É importante que a sociedade brasileira acompanhe e venha para um debate como esse. Nós precisamos salvar o SUS e ampliá-lo, mas para isso precisamos de recursos”, finalizou.

Para o presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), Carlos Otávio Ocké-Reis, fazer a discussão da política fiscal na verdade significa discutir qual é o padrão de financiamento público das políticas sociais, em particular das políticas de saúde.

Ocké admitiu não existir consenso na sociedade e no Estado brasileiro, nem entre as forças políticas e sociais, sobre o desenho da reforma tributária e sobre os prejuízos que a gestão da dívida pública vem causando ao Estado, à economia e à sociedade brasileira.

“É importante pensarmos uma opção mediadora, emergencial como a criação de um Fundo em defesa do emprego e dos direitos sociais, utilizando parte das reservas internacionais, por exemplo.”

Sobre a EC n. 95, Reis observou que ela vai claramente diminuir o gasto público total em saúde, sobretudo no quadro de recessão que a economia brasileira apresenta. “É muito importante refletir sobre os impactos dessa emenda sobre o setor saúde e também sobre a própria economia brasileira, para que possamos, em uma próxima oportunidade histórica, revogar essa emenda fazendo que a política de saúde seja um eixo fundamental de uma proposta de desenvolvimento econômico social inclusivo no Brasil”, concluiu.

### É possível aprimorar o financiamento da Saúde

Foi o que disse otimista, no segundo dia do encontro, a procuradora do Ministério Público de Contas de São Paulo Élide Graziane, ao citar decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) (ADI 5595) sobre o retrocesso que a EC n. 86 traz para o financiamento da saúde, afirmando que a decisão abre precedente jurídico



Acesse o conteúdo na íntegra  
[goo.gl/q1P38u](https://goo.gl/q1P38u)



Michele Caputo Neto, presidente do CONASS, reforçou a importância das propostas apresentadas no Fórum

para o debate sobre a EC n. 95 a qual classificou como inconstitucional.

Agora, segundo ela, o STF claramente diz que é possível, a despeito de poder haver mudanças de metodologia, aprimorar o regime de financiamento da saúde, mas de maneira progressiva, a fim de assegurar a proteção do próprio direito fundamental à saúde. “Esse posicionamento firme e consistente que foi dado na cautelar da ADI 5595 serve de farol interpretativo para o debate sobre a EC 95, tamanha a repercussão que ela vai trazer para os próximos 20 anos, até porque a sobrecarga está sendo suportada pelos municípios e estados”, analisou a procuradora.

Para Graziane existe uma guerra fiscal de despesa na federação brasileira na área da saúde, mas a União se retrai e quem suporta a maior pressão da judicialização das demandas por expansão de serviços são os municípios e estados, sobretudo os municípios.

Ela, no entanto, mostrou-se confiante. “É em bom momento que esse evento chega para mostrar que o congelamento dos pisos de saúde e educação apenas pela inflação e crescimento real zero do ponto de vista constitucional tende a não se sustentar. Esse debate é muito oportuno sobretudo para que a corda não rompa só do lado dos gestores municipais e estaduais de saúde”.

O último dia do fórum contou ainda com a participação do professor da Fundação Getúlio Vargas Márcio Holland Brito, do professor da Universidade de Campinas (Unicamp) Guilherme Santos Mello, do professor Bernard Appy, do Centro de Finanças Fiscais, e do especialista em Política Pública e Gestão Governamental do Ministério da Fazenda Ricardo Vidal.

Para o professor da FGV Márcio Holland, o sistema tributário brasileiro está mais para um manicômio tributário do que para um sistema tributário de fato, uma vez que a tribu-

tação brasileira é extremamente complexa, regressiva e cumulativa e precisa ser alterada. “Certamente isso vai impactar em transferências para estados e municípios e mais uma vez a discussão sobre a execução de políticas públicas como a da saúde que é a fonte do recurso que vem de vários tributos”, ressaltou.

Em relação à EC n. 95 e sobre como ela está funcionando após a instituição desse novo regime fiscal, Holland disse que a correção dos gastos do governo pela inflação passada desvinculando grande parte das receitas correntes líquidas impacta certamente na redução dos gastos voltados para várias políticas públicas e uma delas é a saúde e que por isso é importante debater como a efetivação/operacionalidade dessa EC impacta na saúde.

O especialista em Política Pública e Gestão Governamental do Ministério da Fazenda Ricardo Vidal observou ser importante refletir que, em uma reforma tributária, o essencial é entender como as propostas podem interferir no repasse de recursos para o SUS. “É certo que estamos em uma recessão grande e precisamos ver como exatamente os municípios e os estados podem ser beneficiados por uma melhor forma de se cobrar imposto nesse país, até porque uma economia eficiente também vai gerar mais recursos para o SUS então tem esses dois aspectos que precisamos equilibrar”, notou.

Em consonância com a procuradora Éli-da Graziane, o professor da Unicamp Guilherme Santos também entende que a EC n. 95 é inconstitucional. Segundo Santos, o regime fiscal brasileiro atual é inadequado para nossas necessidades e deve ser reformado. “A EC n. 95 não constitui propriamente uma reforma do regime fiscal, mas apenas uma proposta de redução do Estado e dos bens públicos na economia”, observou, alertando ainda que ela não enfrenta temas



Acesse aqui a apresentação do professor Márcio Holland [goo.gl/nKkg93](http://goo.gl/nKkg93)





centrais e mais relevantes que os gastos primários, como os gastos financeiros, os gastos tributários e a estrutura de receita e a proclividade do regime atual.

