



ano VI, número 19
abril, maio e junho de 2016
www.conass.org.br/consensus

consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

ENTREVISTA
Ministro da Saúde
Ricardo Barros

SAÚDE EM FOCO
Arboviroses: propostas
de enfrentamento



Judicialização na Saúde

consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Ano VI | Número 19 | Abril, Maio e Junho de 2016

ENTREVISTA
Ministro da Saúde
Ricardo Barros

SAÚDE EM FOCO
Arboviroses: propostas
de enfrentamento



Judicialização na Saúde

6

consensus entrevista

Ministro da Saúde, Ricardo Barros, fala de suas prioridades frente ao ministério – melhorar a gestão e o financiamento da saúde, diminuindo desperdícios e promovendo a transparência da utilização dos recursos e das ações e dos serviços de saúde

12

matéria de capa

Judicialização na Saúde – CONASS e Conselho Nacional de Justiça debatem a questão das ações judiciais na saúde

saúde em foco

18 *Arboviroses: propostas de enfrentamento*

institucional

26 *CONASS Debate Uma agenda de eficiência para o SUS*

38 *Orçamento e gestão são temas de audiência do CONASS com o ministro da Saúde*

40 *O papel e a importância da comunicação para a promoção da saúde*

opinião

44 *O direito à saúde e a proposta de cobertura universal*

50 *curtas*

A judicialização na saúde é o tema central desta décima nona edição da **Revista Consensus**. A participação do Conselho Nacional de Justiça na assembleia do CONASS, em abril, alcançou o principal e mais claro objetivo do encontro: aproximar saúde e justiça e fomentar a articulação e interação entre ambas, tendo em vista o crescimento exponencial e desordenado das ações judiciais que envolvem a saúde.

O atendimento às necessidades da população é atribuição essencial da saúde e também da justiça e, vez por outra, elas se deparam com o dilema “direito individual versus direito coletivo”. Além disso, tratam de tantas outras questões pontuais e específicas, quase sempre atreladas aos direitos dos cidadãos estabelecidos constitucionalmente. Para lidar com este grande desafio, a estratégia é estreitar a relação e criar mecanismos de assessoramento que subsidiem mutuamente a justiça e a saúde.

Na entrevista, o ministro da saúde, Ricardo Barros, fala a respeito da melhoria da gestão e do financiamento da saúde e explica como pretende aperfeiçoar os sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS) para que sejam integrados em todo o país, visando a transparência da utilização dos recursos e das ações e serviços de saúde.

Além da qualificação da gestão, Barros também aborda questões como o controle de gastos públicos com a saúde e a garantia das ações e dos serviços de saúde num cenário de restrição orçamentária.

As arboviroses são tema da seção Saúde em Foco, na qual seguimos tratando dos debates ocorridos nas assembleias do CONASS, onde especialistas, pesquisadores e gestores trocam experiências e traçam caminhos para o enfrentamento das doenças causadas pelo *Aedes aegypti*.

No campo da promoção da saúde, trazemos o registro do seminário – O papel e a importância da Comunicação para a promoção da saúde –, ocorrido na ocasião da 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde, em Curitiba/PR. No encontro, conferencistas franceses, canadenses, africanos e brasileiros falaram a respeito dos principais desafios para a promoção da saúde em seus países e discutiram estratégias de comunicação que possam ajudar a enfrentá-los.

O artigo desta edição aborda o tema da cobertura universal em uma perspectiva jurídica e sanitária e apresenta uma síntese histórica sobre o assunto, situando a saúde como direito humano fundamental e apontando para a proposta de cobertura universal adotada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, em 2012.

Desejamos a todos uma excelente leitura!

ENTREVISTA

Ricardo Barros

O ministro da Saúde, Ricardo Barros, é engenheiro civil pela Universidade Estadual de Maringá, e especialista em políticas públicas pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Ele tem mais de 25 anos de experiência na vida pública. Foi eleito prefeito de Maringá aos 28 anos (1989-1993) e Deputado Federal por quatro mandatos. Na Câmara Federal, participou de várias comissões e presidiu a Frente Parlamentar da Indústria Pública de Medicamentos. Este ano, foi Relator Geral do Orçamento 2016, da Comissão Mista de Planos, Orçamento Público e Fiscalização.

Autor do livro “De olho no dinheiro do Brasil – Orçamento da União, agora você pode participar” publicado em 2007, Barros tem como prioridade frente ao Ministério da Saúde melhorar a gestão e o financiamento da saúde, diminuindo desperdícios e promovendo a transparência da utilização dos recursos e das ações e dos serviços de saúde.



Consensus Ministro, quais são as suas prioridades à frente do Ministério da Saúde?

Ricardo Barros – Entre as minhas prioridades estão melhorar a gestão e o financiamento da saúde e com isso fortalecer as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. Aperfeiçoar ainda os sistemas de informação do SUS de forma que seja integrado em todo o território nacional, para a correta aplicação dos recursos públicos. Manter a qualificação permanente dos profissionais que atuam no SUS. Fortalecer o Complexo Industrial da Saúde, para garantir a agilidade, a segurança à população e a proteção ao consumidor. Ampliar e atualizar os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas. Por fim, manter o diálogo permanente com as entidades representativas dos profissionais de saúde, do controle social, como os conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde, e as representações federativas, como Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Consensus No encontro com a diretoria do CONASS, no dia 18 de maio, o senhor afirmou que seu objetivo é controlar os gastos e qualificar com urgência a gestão do orçamento da saúde. Que providências o senhor está tomando para enfrentar esse problema?

Ricardo Barros – Nós temos feito as despesas, estritamente, dentro da liberação financeira que recebemos mensalmente. Estamos articulando com todos os estados brasileiros uma mobilização para promover uma melhor gestão dos recursos do SUS. Qualificar a gestão é o esforço que estamos fazendo para integrar todas as bases de informação de todos os prestadores, prefeituras, filantrópicas para que possamos saber, exatamente, como se investe o dinheiro do SUS na saúde

dos brasileiros. Assim, teremos mais condições de efetuar uma gestão eficiente. E neste campo da qualificação dos profissionais estaremos contando com diversas estratégias, como a UnaSUS (Universidade Aberta do SUS), para conseguir motivação dos profissionais e melhor serviço para população.

Consensus O CONASS está trabalhando junto aos estados uma agenda de eficiência para os modelos de atenção à saúde, de gestão e de financiamento do SUS. Que estratégias o Ministério da Saúde pretende desenvolver para qualificar a gestão do SUS?

Ricardo Barros – A estratégia, como já disse, é capacitar os profissionais, ter a informação e investir em saúde preventiva. Isso é que pode permitir a diminuição da demanda, melhorar a qualidade do atendimento, através de uma boa informação que implica na transparência e eliminar fraudes.

Consensus O senhor afirmou que o aperfeiçoamento dos sistemas de informação e de gestão do SUS, com o objetivo de aumentar a eficiência e diminuir o desperdício, é uma de suas prioridades. Como o Ministério da Saúde está tratando essa questão?

Ricardo Barros – Através do DataSUS e de diversos fornecedores de tecnologia do Ministério da Saúde, estamos acelerando as decisões de inclusão tecnológica. Uma das tecnologias em estudo é utilizar os dados do TSE de biometria para o controle do Cartão SUS, tornando-o seguro. Queremos que as pessoas saibam o que o sistema está fazendo por ela e se os lançamentos correspondem aos atendimentos que são feitos. A informatização é fundamental para a gestão, que pode auxiliar na escolha das melhores práticas e na avaliação da relação custo benefício de cada cidade, prestador ou filantrópica, além de ser a base para replicarmos os modelos de sucesso.

Consensus A diretoria do CONASS posicionou-se a favor da aprovação da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) n. 01/2015, que aumenta o percentual mínimo a ser aplicado pela União em ações e serviços públicos de saúde, e manifestou preocupação diante da iminência da desvinculação dos recursos com a aprovação da PEC n. 143/2015, em que estados, municípios e União poderiam utilizar parte dos recursos da saúde em outras áreas. Qual o seu posicionamento em relação a essas duas matérias?

Ricardo Barros – As desvinculações no modelo da DRU foram iniciadas em 1994. Nestes mais de 20 anos, nunca houve diminuição dos recursos da Saúde. A trajetória histórica mostra o contrário, com valores crescentes para o setor. A PEC que tramita no Congresso está relacionada a desvinculação de estados e municípios da saúde. São entes que sempre contribuíram acima das regulamentações legais. Assim, por esse histórico e compromisso dos três entes federados com o SUS, a saúde está tranquila em relação a garantia da sua participação no orçamento.