Já o diretor do Centro de Finanças Fiscais Bernard Appy enfatizou que o Brasil precisa ter clareza sobre como vai financiar suas políticas públicas, inclusive a saúde. “É preciso ter clareza que uma reforma tributária afeta a saúde de duas maneiras. Uma é pelo efeito que a reforma tem sobre o crescimento da economia e, portanto, sobre a receita do setor público do qual uma parte é usada para financiar a saúde, e a segunda é na mudança do sistema de vinculações e partilhas que estamos propondo nesse desenho que, na verdade, torna as várias percentagens de impostos que hoje são vinculados à saúde em alíquotas específicas de um imposto maior que podem ser gerenciadas individualmente, o que dá mais transparência e flexibilidade na gestão do modelo de finan-

ciamento das políticas públicas em geral e da saúde em particular”, explicou.

O presidente do Conasems, Mauro Junqueira, explicou que o evento dará subsídios suficientes para a construção de um documento a ser entregue para candidatos a cargos eleitorais em 2018. “Ano que vem teremos eleições e nós esperamos disseminar a informação e discutir para além do setor saúde essas propostas, a fim de formalizá-los junto aos novos governantes que serão eleitos e assim enfrentar o subfinanciamento da saúde que é o grande gargalo do SUS”, lembrou.

Michele Caputo Neto, presidente do CONASS, exaltou o debate. “Este fórum é fruto de uma parceria exitosa entre os Conselhos e está muito representativo. Tivemos várias visões sobre essa questão, o que é muito importante, porque o objetivo é o ter conteúdo para definirmos nossos próximos passos”, concluiu. ■

Gestores estaduais e municipais de saúde debateram alternativas e impactos de uma reforma tributária com impactos para o SUS



Acesse aqui a apresentação de Bernard Appy  
[goo.gl/vns1U2r](http://goo.gl/vns1U2r)



# *Gestores da Amazônia Legal reúnem-se para troca de experiências*

TATIANA ROSA, COM INFORMAÇÕES DA ASCOM SES/TO

Além da apresentação de cases exitosos, secretários debateram sobre Fundos Estaduais de Saúde e aquisição de medicamentos por meio de consórcios

**N**o dia 29 de agosto, secretários estaduais de Saúde dos estados que compõem a Amazônia Legal reuniram-se em Palmas/TO, para debater temas como os Fundos Estaduais de Saúde, o Consórcio Público de Saúde para a aquisição de medicamentos e também, trocar experiências bem-sucedidas nestes estados.

O governador do estado, Marcelo Miranda, esteve presente e destacou a importância

do encontro. “Estamos dando um passo essencial para o debate sobre o que precisamos fazer pelo SUS. Os temas que serão discutidos aqui são fundamentais para a reestruturação da saúde pública brasileira”, afirmou.

Para o presidente do CONASS, Michele Caputo Neto, observou que os governos precisam olhar de forma diferenciada para os estados da Região Amazônica e chamou a atenção para a importância da discussão so-



Da esquerda para a direita: Michele Caputo Neto (presidente do CONASS), Marcelo Miranda (governador do Tocantins) e Vitor Manuel (SES/PA), no encontro que reuniu os gestores estaduais de Saúde da Amazônia Legal

bre o tema do financiamento. “Ao longo de 20 anos a União tem desfinanciado a saúde no Brasil jogando a carga para estados e municípios. É importante discutirmos recursos, mas também precisamos debater como qualificar a gestão e é nesse sentido que vamos nos reunir aqui”.

O secretário de Estado da Saúde do Tocantins, Marcos Esner Musafir, ponderou que a realidade dos estados que compõem a Amazônia Legal é muito diferente do restante do país e que o encontro desses gestores para a troca de experiências, com o apoio do CONASS, é importante para garantir avanços que fortaleçam o Sistema Único de Saúde (SUS) nessa região. Ele citou o exemplo do Tocantins onde 90% do recurso do tesouro é para investimento em pessoal e o restante para demandas judiciais sobrando pouco para investimento em um estado em que 94% da população é dependente do

sistema público de saúde. “Nós temos dificuldades enormes nestes estados que têm diversidades específicas, então encontros como esse nos fortalecem com apoio técnico e político”, comemorou.

### Fundos Estaduais de Saúde e Consórcio Público para Aquisição de Medicamentos

O consultor do CONASS, Sady Carnot Falcão Filho, falou sobre a experiência do Paraná com o Fundo Estadual de Saúde e sobre a Lei Complementar n. 141/12.

O debate também abordou o ajuste dos estados ao Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) de dezembro de 2016, firmado entre Banco do Brasil e Caixa Econômica Federal, Ministério Público Federal, Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União com o objetivo de monitorar a aplicação dos recursos da saúde.



Marcos Musafir (SES/TO), apresentou os impactos da governança na gestão da SES

Segundo ele, com a mudança da lei, o estado do Paraná já realiza a transferência fundo a fundo entre estados e municípios de forma regular e automática. “Essa mudança permitiu que os convênios passassem a ser exceção”.

Outro ponto de debate foi a aquisição de medicamentos de alto custo por meio de Consórcios Públicos, apresentado pelo coordenador técnico do CONASS, René Santos, por meio da experiência da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SES/PR). Na ocasião, Santos observou que os consórcios de saúde têm sido uma boa alternativa para enfrentar a crise econômica que o país atravessa e citou os estados do Ceará e Paraná que têm obtido bons resultados.

Santos explicou que o consórcio permite a cada Ente colocar recursos conforme sua participação, podendo portanto, ser feito independente de convênios, por meio da previsão em orçamento anual. “O acesso a medicamentos é o problema mais comum existente hoje.

Ele citou a experiência do Paraná que há 17 anos pratica o consórcio para compra de medicamentos da Atenção Básica. Atualmente são 397 municípios. “Com isso, o consórcio Paraná Saúde passou a ser considerado uma das melhores compras públicas do país. Já são mais de 50 fornecedores e mais de 50 pontos de distribuição”, ressaltou.

O coordenador do CONASS observou ainda que, caso os estados da Amazônia Legal decidam por um consórcio, precisam fazer uma manifestação de interesse por meio de seus respectivos governadores. Ou seja, fazer um protocolo de intenções com cláusulas que definam objeto, área de abrangência, forma de funcionamento, instâncias de deliberação, formas de contratação, entre outros. O referido protocolo de intenções deve ser ratificado pelas respectivas Assembleias Legislativas.

Para o presidente do CONASS, secretário de Estado da Saúde do Paraná, Michele Caputo Neto, o consórcio é a melhor solução

para problemas relacionados à compra de medicamentos.

### Troca de Experiências

No encontro as secretarias de Estado da Saúde do Tocantins, Mato Grosso e Pará apresentaram cases de experiências exitosas em gestão.

Samuel Sena, da SES/PA, apresentou a experiência do estado na contratação de operador logístico. Ele explicou que a infraestrutura onde se armazenava medicamentos e insumos era deficiente, com problemas na câmara fria, espaço insuficiente e o armazenamento precário, mas que a partir do contrato feito em 2013, a infraestrutura foi readequada para o que foi idealizado pela SES. “Hoje, o controle de entregas e recebimento de mercadorias são controlados sistematicamente. Além disso, a temperatura foi controlada para a conservação adequada de cada produto”, comemorou.

Já a secretária executiva de Saúde da SES/MT, Fátima Ticianel, falou sobre a regionalização da saúde no estado com diagnóstico voltado para as demandas de cada uma, os programas de gestão adotados e a parceria com o CONASS. “Estamos fazendo a reestruturação gerencial e a adequação da estrutura organizacional, em busca de ampliar os recursos para investimentos e consolidar algumas áreas”, destacou.

O secretário de Estado da Saúde do Tocantins, Marcos Musafir, apresentou os impactos da Governança na SES e mostrou algumas ações estratégicas de reestruturação das competências da SES/TO, entre elas o fortalecimento da gestão participativa por meio das Comissões Intergestores Regionais e Bipartites (CIR e CIB) e Conselhos Estaduais de Saúde (CES), e a busca da eficiência com a redução de despesas.

Musafir apresentou dados que mostram uma economia nas licitações em 2016 de 57,91% dos recursos federais; 19,5% nos recursos estaduais e 27,5% nos recursos mistos. “Conseguimos nos organizar e manter o foco no paciente a partir de uma matriz de função”, observou.

### Visita ao Integra Saúde Tocantins

Ao final do encontro os gestores visitaram o Integra Saúde Tocantins – um Centro de informações estratégicas para a gestão do SUS no Estado, localizado na sede da Secretaria. Nele são monitorados em tempo real os indicadores de saúde, como taxa de mortalidade por violência; doenças crônicas; casos de dengue, zika, *chikungunya*, leishmaniose; doenças transmissíveis; inspeções da vigilância sanitária; leitos de hospitais; entre outros. As informações são coletadas, tratadas, analisadas, disponibilizadas e servirão de subsídio para que técnicos possam coordenar, com mais precisão, as ações da Secretaria. ■

Gestores visitaram a sede da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins e conheceram o Integra Saúde Tocantins



# *Desenvolvimento do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS): proposta de contribuição para os gestores do SUS*

MARCELE CARNEIRO PAIM

Graduada em Comunicação Social, Mestre em Saúde Coletiva, Doutoranda em Saúde Pública e Diretora da Escola de Saúde Pública da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

JAIRNILSON SILVA PAIM

Professor Titular em Política de Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), Doutor em Saúde Pública e Coordenador do Observatório de Análise Política em Saúde

## Introdução

O termo “observatório” geralmente associa-se à ideia dos observatórios astronômicos que permitem olhar as estrelas e o universo. Trata-se de uma metáfora acionada pela ciência e tecnologia que pode indicar formas de observar, pesquisar e difundir informações e conhecimentos.

Observando-se as novas formas de uso da informação a partir das transformações tecnológicas causadas pelo advento das novas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), é possível notar a formação de redes interligadas em todas as áreas de conhecimento. Nas últimas décadas, grupos de pesquisa sociais, redes de pesquisadores e instituições que visam acompanhar e colaborar com a gestão de recursos públicos vêm tornando mais comum a utilização desses dispositivos de observação, denominados observatórios, em diversos países, inclusive o Brasil.

Os observatórios aparecem na Europa durante a década de 70 do século XX como parte do processo de construção da União Europeia. Em 1974, a França dá início à proposta de criação de observatórios de saúde que articulavam os campos da saúde e da assistência social, fornecendo informações sobre a política regional de saúde, com ênfase na disponibilização de dados e informações que contribuíssem para a formulação de políticas públicas, contemplando a análise, a crítica, a síntese de dados e a intervenção.<sup>1</sup>

O primeiro observatório voltado para a saúde pública foi criado na Inglaterra, na cidade de Liverpool, em 1996. Como os observatórios franceses, sua missão concentra-se no desenvolvimento de políticas de saúde por meio de informações relevantes para aqueles que fazem ou influenciam essas políticas.<sup>2</sup> Ainda na Inglaterra, em 1999, foi criada a rede nacional de observatórios de saúde pública, que reforçava a utilização da informação da saúde em nível local, juntamente com as universidades, por meio de troca de experiências e disseminação de métodos e resultados. A partir do ano 2000, verifica-se significativo desenvolvimento da proposta de observatórios como instâncias auxiliares do National Health Service (NHS). Posteriormente, os observatórios foram inseridos na agência governamental de saúde pública.<sup>3</sup>