Consensus **Ministro, o CONASS tem reiterado a importância da implantação das Redes de Atenção à Saúde, com prioridade para as redes de Urgência/Emergência e Materno Infantil em todas as regiões do Brasil, com foco no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante do SUS. Que importância tem a APS em sua gestão e qual a sua opinião sobre o papel estratégico da implantação das redes?**

Ricardo Barros – As redes é uma política que veio para substituir, vamos dizer, uma eventual correção da tabela SUS estabelecendo determinadas áreas prioritárias. As redes são importantes porque vamos ver a qualificação do atendimento nessas áreas consideradas prioritárias, mas distorcem também a

Nós temos feito as despesas, estritamente, dentro da liberação financeira que recebemos mensalmente. Estamos articulando com todos os estados brasileiros uma mobilização para promover melhor gestão dos recursos do SUS.

aplicação dos recursos lá na ponta enquanto um leito ocupado por alguém da rede paga três vezes mais que um leito de um cidadão que não está na rede de atendimento. Então, é uma política importante, mas que precisa ser revista enquanto concepção geral de SUS e de igualdade de atendimento. O bom funcionamento das redes requer também uma rede de atenção primária de saúde qualificada e ordenadora do cuidado.

Consensus **Como o senhor avalia a proposta dos secretários estaduais de saúde de que é preciso repensar o modelo de federalismo sanitário vigente que concentra recursos e poder normativo no Ministério da Saúde, além da necessidade de inovação na forma dos repasses de recursos federais, redução da burocracia e da fragmentação dentro do próprio ministério?**

Ricardo Barros – Quem executa as maior parcela das ações de saúde são os municípios. O

[..] é preciso, sim, repensar o pacto federativo e, a partir daí, fortalecermos os municípios, o que é a grande solução e, como consequência, teremos grandes desconcentrações de recursos.

processo é todo descentralizado e parte de um modelo cooperativo entre União, estados e municípios, que sustentam o SUS. O Ministério da Saúde tem pouquíssima execução direta, sendo localizadas em algumas unidades de gestão federal localizadas no Rio de Janeiro e no Rio Grande do Sul. Repensar o pacto federativo significa fortalecermos os municípios e a desconcentrações de recursos, o que contempla eixos como a redução da burocracia e a maior integração entre as diversas áreas e entes.

Consensus O CONASS tem discutido, junto com o Conasems e o Ministério da Saúde, a necessidade de melhoria do acesso à Atenção Ambulatorial Especializada. O que o senhor pretende fazer para enfrentar esse nó do SUS?

Ricardo Barros – O governo tem a proposta de implantar o Programa Mais Especialidades que está sendo avaliado e desenvolvido. Os estados têm os seus centros regionais, de especialidades, de reabilitação e existe uma série de investimentos na rede especializada que precisam ser continuados e nós vamos

continuar em parceria com as secretarias de saúde buscando aprimorar esse sistema.

Consensus Como aprimorar as ações e os serviços de saúde para o enfrentamento das arboviroses, fundamentalmente dengue, zika e chikungunya, em um cenário de restrição orçamentária?


Ricardo Barros – O Ministério da Saúde busca estar cada vez mais próximo aos estados e municípios para apoiá-los tecnicamente e financeiramente nas ações de enfrentamento ao mosquito *Aedes aegypti*, além de desenvolver políticas para qualificar os serviços do SUS, inclusive com o aperfeiçoamento da capacidade diagnóstica. Para isso, neste ano, o Ministério da Saúde está aplicando R\$ 1,8 bilhão nas ações de vigilância, ou seja, R\$ 580 milhões a mais do que em 2015, além de R\$ 500 milhões extraordinários reservados pelo Congresso Nacional. A outra frente é a assistência à saúde, com crescimento constante do custeio dos problemas ambulatoriais e hospitalares decorrentes das doenças causadas pelo *Aedes aegypti*. Um exemplo é o comparativo entre os primeiros trimestres de 2015 e 2016, quando houve um acréscimo de 60% nos recursos destinados pelo Ministério da Saúde para o custeio destas ações assistenciais no país.

Consensus É senso comum entre os gestores que a saúde está subfinanciada. Como o Ministério da Saúde irá garantir as ações e os serviços de saúde diante do contingenciamento do orçamento de 2016?

Ricardo Barros – O contingenciamento 2016 já foi liberado pela equipe econômica, o decreto orçamentário já está expedido e nós temos uma necessidade ainda de ampliar o orçamento em algumas áreas, mas isso já está acordado com equipe econômica e não vejo nenhuma dificuldade de cumprirmos todos os compromissos já assumidos pelo Ministério. ■


Siga o CONASS nas redes sociais!





 facebook.com/conassoficial

 flickr.com/conass

 twitter.com/conassoficial

 slideshare.net/conass

 youtube.com/conassoficial

 conass.com.br

especial



Judicialização na Saúde

CONASS e Conselho Nacional de Justiça debatem a questão das ações judiciais na saúde

TATIANA ROSA

Em face das crescentes demandas judiciais e dos seus impactos significativos no Sistema Único de Saúde (SUS) e a fim de aproximar o Poder Judiciário do Poder Executivo, o CONASS reuniu, no último dia 27/4, gestores estaduais de saúde e representantes do Fórum Nacional do Poder Judiciário para Monitoramento e Resolução das Demandas de Assistência à Saúde do Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

No encontro, os secretários estaduais de saúde expuseram os principais problemas que enfrentam nos estados em relação à judicialização, como a falta de orçamento para cumprir as decisões, as ordens de prisão, bloqueio de contas pessoais de secretários etc., e debateram ideias e possíveis soluções conjuntas para minimizá-los.

O conselheiro Arnaldo Hossepian Salles Lima Jr. (Ministério Público de São Paulo), representante do Fórum Nacional da Saúde no CNJ, enfatizou que o objetivo do conselho é criar uma interlocução entre os dois Poderes, de forma a atender da melhor maneira possível as demandas da população sem ultrapassar os limites orçamentários do setor público. “Muitas vezes, o contribuinte tem no Judiciário o último refúgio de esperança quando precisa de pronta intervenção do SUS. Nossa finalidade é atendê-lo, mas precisamos considerar também os impactos financeiros no sistema”, disse.

Já o desembargador do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (TJMG) Renato Dresch observou que a Constituição Federal de 1988 assegura à população o acesso universal e igualitário à saúde, bem como o atendimento integral, e advertiu que é preciso discutir seriamente o impacto social do item II do seu artigo 198 que dispõe sobre a integralidade dos serviços. “O juiz não tem capacidade de dizer se determinado atendimento é ou não integral. Esse é o impacto social e cabe ao Estado dizer o que é integral. O magistrado não entende de medicina. Se o médico afirmar que há risco de morte, na dúvida, ele irá atender a demanda sem ter consciência de que, com essa decisão, pode estar prejudicando outro paciente”.

Para ele é necessário criar interlocução entre os gestores de saúde e os membros do Judiciário, por meio da criação de Núcleos de Apoios Técnicos (NATs) nos estados, com a disponibilização de notas técnicas que disponibilizem informações etc. “Os secretários precisam informar aos juízes quando houver incapacidade de cumprir determinada decisão e demonstrar quais são as dificuldades que existem na gestão, porque nós não temos essas informações facilmente disponíveis”, salientou Dresch.

Na visão do juiz do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba Marcos Salles, cada magistrado tem uma visão microindividual do

processo e assim como qualquer profissional de saúde não quer ter em sua consciência a culpa por um óbito. Sendo assim, esclareceu que o Poder Judiciário tem feito grande esforço para focar sua atuação em uma macrovisão do SUS. “Conhecemos pouco as dificuldades de quem administra esse sistema, que é um dos maiores do mundo, e estamos nos empenhando em entendê-lo melhor a partir de uma visão dialogada entre os profissionais envolvidos em todo o processo. Nós devemos atuar em colaboração, até mesmo nesses momentos mais radicalizados”.

O promotor de Justiça de São Paulo Arthur Pinto Filho alertou que a questão da judicialização, quer seja de medicamentos, quer seja de algum atendimento de urgência, não irá diminuir, pois grande parte da população e dos advogados percebeu que essa é uma boa área de atuação, inclusive do ponto de vista comercial. “Isso não é culpa do Judiciário. Os juízes têm pouca ideia do que é o SUS e acreditam que ele é muito pior do que realmente é. Portanto, a tendência é que ele atenda positivamente às demandas que chegam até ele, já que pelo SUS não há possibilidade de resolver o problema”.

Para que a judicialização não inviabilize o sistema, o promotor disse que a ideia do CNJ é contar com o assessoramento de especialistas aos juízes, seja em cada estado ou em polo único, para que eles tenham informações mais precisas em relação aos pedidos de medicamentos ou atendimentos. “Me parece que essa é uma forma de diminuir o gasto da judicialização e dar credibilidade e racionalidade ao sistema que, diante desse patamar de ações, pode ser inviabilizado”, observou.