Mais recentemente, novo observatório de saúde pública foi proposto nos Estados Unidos, sob a orientação acadêmica do Departamento de Epidemiologia e do Instituto de Saúde Urbana da Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (BSPH) em Baltimore, articulando a formação profissional em saúde pública ao seu desenvolvimento. Trata-se de uma plataforma para o ensino e a pesquisa que oferece infraestrutura física e metodológica para alunos, docentes e parceiros.<sup>4</sup>

No Brasil, entre alguns exemplos, pode-se citar a Rede ObservaRH constituída desde

1. HEMMINGS, J.; WILKINSON, J. What's a public health observatory? *Epidemiol Community Health*, vol. 57, p. 324-326, 2003.

SALDANHA, R. F.; BASTOS, R. R.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T.; LEITE, I. C. G.; CAMPOS, E. M. S. Proposta de um observatório epidemiológico do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, vol. 33, n. 1, p. e00113216, 2017.

2. BARBOSA, P. *Política social e observatórios sociais de saúde: que relação?* Relatório de estágio do Observatório Português do sistema de saúde, 2005. Disponível em: <[http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/PatBarbosa\\_PoliticaisSociais.pdf](http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/PatBarbosa_PoliticaisSociais.pdf)>. Acesso em: 2 set. 2014.

3. WILKINSON, J. Public health observatories in England: recent transformations and continuing the legacy. *Cad Saúde Pública*, vol. 31, sup. 1, p. S269-76, 2015.

4. CASTILLO-SALGADO C. Developing an academia-based public health observatory: the new global public health observatory with emphasis on urban health at Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. *Cad Saúde Pública*, vol. 31, sup. 1, p. S286-93, 2015.

1999, posteriormente vinculada à então Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde,<sup>5</sup> bem como o Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte (OSUBH), organizado desde 2002 e inserido em um ambiente acadêmico, com objetivos ligados à pesquisa e ao planejamento de saúde no sentido de gerar informações para governos e população.<sup>6</sup>

Nessa perspectiva, o uso crescente dos observatórios de saúde reflete a relevância que a sociedade vem dando à problemática das desigualdades em saúde, ao uso de informações e à importância da elaboração de políticas baseadas em evidências.<sup>7</sup>

Em 2013, a partir de entendimentos entre a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e o Ministério da Saúde, foi publicado um Edital para a constituição de uma rede de pesquisas em Políticas de Saúde.<sup>8</sup>

O Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS)<sup>9</sup> resultou da proposta apresentada por docentes e pesquisadores do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA), juntamente com parceiros de outros centros de pesquisa, ensino e cooperação técnica do país e submetida ao referido Edital. Compunha o Projeto Análise de Políticas de Saúde no Brasil (2013-2017), que apre-

sentava um conjunto de metas, entre as quais podem ser destacadas: a) organização de um Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS) a ser alimentado por diversas fontes de dados e informações, bem como pelos resultados dos distintos subprojetos de pesquisa; b) implantação de um Centro de Documentação Virtual (CDV), conectado ao Observatório, para que cada pesquisador possa localizar os documentos necessários para sua pesquisa, a ser disponibilizado, progressivamente, para consulta pública de universidades, gestores, centros de pesquisa e conselheiros de saúde; c) produção de teses, dissertações, livros e publicação de artigos em periódicos indexados derivados dos subprojetos.

Desse modo, o objetivo do presente artigo é analisar o desenvolvimento do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS), discutindo possíveis contribuições para a formulação e a avaliação de políticas públicas, especialmente para os gestores do SUS.

### A proposta do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS)

O Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS) foi concebido como um espaço em que se pudesse analisar uma série de políticas, realizando o acompanhamento das tendências. Seria, assim, um âmbito de reflexão crítica para a análise de políticas e de

5. Portaria n. 1 de 11 de março de 2004.

6. DIAS, M. A. S.; FRICHE, A. A. L.; OLIVEIRA, V. B.; CAIAF, W. T. The Belo Horizonte Observatory for Urban Health: its history and current challenges. *Cad. Saúde Pública*, vol. 31, sup, p. S277-S285, 2015.

7. SANTOS NETO, P. M. dos. *Análise da política de recursos humanos em saúde: o caso da rede observatório de recursos humanos em saúde do Brasil*. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

8. Chamada MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit n. 41/2013 – Rede Nacional de Pesquisas sobre política de saúde: conhecimento para efetivação do direito universal à saúde, com a proposição de apoiar observatórios para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Ver: TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Editorial – Análise Política em Saúde: contribuições do OAPS. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 22, n. 6, p. 1744-1745, 2017.

9. <http://observatoriodeanalisepoliticaemsaude.org>

comunicação entre diferentes atores sociais. Representava ferramenta importante para acompanhar a implantação das políticas de saúde com evidências relativas à sua cobertura, acessibilidade, resultados e respectivos indicadores. Nessa perspectiva, confere utilidade para gestores do SUS, pesquisadores, profissionais de saúde estudantes, tendo em conta a produção de informação qualificada.

Depois de aprovado, o Projeto estruturou-se em 11 eixos de pesquisa no ano de 2014, sendo desencadeado o processo de elaboração do OAPS e do CDV. Mediante esses dois dispositivos, buscava-se socializar o conhecimento produzido pela rede de pesquisadores em Políticas de Saúde e estimular a realização de análises políticas em saúde, a partir do monitoramento de fatos nas distintas conjunturas. Após a realização do pré-lançamento do OAPS em Salvador, houve sua inauguração oficial durante o 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva em Goiânia, em julho de 2015.

Entre as instituições parceiras dessa rede de pesquisas e integrantes do Observatório podem ser destacadas as seguintes: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/Fiocruz); Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz); Escola de Saúde Pública/Secretaria de Saúde do Estado da Bahia; Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS/DF); Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); Instituto de Medicina Social/Universidade Estadual do Rio de Janeiro; Instituto de Saúde/Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (IS/SES-SP); Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia; Núcleo Integrado de Saúde Coletiva – Universidade de Pernambuco; Universidade Federal do Espírito Santo (UFES); Universidade Estadual do Ceará (UECE); Universidade de São Paulo (USP); Universidade Federal de Goiás (UFG); Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF); Universidade Federal de Minas Gerais/Faculdade de Ciências Econômicas; Universidade

Federal do Espírito Santo; Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Assim, o OAPS pode ser definido como um espaço de reflexão e de análise crítica das políticas de saúde por meio da articulação de uma rede de pesquisadores da área de Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde (PPGS) de diversos centros de pesquisa, ensino e cooperação técnica. Está pautado por um conjunto de princípios, a saber: a) comprometimento com a defesa da saúde como direito das pessoas e da cidadania na relação dos indivíduos com o Estado; b) compromisso com a construção e o fortalecimento de sistemas universais de saúde de natureza pública baseados nos princípios da solidariedade, equidade, universalidade e integralidade da atenção à saúde; c) produção de um pensamento crítico sobre a realidade, alicerçado em bases científicas e eticamente responsáveis; e d) autonomia de pensamento em relação a interesses de grupos ou instituições.

A partir desses princípios, o OAPS apresenta os seguintes objetivos:

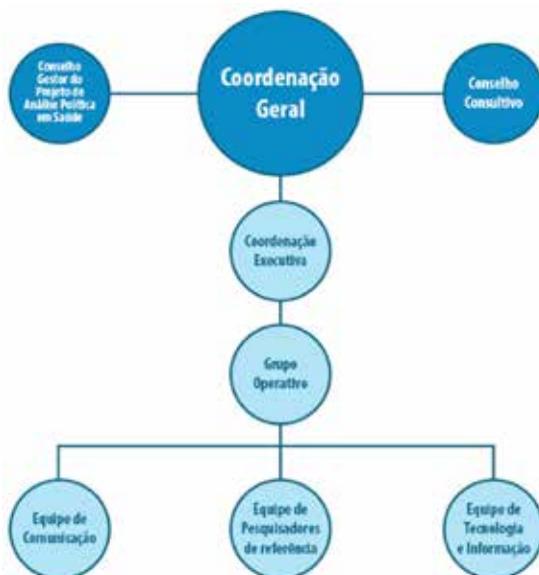
- Realizar o acompanhamento de políticas de saúde selecionadas.
- Promover o debate fundamentado sobre decisões no âmbito de políticas de saúde específicas.
- Sistematizar a produção de conhecimento científico sobre questões de relevância no âmbito de políticas de saúde.
- Contribuir com a democratização da informação e a veiculação de pontos de vista plurais no âmbito das políticas de saúde.
- Favorecer a inclusão social por meio da criação de espaços de expressão de movimentos sociais em saúde.
- Servir de instrumento pedagógico e estímulo à capacidade crítico-reflexiva de alunos na análise de políticas de saúde.

Seu público-alvo é constituído por acadêmicos, pesquisadores, gestores, trabalhadores de saúde, estudantes, movimentos sociais e organizações da sociedade civil. E a sua estrutura de governança dispõe de coordenação-geral, de coordenação executiva e de grupo operativo integrando equipes de pesquisadores de referência, de comunicação e de tecnologia e informação (Figura 1). Ainda integram essa estrutura o Conselho Consultivo, formado por pesquisadores dos centros de ensino e pesquisa que compõem a rede, e o Conselho Gestor do Projeto, composto pela coordenação geral, pela coordenação executiva do OAPS, pela coordenação do CDV e por coordenadores de eixos de pesquisa.

### A implantação e o desenvolvimento do OAPS

O OAPS encontra-se implantado desde agosto de 2015, e as equipes responsáveis pela sua condução têm produzido e difundido conhecimentos e informações relevantes para gestores, estudantes e profissionais da saúde, além de entidades e movimentos sociais.

Figura 1 – Estrutura de Governança



Esquemáticamente, o OAPS apresenta, na sua estrutura, três camadas. A primeira, responsável pela produção de conhecimentos científicos, está composta, atualmente, por 12 eixos de pesquisa (Quadro 1). Nessa camada, menos visível para o público externo, produzem-se estudos e investigações, divulgados sob a forma de artigos e revistas, capítulos, livros, dissertações e teses. Ela pode ser comparada ao alicerce do “edifício” do Observatório, mais profunda, e segue o ritmo próprio da academia.

A camada intermediária, de livre acesso do visitante do site, inclui as linhas do tempo de cada política pesquisada no respectivo eixo e a matriz de acompanhamento, com base em quatro vetores: implantação, financiamento, participação social e resultados. O OAPS já disponibiliza as atualizações desse monitoramento de políticas para os anos de 2014, 2015 e 2016. Essas matrizes de acompanhamento são elaboradas, anualmente, pelas equipes dos eixos de pesquisa, considerando os fatos políticos produzidos na conjuntura, assim como os indicadores de saúde e a literatura científica pertinente.