O defensor público do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios Ramiro Nóbrega Sant’Ana, chamou a atenção para a dificuldade de um defensor público que atua de forma generalista em conhecer os detalhes da política pública de saúde, que é, em sua opinião, baseada em portarias do Ministério da Saúde. “Entender uma Política Pública a partir de portarias e compreendê-las é o principal, mas essa é uma linguagem que nós não aprendemos na faculdade”.

Segundo ele, é preciso respeitar a gestão, a forma como ela é feita e as normas que estruturam o SUS, o que pode ser feito na rea-

Da esquerda para a direita: Arthur Pinto Filho, Marcos Sales, João Gabbardo dos Reis, Arnaldo Hossepian e Renato Dresch



lidade com uma atuação forte extrajudicial. “Nós temos uma atuação forte, judicial. Precisamos ter uma atuação forte, extrajudicial. Isso se dá de forma informal e de forma formal. Informalmente, isso resolve muitos dos problemas”, disse. Citou o exemplo pioneiro de Brasília, com a Câmara de Mediação em Saúde que atua no sentido de evitar ações judiciais e/ou propor soluções para aquelas em trâmite. Nela a Defensoria Pública do Distrito Federal trabalha como mediadora entre as partes envolvidas no conflito, ou seja, o cidadão e a Secretaria de Estado. “Vamos mediar extrajudicialmente sem sequer incomodar o Judiciário ou, em algumas situações, já com o Judiciário como partícipe. Penso que essa é uma diretriz que já foi abraçada pelo CNJ e será levada à frente, mas sem o apoio da Secretaria de Saúde não vamos conseguir avançar nesse sentido”.

Para o presidente do CONASS, secretário de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul João Gabbardo dos Reis, o debate atendeu às expectativas dos secretários estaduais de saúde, uma vez que o diálogo e a possibilidade de negociação são as únicas saídas para os gestores.

Segundo Gabbardo, o principal desafio é conseguir distinguir uma ação judicial justa, em que o Estado deveria efetivamente fornecer determinado medicamento ou determinado procedimento e não o fez por alguma razão, daquela ação considerada como uma solicitação fora da normalidade, a exemplo dos medicamentos que não estão autorizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), procedimentos no exterior que poderiam ser feitos no país, solicitação de medicamentos etc. “Vamos aproveitar muito essa oportunidade de aprofundar esse diálogo com os membros do Judiciário, pois ele é fundamental. Com certeza, a questão da judicialização é um dos maiores problemas que enfrentamos em todas as secretarias e nossos temas prioritários sempre são lide-

rados por essa questão das demandas judiciais”, concluiu.

Opinião dos secretários

O secretário estadual de Saúde de São Paulo, David Uip, declarou que a proximidade com o Conselho Nacional de Justiça é uma alternativa para tratar do problema da judicialização. Segundo ele, o estado de São Paulo já tem trabalhado nesse sentido. Uip explicou que recentemente foi firmado um convênio com a Universidade de São Paulo (USP). Na parceria a instituição emitirá pareceres sobre a eficácia de remédios que a Justiça obrigar o Estado a fornecer, em conformidade com as atuais políticas públicas de saúde e de assistência farmacêutica. “Firmaremos outros convênios com universidades no interior do estado para termos retaguarda daquilo que, à princípio, não temos evidências científicas necessárias. É fundamental termos um fórum técnico de discussão para buscar alternativas que solucionem essas questões”, afirmou.

Já a secretária de Estado da Saúde do Amapá, Renilda Costa, falou sobre a implantação do NAT no âmbito da SES/AP. “Nós tínhamos apenas uma ouvidoria e juntamos a ela esse núcleo técnico que vai atuar como porta de entrada para a solução das demandas de saúde, na busca de evitar a geração de processos judiciais”. De acordo com a secretária já houve a diminuição em 70% do número de novas ações. Só tenho a parabenizar essa ação do CNJ”, disse.

O vice-presidente do CONASS na Região Centro-Oeste, secretário de Estado da Saúde do Goiás, Leonardo Vilela, disse ter obtido avanços importantes na aproximação com o Ministério Público e com a Defensoria Pública, mas admitiu ter dificuldade na aproximação com o Poder Judiciário. “Estamos tendo dificuldade com os juízes e desembargadores, com a utilização do instrumento do

Mandando de Segurança como uma decisão judicial”, alertou.

Vilela ressaltou ser fundamental estabelecer o diálogo com os poderes constituídos a fim de se ter maior racionalidade e eficiência no cumprimento das decisões judiciais e pediu aos membros do judiciário que visitem o estado do Goiás e conversem com o Tribunal de Justiça do Estado, com a Procuradoria Geral na tentativa de ampliar o diálogo com a SES/GO. “Nós queremos ampliar esse diálogo, queremos cumprir as decisões judiciais, mas é complicado. Nós queremos ter a oportunidade de colocar a nossa defesa, de mostrar os transtornos que isso traz para o paciente, para o Sistema Único de Saúde, para o orçamento da Secretaria e para o coletivo como um todo. Peço que o CNJ transmita esse conhecimento para todos os estados para que esses equívocos não prejudiquem o SUS”, finalizou o vice-presidente.

Ricardo Oliveira, secretário de Estado da Saúde do Espírito Santo, sugeriu que seja estabelecido um conjunto de secretários que atuem junto ao Comitê do CNJ para discutir as questões relativas à judicialização da saúde.

“Isso aumenta a iniquidade do sistema. Devemos ter uma proposição concreta e criarmos um grupo de secretários que em interlocução com esse grupo do CNJ, formule mudanças legais que permitam que os juízes não tenham mais que decidir com base nessa legislação posta, gastando um recurso enorme para administrar uma consequência quando, na verdade, temos que resolver a causa”.

De acordo com o secretário de Estado da Saúde do Pará, Vítor Manoel de Jesus, houve diminuição significativa de demandas judiciais após a instalação do Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde (Cirads), que conta com a participação de dez órgãos, incluindo o Tribunal de Justiça do estado. Ele explicou que o comitê conta também com o referencial de grupos de médicos e de outros profissionais que dão subsídios para casos não constem nas notas técnicas.

O secretário disse ainda ser fundamental inserir no debate outros atores do sistema de saúde, a fim de alargar o entendimento sobre o problema. “Os municípios, os prestadores filantrópicos e privados que

Leonardo Vilela (SES/GO) defendeu que haja mais diálogo com os membros do Judiciário



prestam serviço ao SUS e as representações das entidades de classe têm de ser ouvidos. É fundamental ter melhor entendimento entre aquilo que está disposto em dispositivos legais, com a efetiva prática do exercício das atividades e ações que dispomos para atender a população”, concluiu.

Para Fausto Pereira dos Santos, então secretário de Estado da Saúde de Minas Gerais, a principal questão em relação à judicialização é capacidade de interação com o conjunto das instituições que estão envolvidas no processo. “Não existe mágica para resolver esse problema. É só definitivamente a questão do diálogo, das diversas experiências exitosas que podem ser estendidas para o país e adequadas às realidades das regiões. Esse é o caminho a meu ver”. Segundo ele é fundamental aumentar a capacidade de interação para a obtenção de melhores resultados, como por exemplo, a parceria com as universidades e outras instâncias que possam melhorar o processo da base técnica da decisão.

Na opinião do secretário de Estado da Saúde de Roraima, William Pimental, os secretários estaduais de saúde devem aproveitar o momento da reconstrução do país em seus aspectos moral e político para entender que tipo de Sistema Único de Saúde SUS se pretende ter. “Temos que ir para o enfrentamento e usar esse colegiado como instrumento político de transformação. Se não vai haver mais aporte de recurso para se ter essa eficiência então nós temos que repensar na medida do possível o que o Brasil pode oferecer para um Sistema de Saúde”.

Humberto Fonseca, secretário estadual de Saúde do Distrito Federal, afirmou que há uma tendência no Judiciário e nos órgãos de controle pela responsabilização criminal do secretário de saúde. “No Distrito Federal nós temos percebido isso em relação não só contra os secretários, mas também contra os di-



retores de hospital, os superintendentes, os gerentes etc. Todos estão recebendo notificações pessoais em relação às suas ações, isso independentemente de haver demonstração de dolo ou de má fé o que gera um grau de instabilidade tão grande que o gestor tem medo de tomar ações legítimas de gestão que são boas para a população, com receio de ter responsabilização pessoal. Essa tendência é extremamente cruel, porque não só é injusta com a pessoa do gestor, como engessa a gestão”, alertou.

CNJ se reúne com Ministro da Saúde

*Informações da Agência CNJ de notícias e Ministério da Saúde

O ministro da Saúde, Ricardo Barros, recebeu, no dia 3 de junho, Membros do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), para discutir parceria entre os órgãos na implantação em todo o Brasil dos Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NATs).

Barros assegurou apoio à iniciativa e disse ser fundamental diminuir o excesso de burocracia, a fim de dar mais agilidade aos processos, e exaltou a possibilidade de essas demandas serem avaliadas por juízes com o auxílio de pareceres técnicos. ■

David Uip
(SES/SP) em
debate sobre a
judicialização
da saúde

NATs são núcleos formados por especialistas e têm como objetivo subsidiar os magistrados na tomada de decisões nas questões relacionadas ao direito à saúde. Atualmente, existem cerca de 78 NATs distribuídos em 19 dos 27 tribunais.



Arboviroses propostas de enfrentamento

Gestores estaduais de saúde recebem especialistas para dar continuidade ao debate sobre ações de enfrentamento à dengue, zika e chikungunya

Desde o final do século XIX, quando surgiram os primeiros registros da dengue no Brasil, o mosquito *Aedes aegypti* tem sido um desafio para a saúde pública brasileira que, inicialmente lidava apenas com a epidemia de dengue e febre amarela. Agora, décadas depois, o mosquito desponta com um desafio ainda maior ao trazer à tona outras duas doenças sérias – chikungunya e zika – que têm preocupado autoridades sanitárias de todo o país e também do mundo, ao trazerem sérios riscos à saúde da população.

Para auxiliar os gestores estaduais de saúde no enfrentamento do problema, o CONASS realizou debates com pesquisadores e especialistas no assunto. O último ocorreu no dia 23 de março, em Brasília, durante a Assembleia do Conselho. Foram ouvidos o pesquisador titular do Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Fundação Oswaldo Cruz e coordenador do Grupo Temático de Saúde e Ambiente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Marcelo Firpo Sousa Porto; a professora adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco e pesquisadora titular aposentada da Fiocruz, Lia Giraldo; a secretária municipal de saúde de Pedra Branca/CE, Ana Paula Albuquerque Vieira; e o coordenador do Setor de Endemias da Secretaria Municipal de Saúde de Pedra Branca, Donizete Alves.

Na opinião do coordenador do Grupo Temático de Saúde e Ambiente da Abrasco, Marcelo Firpo Sousa Porto, além de outras questões naturalmente importantes que são discutidas sobre o tema, é fundamental debater sobre um modelo mais centrado não apenas no combate ao mosquito, mas colocado em termos mais equilibrados com as questões ambientais e na organização da sociedade, centrado na eliminação de criadouros. “Espero que esse problema contribua para recolocar no centro do debate da saúde coletiva, dos secretários estaduais e municipais de saúde e do conjunto da sociedade o

tema do saneamento básico – um tema absolutamente caro para a Abrasco e para a saúde coletiva – que é o tema das desigualdades sociais ou, como nós preferimos, socioambientais e suas implicações para a saúde e para as estratégias de promoção de saúde”, disse.

Firpo explicou que foi criado, pelo Grupo Temático de Saúde e Ambiente da Abrasco um fórum de diálogos sobre a epidemia do zika vírus e outras arboviroses, com amplo conjunto de notas técnicas, documentos e entrevistas, que têm pautado o debate acadêmico e o debate sobre políticas públicas em torno dessa questão. Ele considerou que não se deve tratar a questão somente com o foco das doenças transmissíveis, do *Aedes*, do controle vetorial ou especificamente da microcefalia, pois não são problemas isolados. “São temas graves, mas o que está por trás da nossa trajetória e da nossa abordagem diz respeito a uma preocupação crescente da saúde pública com a crise ecológica e socioambiental planetária”, destacando que as bases dos ecossistemas e dos sistemas ambientais, fundamentais para a reprodução e continuidade da vida humana e não humana no planeta, estão sendo ameaçadas.

Outro aspecto relevante a ser discutido, segundo o pesquisador, diz respeito à poluição química, já que não existem fronteiras para a poluição, especialmente quando associada às mudanças climáticas. “É consenso crescente que a sociedade precisará fazer uma transição do modelo de uso de combustíveis fósseis e, mais do que isso, é preciso redirecionar o modelo de desenvolvimento, de produção, de consumo, de base tecnológica e de economia, tendo isso como desafio para as futuras gerações, já que a base dessa tragédia é o modelo econômico baseado no crescimento contínuo e na extração contínua de recursos naturais”, alertou.

Crise irá se agravar

Ainda de acordo com o coordenador do grupo temático, a crise socioambiental que já

vem se agravando nos últimos 50 anos deve piorar de maneira mais intensa no Brasil.

Para Firpo, o modelo de desenvolvimento brasileiro é centrado na produção, extração e exportação de *commodities* metálicas e rurais, baseadas em processos degradantes e geradores de conflitos socioambientais. “Nós consideramos que é fundamental difundir o princípio da precaução, diante da crise socioambiental planetária que se intensifica em várias regiões.”

Ele explicou que a preocupação, em linhas gerais, é um princípio de base moral, política, regulatória e também epistemológica relacionada à base do conhecimento. Segundo ele, quando há incertezas científicas e um possível dano irreversível, uma medida de cautela deve ser levada em consideração, bem como a preferência por alternativas mais seguras sustentáveis. “Uma implicação importante do ponto de vista da regulação dos riscos e da saúde pública já vem sendo debatida nos últimos 20 anos, mas, de tempos em tempos, a gente precisa intensificar esse debate”, observou.

Para Firpo, uma discussão que está por trás do modelo de combate ao *Aedes aegypti* diz respeito aos conflitos ambientais como problemas de saúde pública: o uso de agrotóxicos. O Brasil é, desde 2008, o maior consumidor de agrotóxicos do mundo, com perspectivas de aumento de seu uso por hectare. Isso seria explicado pelo modelo de agricultura industrial, economicamente importante para as divisas públicas e para setores importantes da economia brasileira. Ele lembrou o envolvimento da Abrasco na produção de conhecimento científico, e algumas iniciativas, como a publicação “Dossiê Abrasco – Os impactos dos Agrotóxicos na Saúde”, a criação de um fórum nacional de combate aos impactos dos agrotóxicos e destacou que o uso desses produtos onera o Sistema Único de Saúde (SUS), pois parcela dessa população exposta será

acometida com as intoxicações agudas, bem como problemas crônicos e câncer advindos do uso dessas substâncias. “Mas o que isso tem a ver com o nosso drama da microcefalia, do zika vírus e de outras doenças que envolvem o *Aedes* como vetor?”, indagou.

Para ele, a resposta está na crítica contundente a um modelo que pode e deve ser transformado, apesar de ser um problema complexo. “Essa questão não pode ser enfrentada com abordagens restritas, mas essa é uma grande oportunidade para trazermos à pauta uma agenda positiva de transformação que é cara à saúde coletiva: o saneamento básico, as desigualdades sociais e de saúde, a reforma urbana, o tema do lixo, do acesso à água de qualidade e, também, a ineficácia radical de 30 anos desse modelo de combate ao *Aedes*, porque, quanto mais veneno, mais resistência e mais se gasta com isso”, analisou.

Segundo ele, a falta de informação e de alternativas claras colocadas na mesa não permite perceber que existe um interesse da indústria de agrotóxicos. “Não estou dizendo que o SUS está de acordo com isso, mas nesse contexto está implícita enorme defensiva em relação à crítica aos alimentos contaminados e à contaminação dos monocultivos e do agronegócio que é químico-dependente. Esse setor tem atuado nessa discussão, fazendo uma propaganda a respeito da eficácia e da importância do uso de inseticidas no combate ao zika. Essa situação é tão importante que tem sido divulgada em certos meios da imprensa ou vem sendo usada para defender uma causa oportunista e ideias retrógradas”, advertiu

Firpo disse que, na visão da Abrasco, há outras opções ao uso do inseticida Malathion – substância já classificada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como provavelmente cancerígena –, que tem sido utilizado amplamente em espaços públicos diante de pessoas vulneráveis, crianças, idosos, ou ao



Acesse aqui a
publicação
goo.gl/VsAVfi





Assembleia do CONASS recebe especialistas para debater propostas de enfrentamento à dengue, zika e chikungunya

uso de substâncias perigosas em água potável sem discutir o critério de potabilidade que está em jogo.

O pesquisador citou ainda proposta que tramita no Congresso Nacional que prevê a pulverização aérea em áreas urbanas com concentração do mosquito *Aedes*, defendida por parte da bancada ruralista e sindicato de produtores, pilotos etc., e mencionou o problema trabalhista, social e de saúde dos trabalhadores da saúde que diz respeito à longa história de contaminação dos profissionais responsáveis pelo uso dessas substâncias.