Já a terceira camada é a mais visível, na qual os *banners* rotativos do *site* chamam a atenção do visitante para notícias, eventos, entrevista do mês, boletins bimensais, assim como debates e pensamentos. Ela expressa o trabalho jornalístico e das equipes de comunicação e de tecnologia e informação em tempo mais ágil e dá o tom do OAPS, produzindo e divulgando notícias e análises referentes às políticas de saúde em curso na conjuntura.

Nos dois primeiros anos de desenvolvimento do OAPS foram implementadas as ações e atividades programadas e, também, muitas outras não previstas originalmente, mas que a dinâmica do processo e o entusiasmo das equipes favoreceram a sua concretização. É o caso, por exemplo, da presença de jornalistas do Projeto em eventos como a 15<sup>a</sup>

## Quadro 1 – Eixos de Pesquisa do Observatório de Análise Política em Saúde e respectivos objetivos. Brasil, 2013-2017

Eixos de Pesquisa	Objetivos
 <p>Acompanhamento de Iniciativas do Poder Legislativo Federal em Saúde</p>	<p>Identificar e analisar a dinâmica política do debate setorial da saúde no Congresso Nacional, apontando as especificidades das propostas, atores e alianças em distintos períodos de Governo Federal e das Legislaturas (2013-2017).</p>
 <p>Acompanhamento das Decisões Judiciais Relativas à Saúde</p>	<p>Analisar as ações relacionadas à assistência médica suplementar julgadas nos Tribunais de Justiça dos estados do Nordeste no ano de 2013.</p>
 <p>Análise de Políticas de Saúde voltadas para a Infância</p>	<p>Analisar a emergência e transformações das políticas de saúde infantil no Brasil, identificando suas condições de possibilidade históricas, assim como a situação atual em diversos espaços sociais.</p>
 <p>Estudos e Pesquisas em Atenção Primária e Promoção da Saúde</p>	<p>Analisar o processo de formulação e implementação das políticas de APS e promoção da saúde no Brasil.</p>
 <p>Políticas de Medicamentos, Assistência Farmacêutica e Vigilância Sanitária</p>	<p>Analisar as relações do acesso a medicamentos pelos usuários da Atenção Básica com a institucionalização da Assistência Farmacêutica e analisar a(s) concepção(ções) de segurança do paciente incorporadas na formulação do Programa Nacional de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde no Brasil.</p>
 <p>Trabalho &amp; Educação na Saúde</p>	<p>Analisar conjunturas, papel do Estado, marcos jurídicos normativos, processos decisórios e atuação dos atores governamentais e não governamentais nos âmbitos nacional, estadual e municipal nessas políticas.</p>
 <p>Análise de Políticas de Saúde Bucal no Brasil</p>	<p>Analisar a emergência e produção social das políticas de saúde bucal no Brasil, as desigualdades na utilização dos serviços odontológicos entre agentes de diferentes posições no espaço social bem como a implementação dos CEOs em dois municípios no estado da Bahia.</p>
 <p>Modelos de Gestão Hospitalar no SUS</p>	<p>Analisar o processo de gestão dos hospitais nos diferentes modelos adotados no SUS Bahia entre 2007-2014 e a gestão do trabalho e da educação nas unidades hospitalares que adotaram modelos alternativos de gestão.</p>
 <p>Análise do Processo da Reforma Sanitária Brasileira no Período 2007 a 2016</p>	<p>Analisar o processo da Reforma Sanitária Brasileira no período 2007-2016.</p>
 <p>Mídia e Saúde</p>	<p>Compreender como os media digitais e convencionais medeiam a relação do campo da saúde e das políticas de saúde com a sociedade brasileira.</p>
 <p>Estudos e Pesquisas em Políticas de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde</p>	<p>Descrever o papel das redes de P&amp;D no processo inovativo do setor, analisar as redes científicas brasileiras de coautoria na área e discutir o processo de inovação e a evolução do mercado de medicamentos contra o câncer.</p>
 <p>Análise Sócio-Histórica de Políticas de Saúde</p>	<p>Analisar a formulação e implementação de políticas de saúde a partir da análise das condições de possibilidade históricas para a sua emergência de forma articulada com a análise das trajetórias dos principais agentes envolvidos e dos espaços sociais assim construídos.</p>

Conferência Nacional de Saúde, o Congresso do Conasems, encontro de gestores promovidos pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Congressos da Abrasco, seminários do Cebes, Simbravisa, entre outros.

Em 2016, a divulgação da revista especial 1º Ano de experiências<sup>10</sup> e, em 2017, do número 12 do Boletim<sup>11</sup> lançados no mês de aniversário, ilustram as conquistas do OAPS nesses dois anos de desenvolvimento, compondo uma galeria de depoimentos de membros do Conselho Consultivo, pesquisadores, usuários, estudantes e parceiros.

### Contribuição do OAPS para gestores do SUS

Para a gestora e o gestor, o Observatório oferece um conjunto de informações já sistematizadas e evidências científicas, representando ganho para as políticas públicas. Ao tempo em que produz conhecimentos e divulga informações, o OAPS pretende contribuir com a gestão, colaborando com a definição de políticas e exercitando uma prática democrática no âmbito da saúde. Nesse particular, foi produzido, recentemente, o Documentário sobre o OAPS destinado aos gestores. O vídeo conta com a participação dos coordenadores do Observatório e dos eixos de pesquisa e tem

como objetivo apresentar e sistematizar o trabalho desenvolvido pelo OAPS para os gestores, atores fundamentais no diálogo sobre as políticas de saúde e a conjuntura sanitária. Esse Documentário foi distribuído em *pen drive* durante o XXXIII Congresso do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e encontra-se disponível no canal do OAPS no YouTube.<sup>12</sup>