O CONASS e o Conasems, preocupados com a proposta manifestaram-se publicamente em nota conjunta ([leia o link ao lado](#)).

Ele citou o exemplo de uma experiência em Cuba, onde profissionais da saúde pública daquele país deram orientação a partir de abordagem ecossistêmica. Na ocasião, a população cubana utilizava-se de um ritual no qual acumulavam o que chamavam de “água espiritual” e que gerava criadouros de larvas

do mosquito. Sendo assim, a partir da abordagem com os profissionais de saúde, foi feito um trabalho exitoso de conscientização junto a lideranças religiosas, a fim de que a população mudasse a forma como acumulava aquela água, de forma a evitar a possibilidade de ser um criadouro. Para o pesquisador, esse é um exemplo de educação popular que deve ser divulgado, pois existem opções radicalmente eficientes, não só de proteção à saúde, mas de cidadania e de empoderamento. Ele observou ainda que “a saúde não é apenas um direito social, mas também um direito à participação”.

Por fim, afirmou que existem várias opções, mas fez questão de ressaltar a importância de trazer o tema do saneamento básico a esse debate. “Nós consideramos um erro não trazer esse tema para o debate sem perder de vista o combate emergencial e ações emergenciais. Sem isso estaremos perdendo a chance de fazer um trabalho de educação popular, participativa e comunitária mais avançado”, concluiu.





Incertezas e controvérsias

Foram estas as palavras usadas pela pesquisadora Lia Giraldo para descrever o atual momento vivido pela saúde pública brasileira: “De fato, quero me solidarizar com os gestores de saúde porque a crise sanitária que a gente tem enfrentado – e essa em particular – exige muita coragem para fazer os enfrentamentos, não é?”. Em seguida, citou o trecho de uma entrevista do sanitarista Sérgio Arouca, quando, em 2002, o Rio de Janeiro passava por uma epidemia de dengue. Arouca disse: “a saúde pública exige um trabalho permanente. Os governantes não acreditam quando falamos em medicina preventiva.

Esse tipo de ação não dá *status* e muito menos atrai negócios”.

Para ela, a fala do sanitarista demonstra que essas ações só surgem quando a epidemia já está implantada e fazendo várias vítimas. “Parece que isso se desloca no tempo e se adequa perfeitamente ao que a gente está recentemente vivendo em relação à questão das arboviroses, especialmente com os efeitos decorrentes da infecção do zika vírus” disse.

Giraldo chamou a atenção para ações que classificou como fundamentais, mas que não foram feitas, quando em 2015 dois novos vírus entraram em circulação, em um contexto de outra arbovirose sem controle que é a

dengue. “Em termos de vigilância não podemos deixar de estar atentos. Diante de qualquer evento inusitado em termos de doenças transmissíveis principalmente, temos de acompanhar o quadro epidemiológico, mas o que foi feito em relação à entrada dessas duas novas viroses? Tratou-se como dengue branda”, provocou.

Para ela é inaceitável que dois vírus aos quais ainda não havia conhecimento sobre o comportamento epidemiológico fossem tratados de tal maneira.

Outras ações importantes e que, segundo ela, também foram negligenciadas foram a avaliação do impacto da doença em estudos prospectivos, bem como a identificação dos padrões de transmissão, incluindo estudos de competência vetorial. “Na nossa nota técnica já sabíamos que não havia sido realizado estudo de competência vetorial em relação ao vírus Zika. Não se sabia qual era a competência do *Aedes* em transmiti-lo”.

Além dessas ações, a pesquisadora disse ser necessário fazer o enfrentamento do problema com medidas adequadas e não repetir o que já vem sendo feito sem êxito.

Lia Giraldo ressaltou ainda que “a falta de informação acerca dos gastos do Sistema de Saúde para o controle vetorial, realizados há 30 anos sem que haja, de fato, efetividade”.

Sobre o uso de larvicidas, declarou que, “desde 1994, já era pública a utilização do larvicida Temephós em água no Nordeste, com concentração acima da preconizada.” Esse erro, segundo ela, permanece até hoje, já que o cálculo é feito pelo volume físico do recipiente e não pela quantidade da água dentro dele. Para a pesquisadora, em avaliação realizada aos 10 anos de controle de Dengue, já havia sido demonstrada sua ineficácia.

Giraldo lembrou que, nos anos de 1998 e 2000, já havia estudos que comprovavam a resistência do *Aedes aegypti* ao Temephós e,

ainda assim, a substância continuava sendo usada, envenenando as pessoas e mantendo o mosquito absolutamente resistente. “Também esses estudos não foram levados em consideração. Então temos uma série de pesquisas científicas que comprovam a ineficiência dessa estratégia e mostram o potencial carcinogênico de muitas dessas substâncias utilizadas no controle do mosquito.”

Sobre a aplicação do Malathion, a pesquisadora alertou: “é um produto potencialmente cancerígeno, mas ainda assim nunca se fez análise de risco sobre efeitos neurológicos e de sua neurotoxicidade”.

Criticou o modelo por ela chamado de “mosquitocêntrico”. “Desculpem falar assim, mas não posso deixar de observar a linguagem dos gestores. Se olharmos o discurso em torno do mosquito nesses 30 anos, o enfoque é sempre no mosquito com slogans que dizem que o mosquito é o inimigo, que um país não pode ser derrotado por um mosquito etc. Enfim, esse é um modelo de verticalidade com uma passividade da população em face do modelo, e velhos e novos discursos. É sobre isso que a gente quer chamar a atenção”, refletiu.



Para ela, é imediata a necessidade de revisão do modelo de controle vetorial, pois essa é oportunidade a ser aproveitada no cenário trágico que se apresenta. A pesquisadora afirmou ser essa a proposição da Abrasco: mudar o eixo e tirar o foco do mosquito para agir nas condições que propiciam os criadouros, para que daqui a 30 anos a história não se repita.

Em sua opinião é preciso reverter todo recurso utilizado em insumos químicos em ações de promoção e proteção da saúde, especialmente, na qualificação da Atenção Primária à Saúde e nas vigilâncias. Medidas essas que, segundo ela, envolveriam profundamente a população e seriam mais eficazes, uma vez que focar apenas em eliminar o mosquito, há 30 anos, não tem sido suficiente.

Giraldo concluiu afirmando ser necessário parar com o uso de venenos e, principalmente ter cuidado com as novas tecnologias que novamente colocam o mosquito como o centro da questão, como nos casos dos mosquitos difusores de veneno, transgênicos e/ou infectados, pois essas estratégias são apenas variação do mesmo modelo já aplicado. “Nós não perdemos a guerra. Somos seres inteligentes e vamos vencer esse desafio com competência e soberania. O Brasil é um país continental, é um país que tem ecossistemas muito diferentes e não podemos ter uma receita única para todo o país no enfrentamento dessas endemias.”

Experiência de Pedra Branca, interior do Ceará

A Secretária Municipal de Saúde de Pedra Branca, município distante cerca de 300 km de Fortaleza/CE, Ana Paula Albuquerque Vieira, falou sobre a experiência exitosa da Secretaria Municipal de Saúde no enfrentamento do problema. Em reforço

ao que disse a pesquisadora Lia Giraldo, ela destacou o papel fundamental da eliminação de criadouros e não apenas no foco ao mosquito. “Com a experiência que vamos apresentar, vocês verão que o que realmente queremos é eliminar os criadouros. É prevenir. Não podemos admitir uma situação com nossas gestantes preocupadas se seus bebês terão ou não microcefalia. É nossa responsabilidade a forma como estamos tratando a saúde no nosso município e no nosso estado”, exclamou.

Em seguida, a secretária passou a palavra para o coordenador do Setor de Endemias da SMS, Donizete Alves, que detalhou as ações sobre o controle do *Aedes aegypti* no município de Pedra Branca.

Donizete explicou que, em 2001, a cidade estava em uma situação caótica com índice altíssimo de infestação por dengue. “Há 15 anos tínhamos na nossa cidade 236 casos de dengue clássica e quatro casos de dengue hemorrágica resultando em um óbito. A partir daí desenvolvemos o projeto chamado ‘Dengue, uma intervenção com controle integrado’”.

Ele explicou que Pedra Branca desenvolve as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, realizando, porém, não só seis ciclos anuais (um a cada dois meses) de visitas dos agentes de endemias aos imóveis da cidade. Em Pedra Branca estabeleceu-se desde 2001 a realização de dez ciclos, com aumento para 11 ciclos anuais desde 2015.

Sobre as estratégias utilizadas no combate e controle de dengue, chikungunya e zika em Pedra Branca, ele explicou que elas foram inspiradas em medidas adotadas pelo médico sanitário Osvaldo Cruz, ainda no início do século XX. A principal, delas de acordo com Donizete, consiste no tratamento biológico com o fechamento sistemático das caixas d’água, cisternas, tambores, tanques, potes etc., e também a utilização de um peixe por



eles chamado de “piaba rabo de fogo”. A piaba, segundo ele, é um peixe larvófago de superfície, fácil de se encontrar, com custo muito baixo e eficaz, pois come entre 150 e 250 larvas por dia. “Pedra Branca hoje está de parabéns devido a esse grande carro-chefe que é o tratamento biológico.”

Outra ação importante por ele mencionada é a realização do monitoramento ambiental, com a limpeza de terrenos baldios e recolhimento de potenciais criadouros do *Aedes aegypti*.

Ele explicou algumas ações como a distribuição de ovitrampas que funcionam como armadilhas para o mosquito e também o telamento de caixas d’água com gesso ao redor.

O trabalho de laboratório com a leitura imediata das lâminas colhidas nas ovitrampas, de maneira a agilizar a intervenção também

foi destacada pelo coordenador. “Antes nós mandávamos o material para as regionais que demoravam até três semanas para dar o resultado. Nesse período, o mosquito já estava voando por aí. Agora, a gente recolhe, traz para o laboratório, examina e dentro de 30 minutos já sabemos onde ir atrás do *Aedes aegypti*. É uma coisa real para não dar oportunidade do mosquito voar”, explicou.

Donizete Alves também ressaltou a importância da educação em saúde, com ações pontuais nas rádios, escolas, com distribuição de material educativo etc. “Os agentes comunitários de saúde estão engajados nessa briga. Tudo isso, vem fazendo com que a gente minimize cada vez mais o vetor na nossa cidade”, concluiu. ■

Ovitrampas são armadilhas que consistem em um balde preto (cor que atrai o mosquito), onde se coloca uma paleta. Semanalmente é feita a coleta, o que permite o monitoramento de eventual existência de ovos do mosquito.

CONASS Debate

Uma agenda de eficiência para o SUS

TATIANA ROSA

Reunidos em Brasília, gestores debatem soluções para problemas pontuais que o Sistema Único de Saúde enfrenta nesse momento de crise

Com o objetivo de contextualizar as secretarias sobre temas relacionados a uma agenda de eficiência para o Sistema Único de Saúde (SUS), com foco no financiamento, no modelo de gestão e no modelo da Atenção Primária à Saúde (APS), a partir de conceitos de conteúdos técnicos e de experiências exitosas, o CONASS realizou, nos dias 26 e 27 de abril, em Brasília, o Seminário CONASS Debate: uma agenda de eficiência para o SUS.

Na abertura do evento, o então vice-presidente do CONASS na região Sudeste, Fausto Pereira dos Santos, enfatizou a importância do debate, segundo ele contemporâneo, dado o momento de crise enfrentado pelo Brasil, pelos estados e municípios e pela gestão do SUS como um todo. Pereira classificou o caráter interfederativo do sistema como um desafio complexo. “A saúde é o maior desafio como política pública, pois é a mais federativa de todas, com um desenho federativo indissolúvel do êxito. Não se constrói o SUS em cada um dos entes, é necessária a participação de todos o que torna o desafio da gestão do SUS ainda

mais complexo diante dessa crise econômica e política que o país atravessa”, observou.

Financiamento – uma necessidade para o cumprimento dos princípios constitucionais do SUS

Primeiro ponto de discussão do encontro, o financiamento da saúde é hoje preocupação permanente dos gestores estaduais e municipais de saúde, que cada vez mais sofrem com a falta dos recursos necessários para atender às demandas da população e se veem obrigados a fazer mais com menos.

Fato comprovado é que o governo federal tem diminuído proporcionalmente os gastos em saúde, enquanto estados e municípios têm aumentado as suas participações.

A assessora técnica do CONASS Viviane Rocha de Luiz apresentou dados que comprovam essa diminuição. De acordo com ela, em 2000, o gasto federal em saúde foi de 60%, enquanto estados e municípios gastaram 18,5 e 21,5%, respectivamente. Já em 2015, os gastos



Financiamento, gestão de recursos e gestão da clínica no SUS foram os temas do Seminário CONASS Debate - uma agenda de eficiência para o SUS

da União foram de 43,21%, e estados e municípios gastaram 25,91% e 30,88%, respectivamente. “Os recursos atualmente destinados à saúde no Brasil mostram-se inferiores aos despendidos em outros países que adotam sistemas semelhantes. Além disso, a preponderância dos gastos privados não se mostra condizente com o modelo público universal idealizado para o SUS”, alertou.

Vários cenários que agravaram o problema do subfinanciamento da saúde foram apontados pela assessora, como a aprovação da Emenda Constitucional (EC) n. 29 que, segundo ela, apesar de ter definido critérios importantes, não alocou efetivamente mais recursos para a saúde, a não aprovação do Projeto de Lei Saúde + 10, que prevê a destinação de 10% das Receita Corrente Bruta da União para a saúde e, mais recentemente a promulgação da EC n. 86, que torna obrigatória a execução da programação orçamentária relativa a emendas parlamentares. “A regra prevista nesta emenda implica menos R\$ 6,7 bilhões neste ano de 2016, no montante de recursos em ações e serviços

públicos de saúde. Esse valor, na regra anterior seria alcançado, ou seja, nós teríamos um valor maior a ser gasto com recurso público de saúde pela União”, advertiu a assessora.

Diante do quadro de desfinanciamento crônico, o CONASS, juntamente com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), mobilizou-se na tentativa de conseguir mais recursos para o SUS e divulgou carta de apoio à PEC n. 01-A/2015 que aloca mais recursos do governo federal para a saúde e que, recentemente, foi aprovada em primeiro turno na Câmara dos Deputados. “Apesar de isso significar um avanço, outra proposta tem nos trazido preocupação”, ponderou Viviane Rocha ao citar a aprovação em primeiro turno no Senado Federal da PEC n. 143/2015 que trata da desvinculação de 25% da arrecadação da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (DRU). “Essa proposta retira recursos da saúde porque diminui nossa base de cálculo”, disse ela.

Para a assessora técnica, há necessidade premente de aumentar os gastos públicos em

A PEC n. 01-A/2015 que altera o art. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre o valor mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde, de forma escalonada em cinco exercícios: 15%, 16%, 17%, 18% e 18,7% das receitas correntes líquidas. Confira na íntegra o documento de apoio à proposta goo.gl/hb1xVG



Saúde no Brasil, a luta por novo pacto federativo, uma reforma tributária mais justa, o fortalecimento do Movimento em Defesa do SUS (Saúde + 10) e também a definição sobre o critério de rateio dos recursos da União, conforme previsto no artigo 17 da Lei Complementar (LC) n. 141/2012 e a forma de transferência dos recursos do Fundo Nacional de Saúde.

Viviane Rocha falou também sobre a importância do aumento de recursos no orçamento do Ministério da Saúde e a melhoria da eficiência da gestão do gasto. “O Brasil precisa reafirmar os seus compromissos com os princípios constitucionais do SUS e, principalmente, precisamos perseguir sempre o ideal de que o SUS seja de fato uma Política de Estado e não uma política de governo”, finalizou.

Revisão da Portaria GM n. 204/2007

O coordenador técnico da Secretaria Executiva do CONASS, René Santos, falou sobre necessidade apontada pelos secretários estaduais de saúde de revisão da Portaria GM n. 204/2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para

as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento a fim de adequá-la à legislação e às necessidades atuais.

Ele explicou que o objetivo do Conselho é construir coletivamente uma proposta que garanta mais eficiência aos recursos existentes, já que diante das crises econômica, política e fiscal que o país atravessa não haverá recursos adicionais para a saúde. “Nós entendemos que, para discutirmos outras áreas da nossa agenda de eficiência, é fundamental termos um olhar sobre a questão do financiamento e sobre como utilizar melhor os recursos já existentes”.

Santos enumerou diversos problemas em relação à portaria em questão e disse que ela leva a distorções relativas à escassez geral dos recursos, dificulta o remanejamento entre as “contas” do fundo de saúde e não contribui para a superação da outra crise que incide no SUS: a de a gestão melhorar a eficiência do sistema.

Além disso mencionou que a interpretação dada por órgãos de controle sobre a norma tem trazido problemas para os gestores quando da utilização dos recursos.