Outro produto relevante para os gestores como formuladores e executores de políticas de saúde é o Glossário Análise Política em Saúde, contendo centenas de verbetes elaborados pelos pesquisadores do OAPS, incluindo as respectivas referências bibliográficas. Trata-se de um *e-book* produzido pela Editora da Universidade Federal da Bahia (Edufba) de acesso livre e gratuito.<sup>13</sup>

Até o momento já foram publicados pela parceria Edufba/Observatório, além do *e-book* divulgado no 3º Congresso de Política, Planejamento e Gestão em Saúde da Abrasco,<sup>14</sup> três livros impressos sobre análise política em saúde e pensamento estratégico,<sup>15</sup> políticas de saúde bucal<sup>16</sup> e abordagens de investigações,<sup>17</sup> enquanto mais cinco encontram-se no prelo. Vários artigos foram publicados em um número especial da revista Ciência e Saúde Coletiva da Abrasco em 2017.<sup>18</sup>

10 *Projeto Análise de Políticas de Saúde no Brasil: Edição de aniversário*. 1 ano de experiências. Observatório de Análise Política em Saúde. Centro de Documentação Análise Política em Saúde. Julho de 2016. 15p.

11 Boletim Projeto Análise de Políticas de Saúde no Brasil (2013-2017). 2 anos de experiências. Observatório de Análise Política em Saúde. Centro de Documentação Análise Política em Saúde. *Boletim OAPS/CDV*, n. 12, jul./ago. 2017.

12 Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=wS7iN8xoPAw>>.

13 Disponível em: <<http://analisepoliticaemsaude.org/oaps/documento/noticias/1470062804579f60d46e55d.pdf>>.

14 TEIXEIRA, C. F.; SILVEIRA, P. (Org.). Glossário de análise política em Saúde. Salvador: Edufba, 2016.

15 FEDERICO, L. Análise política em saúde: a contribuição do pensamento estratégico. Salvador: Edufba, 2015.

16 CHAVES, S. C. L. (Org.). Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática. Salvador: Edufba, 2016.

17 TEIXEIRA, C. F. (Org.). Observatório de Análise Política em Saúde: abordagens, objetos e investigações. Salvador: Edufba, 2016.

18 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=1413-812320170026&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320170026&lng=pt&nrm=iso)>.

Além disso, diversas dissertações e teses defendidas nos últimos anos sobre política, planejamento, gestão e avaliação em saúde, contaram com o apoio da Rede de Pesquisa do Projeto e encontram-se disponíveis no Repositório Institucional da UFBA. Um número temático da Revista Saúde em Debate do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), com resultados dos estudos e pesquisas realizados no OAPS, será lançado ainda em 2017.

Nenhum desses produtos, porém, substitui a visita ao *site* do Observatório e aos *links* associados para melhor acompanhar e compreender o que se passa com a implementação das políticas de saúde do país e, em especial, a análise sobre os avanços e obstáculos do Sistema Único de Saúde (SUS). O Observatório também está presente em redes sociais como Facebook, estabelecendo, assim, mais um canal de comunicação com seus diversos públicos.

Nesses dois anos de existência do OAPS foi possível, entre outras ações, acompanhar a tríplice epidemia de dengue, Chikungunya e Zika, além de produzir um documento de posição, articulando os *links* de vários textos elaborados sobre o tema. Nesse dossiê foi efetuada análise muito criteriosa, com revisão da literatura e proposições bem concretas do que fazer para além do combate ao vetor. Assim, o Observatório tem sido acessado por gestores que reconhecem a sua contribuição, inclusive como a possibilidade de ter um espaço que lhe permite transcender às questões exclusivamente administrativas e burocráticas.

## Comentários finais

A crescente demanda por informações no processo de elaboração e/ou monitoramento de políticas públicas das mais distintas áreas e campos de produção de conhecimento é fator que vem oportunizando, nas últimas décadas, a utilização de observatórios em muitos países, entre eles o Brasil. Como reflexo da convergência e interatividade proporcionadas pelo advento das novas tecnologias de informação e comunicação (TIC), pode-se destacar a importância dada ao uso de informações e evidências disponíveis para tomada de decisões.

O regimento interno do OAPS, aprovado pelo Conselho Gestor e pelo Conselho Consultivo, cujos princípios orientam suas atividades e norteiam as suas tomadas de posição possibilitam atuação que, embora não seja neutra, assenta-se no rigor teórico-metodológico e na busca de evidências com objetividade. Os valores democráticos e emancipadores, com destaque para a defesa intransigente do direito à saúde de todos como dever do Estado, merecem ser difundidos e debatidos na sociedade brasileira.

O gestor do SUS encontra no Observatório um espaço para desenvolver reflexão mais ampla para além das urgências em que tem de decidir. Para quem está o tempo todo tomando decisões, é fundamental que produza decisão informada e alimentada pelo conhecimento. O OAPS vai cumprir o seu papel junto ao gestor do SUS, quando ele analisar as políticas, identificar os avanços e os retrocessos, propondo novas questões. ■

Neste mês de setembro, alguns monumentos como o Cristo Redentor e o Congresso Nacional iluminaram-se de amarelo em uma alusão ao **Setembro Amarelo** – uma campanha de conscientização sobre a prevenção ao suicídio. Iniciada no Brasil pelo Centro de Valorização da Vida, pelo Conselho Federal de Medicina e pela Associação Brasileira de Psiquiatria, a campanha tem o objetivo de alertar a população sobre a realidade do suicídio no país e no mundo e suas formas de prevenção. Saiba mais em: <http://www.setembroamarelo.org.br/>

Em uma pesquisa inédita no Brasil o Ministério da Saúde divulgou o primeiro **Boletim Epidemiológico de Tentativas e Óbitos por Suicídio no Brasil**. Também chama a atenção a alta taxa de suicídio entre idosos com mais de 70 anos de idade, com média de 8,9 mortes por 100 mil nos últimos seis anos nessa faixa etária. A partir dos dados obtidos, o Ministério da Saúde lança uma agenda estratégica para atingir a meta da Organização Mundial da Saúde (OMS) de redução de 10% dos óbitos por suicídio até 2020. Entre as ações, estão a capacitação de profissionais, orientação para a população e jornalistas, a expansão da rede de assistência em saúde mental nas áreas de maior risco, entre outros.