.....
Necessidade de revisão da Portaria GM n. 204/2007 foi tema da apresentação do coordenador técnico do CONASS, René Santos





Viviane
Rocha de Luiz
(CONASS),
Leonardo Vilela
(SES/GO) e
René Santos
(CONASS)

O coordenador explicou que a revisão da portaria deve levar em consideração a disposição sobre a forma de financiamento na modalidade de transferência fundo a fundo como determina a LC n. 141/2012, o financiamento por meio de menos blocos de agregação; a composição desses blocos; a busca incessante da desfragmentação; os limites e possibilidade de remanejamento entre os componentes de bloco, e até entre blocos e as disposições sobre transparência, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle dos recursos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

Como proposta apresentou aos secretários duas alternativas. A primeira prevê que a utilização dos recursos federais repassados seja feita a partir dos respectivos planos de saúde e conforme as previsões orçamentárias locais, à exceção dos repasses de capital. A segunda consiste na proposta de que a utilização dos recursos federais repassados seja feita conforme os blocos, podendo ser realizados remanejamentos entre componentes e os blocos observados os respectivos planos de saúde e a execução das ações e serviços de cada bloco. “A Portaria GM n. 204/2007 teve seu papel e foi um avanço, isso é inegável. No

entanto, ela não superou vários de seus problemas. Nosso principal desafio é implantar a LC n. 141/2012 que define o critério de rateio, repassa os recursos para os gestores que têm a obrigação de gastá-los de acordo com os seus planos, além claro de prever todo o processo de transparência por meio dos órgãos de controle interno e externo”, esclareceu Santos.

“Essa possibilidade é a que mais nos agrada, pois garante que a gestão plena deixe de ser só um nome de condição estabelecida em norma e passe a ser uma realidade em relação ao papel do gestor”.

Sobre a segunda alternativa ele explicou que ela trata da capacidade de remanejamento a fim de superar a crise dando mais eficiência à quantidade e à qualidade do gasto “permitindo fazermos outros avanços como na gestão de recursos e na gestão da clínica”, concluiu o coordenador.

O secretário de Estado da Saúde do Goiás e vice-presidente do CONASS na Região Centro-Oeste, Leonardo Vilela, coordenou a mesa que discutiu o financiamento da saúde e reforçou a necessidade iminente de revisão da Portaria GM n. 204/2007 a qual classificou como anacrônica. “Essa portaria tem prejudicado a saúde pública brasileira, pois compli-

ca o trabalho do gestor de saúde que dispense energia, tempo, serviço e pessoas qualificadas para destrinchar o que pode ou não ser feito. Além disso os órgãos fiscalizadores não a compreendem e trazem transtornos seríssimos para o gestor, sem resultados práticos nenhum. Onde fica a gestão plena do SUS?“, refletiu Vilela.

Por fim, disse ser inconcebível estabelecer uma regra única para todos os estados, pois cada um vive realidades diferentes. “Isso mostra que não podemos mais ficar presos a essa norma, sem contar o absurdo de deixarmos de executar determinadas ações porque os recursos não podem ser destinados a outras finalidades senão aquelas já previstas”.

Gestão de Recursos no SUS

Para aprofundar o tema do financiamento, a segunda mesa do seminário, coordenada pelo então secretário de Estado da Saúde de Minas Gerais, Fausto Pereira dos Santos, trouxe para discussão a gestão de recursos no SUS.

A assessora técnica do CONASS, Ana Paula Soter, destacou a relevância da gestão de recursos no SUS considerada como uma atividade meio cujo fim é garantir atenção integral à saúde da população, por meio de ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação, fortalecendo o sistema.

Ela mencionou o caráter da Administração Pública de ordenação, direção e controle dos serviços do governo, nas esferas federal, estadual e municipal, segundo os preceitos do direito e da moral e visando ao bem comum e observou que ela representa os meios que dispõem os governos para executar suas políticas, no caso em questão, o SUS.

A compatibilização dos instrumentos de planejamento do sistema com as normas, leis e com os instrumentos legais de planejamento dos governos é, segundo a assessora, um grande desafio nos três níveis de gestão do SUS.

Ana Paula falou também sobre a dificuldade dos gestores em relação à gestão orçamentária e financeira. “Quanto menos nos apropriamos dessa linguagem orçamen-

Ana Paula Soter,
Fausto Pereira
dos Santos e
Francisco Ivan
Rodrigues
Mendes Júnior
.....



tária, mais os secretários de Fazenda têm completo domínio sobre o que é orçamento e como executá-lo. Por isso é fundamental que nos apropriemos desses conceitos para fazermos uma boa execução orçamentária e financeira”.

Para a assessora há duas escolhas que as secretarias estaduais de saúde podem fazer em relação a como fazer gestão de seus recursos. A primeira delas consiste em desconcentrar essas atividades no sentido de passar para estruturas também de administração direta algumas responsabilidades. “Na maioria das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) há as gerências regionais às quais são atribuídas responsabilidades”, exemplificou.

A outra escolha diz respeito à descentralização, onde, segundo explicou, o gestor pode buscar estruturas públicas e/ou privadas da administração indireta com CNPJ diferentes, para fazer parcerias com o estado, desenvolvendo um conjunto de atividades. “Nesse caso são pessoas jurídicas diferentes que vão se juntar por interesse comum para desenvolver uma parceria e aí temos um conjunto de alternativas como as autarquias, fundação pública, fundação estatal de direito privado, institutos, empresas, organizações sociais, paraestatais, consórcios etc. Essas são possibilidades que representam a busca constante dos gestores em melhorar nossa capacidade de atuar e efetivamente garantir uma melhora saúde para nossa população”, finalizou.

Consórcios Públicos de Saúde no Ceará

Para exemplificar algumas das possibilidades de gestão de recursos no SUS, o coordenador de Políticas e Atenção à Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (SES/CE), Francisco Ivan Rodrigues Mendes Júnior, apresentou a experiência de implantação dos consórcios públicos de saúde no estado.

Dividido em cinco macrorregiões, o Ceará possui 22 regiões de saúde. Em 2007 o



.....
Ana Paula Soter falou sobre a gestão de recursos no SUS

governo do estado entendeu que era necessário fortalece-las a partir da reestruturação da Rede de Atenção. “Foi desenvolvido então um projeto de expansão da atenção especializada do Ceará no qual previu-se a construção de dois hospitais macrorregionais e a implantação de 22 Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) regionais e 22 policlínicas regionais”, explicou Mendes.

Segundo ele, iniciou-se uma série de discussões para identificar qual modelo de gestão seria mais adequado para atender os objetivos planejados, optando-se então pela gestão pública de consórcios. “Para a implantação desses consórcios, fizemos vários debates em nível das regiões de saúde, porque além do convencimento dos componentes da gestão estadual, nós precisávamos também apresentar e defender a proposta para outros gestores municipais”, esclareceu.

Mendes explicou os pontos cruciais para o convencimento dos profissionais como a melhoria do acesso aos serviços de saúde de maior complexidade, com a ampliação da oferta com maior resolubilidade e qualidade, a redução dos custos operacionais, a eficiência e a eficácia na aplicação dos recursos financeiros



Francisco Júnior apresentou a experiência do Ceará com os consórcios públicos de saúde

ros, a obtenção de ganho de escala na compra de medicamentos, equipamentos e material de consumo, o compartilhamento de recursos, equipamentos, pessoal, prestação de serviços e outros, dentro da região de saúde, o fortalecimento das instâncias locais e regionais e o processo de descentralização, formando vínculos de cooperação e de gestão compartilhada e, a integração de diferentes realidades locais, preservando suas peculiaridades, na busca da solução de problemas comuns.

Sobre os custos, Mendes explicou que o rateio é compartilhado e definido no gabinete do governador com os gestores dos municípios da região de saúde. O governo do Estado participa dos consórcios em todas as regiões de saúde e entra com, no mínimo, 40% do custeio de cada policlínica e CEOs. Já os custos restantes são rateados entre os municípios, com a participação da União, no caso dos CEOs.

O coordenador também chamou a atenção para algumas recomendações importantes para os gestores dos consórcios, principalmente no que diz respeito à prestação de contas. Segundo ele é preciso encaminhar prestações de contas mensais ao Tribunal de Contas dos Municípios do Ceará (TCM/CE)

através do Sistema de Informações Municipais (SIM); encaminhar à Regional de Saúde as Prestações de Contas na forma exigida pela SES/CE; prover o registro e elaboração das Prestações de Contas Mensais e do Controle Interno no mesmo formato exigido dos Municípios e seus órgãos em consonância e conformidade com a Legislação de Contabilidade Pública e Direito Financeiro vigente aplicável aos Municípios; apresentar Prestação de Contas Periódica perante à Assembleia Geral do Consórcio; prestar Contas através de Portal da Transparência de acordo com a Lei da Transparência, entre outras. “Essas medidas podem parecer um excesso, mas foi a forma que encontramos para que esses gestores tenham a segurança de executar o que o próprio governo estava buscando”, concluiu Mendes.