Nos dias 6 e 7 de novembro, o Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade de Lisboa (IHMT) e o CONASS realizam, em Portugal, o **Seminário Luso-Brasileiro sobre Organização e Avaliação dos Cuidados e Sistemas de Saúde**. A iniciativa tem como objetivo promover a discussão sobre a temática, considerando a experiência portuguesa e a cooperação entre as duas instituições na formação em avaliação de políticas e programas de saúde. O evento será transmitido por *streaming*, para participantes fora de Portugal, mas a inscrição é obrigatória. Saiba mais e inscreva-se em: <http://www.ihmt.unl.pt/ihmt-coorganiza-seminario-avaliacao-dos-cuidados-sistemas-saude/>

O Brasil é referência mundial em produção de **vacinas**. O Programa Nacional de Imunizações é uma das estratégias de política pública mais eficazes para a prevenção de infecções e epidemias. Ao todo, são mais de 36 mil salas de vacinação espalhadas por todo o Brasil. Atualmente, o país distribui 25 tipos de vacinas gratuitamente e exporta doses para mais de 70 países, sobretudo africanos. No Brasil, as doses são produzidas pela Fundação Oswaldo Cruz e pelo Instituto Butantã. O país já é autossuficiente na produção de insumos imunobiológicos. Fonte: *Portal Brasil, com informações do Ministério da Saúde e Academia Brasileira de Ciências*

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 2017/2018

### PRESIDENTE

Michele Caputo Neto (PR)

### VICE-PRESIDENTES

**Região Nordeste:** José Iran Costa Júnior (PE); **Região Norte:** Vítor Manuel Jesus Mateus (PA); **Região Centro-Oeste:** Humberto Lucena Pereira Fonseca (DF); **Região Sudeste:** Luiz Antônio de Souza Teixeira Júnior (RJ); **Região Sul:** João Gabbardo dos Reis (RS)

### COMISSÃO FISCAL

**Titulares:** Claudia Luciana de Sousa Mascenas Veras (PB); Henrique Jorge Javi de Sousa (CE); George Antunes de Oliveira (RN)  
**Suplentes:** Marcos Esner Musafir (TO); Carlos Christian Reis Teixeira (AL); Carlos Eduardo de Oliveira Lula (MA)

### REPRESENTANTES DO CONASS

**Hemobrás:** Henrique Jorge Javi de Sousa (CE)

**ANS:** Luiz Antônio de Souza Teixeira Junior (RJ), e René Santos (CONASS)

**Anvisa:** Humberto Lucena Pereira da Fonseca (DF), e Viviane Rocha de Luiz (CONASS)

**CNS:** Michele Caputo Neto (PR), Jurandi Frutuoso e Haroldo Jorge de Carvalho Pontes (CONASS)

### SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso Silva

## SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE 2017

Carlos Christian Reis Teixeira (AL); Carlos Eduardo de Oliveira Lula (MA); Claudia Luciana de Sousa Mascena Veras (PB); David Everson Uip (SP); Fábio Vilas Boas (BA); Florentino Alves Veras Neto (PI); Gastão Valente Calandrini de Azevedo (AP); Gemil Júnior (AC); George Antunes de Oliveira (RN); Henrique Jorge Javi de Sousa (CE); Humberto Fonseca (DF); José Almeida Lima (SE); José Iran Costa Júnior (PE); João Gabbardo (RS); Leonardo Vilela (GO); Luiz Antônio de Souza Teixeira Junior (RJ); Luiz Antonio Vitório Soares (MT); Luiz Sávio de Souza Cruz (MG); Marcos Esner Musafir (TO); Michele Caputo Neto (PR); Nelson Barbosa Tavares (MS); Paulo Bastos Linhares (RR); Ricardo de Oliveira (ES); Vander Rodrigues Alves (AM); Vicente Caropreso (SC); Vítor Manuel Jesus Mateus (PA); Willames 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

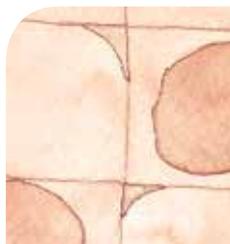
### IMPRESSÃO

Positiva Gráfica e Editora

### TIRAGEM

3.000 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.



Esta publicação é fruto de parceria entre a Organização Pan-Americana da Saúde e o CONASS, com o apoio do Ministério da Saúde



**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

## Biblioteca Digital

Todas as publicações do CONASS estão disponíveis para *download* em formato PDF e eBook (ePub), para *smartphones*, *tablets* e computadores.



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

Agora também na livraria virtual da Apple 



Pesquise as publicações no iBooks ou acesse pelo Qr Code ao lado



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

 [flickr.com/conass](https://flickr.com/conass)

 [twitter.com/conassoficial](https://twitter.com/conassoficial)

 [slideshare.net/conass](https://slideshare.net/conass)

 [youtube.com/conassoficial](https://youtube.com/conassoficial)

 [conass.com.br](http://conass.com.br)