Para o coordenador da mesa, Fausto Pereira do Santos, a gestão de recursos no SUS requer atenção já que muitas vezes envolve grandes territórios com logísticas complexas. Outro ponto por ele levantado diz respeito à quantidade de regras que o gestor do SUS está submetido. Ele citou o exemplo do que acontece com os recursos federais que, ao serem internalizados no orçamento estadual, se submetem também às regras estaduais. “Nós não somos autônomos na definição dessas normas. Para usarmos os recursos federais nós usamos as regras federais somadas a todas as regras estaduais o que torna o processo complexo e por vezes, temos regras que não são exequíveis”, salientou.

O então secretário de Saúde de Minas Gerais observou que todas as alternativas criadas em relação com às organizações sociais, aos consórcios públicos de direito privado e outras possibilidades de gestão estão esbarrando no marco legal da administração pública brasileira. “Parece que temos de usar mão dessas alternativas para melhorar nosso processo de gestão, mas também temos de in-

sistir na necessidade de revisão do marco legal da administração pública brasileira. Fica aí um desafio”, conclui Santos.

Gestão da Clínica no SUS

A importância da gestão da clínica em uma agenda de eficiência foi abordada pelo especialista em Planejamento de Sistema de Saúde, Eugênio Vilaça Mendes, no segundo dia do seminário. O debate acerca da questão foi mediado pelo secretário de Estado da Saúde do Pará e vice-presidente do CONASS na Região Norte, Vítor Manuel de Jesus, e contou também com a participação da assessora técnica do CONASS, Maria José Evangelista.

Vilaça salientou que o momento de crise impõe uma reflexão sobre como aumentar a eficiência do SUS e destacou que isso implica em mudanças no modelo de gestão. Para ele um movimento de base capaz de promover essa mudança consiste em sair do modelo de gestão de oferta praticado atualmente e que é baseado em um sistema que atende indivíduos através de programação por parâmetro de oferta, para um movimento de gestão de base populacional em que a população esteja vin-

culada a uma equipe de Atenção Primária à Saúde (APS). “Se não organizarmos a APS não teremos nem eficiência no SUS nem gestão da clínica eficiente”, enfatizou.

A outra possibilidade incide no equilíbrio entre gestão de recursos e gestão da clínica, uma vez que, no SUS, a gestão ainda é praticada ancorada fortemente em gestão de recursos e com pouca ênfase no mais relevante em relação à eficiência que é a gestão da clínica. “Existem evidências de que o resultado ótimo é obtido quando se combinam esses dois tipos de ações. As ações de gestão da clínica contribuem mais para a eficiência dos sistemas de atenção à saúde do que as ações no campo da gestão dos recursos”.

As razões para a implantação da gestão da clínica na visão do especialista vão desde a singularidade das organizações de saúde, passando pelo aumento incontrolado dos gastos em saúde, até o paradoxo da tecnologia médica. “As organizações de saúde são muito singulares. Economicamente a saúde também é singular, pois é uma das poucas organizações em que a oferta gera demanda e isso se dá pelo desequilíbrio de informação entre o usuário e o prestador”.



Da esquerda para a direita: Eugênio Vilaça, Vítor Manuel de Jesus (SES/PA) e Maria José Evangelista debateram a gestão da clínica no SUS



.....
 Para Eugênio Vilaça é preciso refletir sobre como aumentar a eficiência do SUS

Sobre o paradoxo da tecnologia médica, Vilaça reforçou ser fundamental controlá-la para se obter sucesso no uso dos recursos e na eficiência do sistema, pois apesar de os avanços na ciência e tecnologia terem melhorado a habilidade dos sistemas de atenção à saúde em diagnosticar e tratar as condições de saúde, o alto volume das tecnologias desenvolvidas supera a capacidade dos sistemas em aplicá-las de forma racional. “A tecnologia médica é importante, funciona e deve ser utilizada. Por outro lado, há a incapacidade dado o incremento exponencial dessas tecnologias de nós as controlarmos eficientemente”.

Ele explicou que as formas de controle da tecnologia médica são basicamente duas: a

gestão da clínica e a avaliação econômica, especialmente nas técnicas de custo efetividade e de custo eficiência das tecnologias.

E exemplificou casos no SUS que demonstram descontrole na incorporação e utilização das tecnologias médicas, como o problema da judicialização em saúde que incide na incorporação de tecnologias sem base em evidência e no uso excessivo de tecnologias já incorporadas também sem base em evidência. Em função disso surge a propostas de gestão da clínica, que consiste em um conjunto de tecnologias de microgestão do cuidado, destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade, centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas;

segura, que não cause danos às pessoas e aos profissionais de saúde.

Como sugestão para os secretários estaduais de saúde, Eugênio Vilaça apontou duas possibilidades. A primeira, no campo da elaboração de diretrizes baseadas em evidências relativa às redes de Atenção à Saúde prioritárias. “A diretriz clínica para aplicação em rede é um pouco diferente das diretrizes clínicas que nós encontramos nas sociedades científicas porque ela vai ter necessariamente os parâmetros assistenciais que complementam o modo de fazer a clínica, que são aqueles parâmetros que vão nos permitir sair da gestão de oferta para uma gestão de base populacional. Então, esse é um quesito muito importante isso”.

Já a segunda opção diz respeito à elaboração de protocolos clínicos baseados em evidência relativos a procedimentos de alta incidência de filas. “Se há uma fila é preciso reconhecê-la e a partir daí, elaborar um protocolo clínico que atue sobre ela de forma racional no sentido de diminuí-la”, concluiu Vilaça.

Planificação da Atenção Primária à Saúde – um instrumento de gestão e organização da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde

A assessora técnica do CONASSS, Maria José Evangelista, explicou que, desde 2003, a partir da construção de consensos entre os secretários estaduais à época, o CONASS decidiu que a Atenção Primária à Saúde seria o eixo fundamental para a mudança do modelo de Atenção à Saúde e que os estados têm as macrofunções de formulação de política, de planejamento, de cofinanciamento, de formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, de cooperação técnica e de avaliação no âmbito regional e estadual.

“Em função disso começamos a discutir as redes de atenção à saúde. Começamos oferecendo oficinas aos estados e a partir de então percebemos a necessidade da planificação da Atenção à Saúde”, ressaltou Evangelista.

Maria José Evangelista explicou que a partir do debate sobre a Inovação na Atenção Especializada no Contexto das Redes de Atenção à Saúde realizado pelo CONASS no ano passado, foi identificada a necessidade de se analisar a atenção especializada, assim como os fundamentos para a sua organização e continuidade de atenção às condições crônicas coordenadas pela APS, a partir de um instrumento de gestão e organização da Atenção Primária e da atenção especializada nas redes de Atenção à Saúde.

O processo consiste na realização de oficinas, tutorias, treinamentos e capacitações práticas de curta duração para as equipes técnico gerenciais dos estados e municípios e visa a organização dos macroprocessos da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada e envolve 100% dos seus trabalhadores. “Apesar dos avanços nos últimos anos a Atenção Primária à Saúde ainda não é suficiente, não tem qualidade e resolutividade para de fato fazer a coordenação das redes, por isso entendemos que era necessária essa proposta de planificação”.

Ela citou o exemplo do município de Tauá no interior do Ceará, no qual, ao fim do processo de dois anos, percebeu-se a necessidade de apoio para disseminar o projeto no país como um todo e explicou que, para isso, o CONASS está estabelecendo uma parceria com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

A assessora explicou a metodologia a ser utilizada que vai desde a realização de oficina para alinhamento conceitual, mobilização e identificação dos facilitadores, passando por momentos de tutoria, períodos de dispersão etc.



.....
 Presidente do
 CONASS, João
 Gabbardo dos
 Reis, lançou o
 livro CONASS
 Debate 5
 – Inovação
 na Atenção
 Ambulatorial
 Especializada

Sobre as responsabilidades dos dois Conselhos ela afirmou que consistem na condução dos ciclos mensais de oficinas e tutorias nas unidades laboratório dos municípios polo e no ambulatório de especialidade, apoio à distância, nos períodos de dispersão e registro geral, monitoramento e avaliação do projeto.

Por fim a assessora falou que as secretarias de saúde que se interessarem a implantar o projeto devem começar a se organizar desde já, uma vez que este é um ano eleitoral que implicará em novos gestores. “Como temos eleições municipais este ano, é claro que não dá para iniciar o projeto nos municípios pois a mudança de gestores no

ano que vem será grande. A nossa proposta é que as SES já comecem a se organizar, para quando os novos gestores chegarem, a proposta seja apresentada”.

Para o vice-presidente do CONASS, na Região Norte, secretário de Estado da Saúde do Pará, Vítor Manuel de Jesus, é fundamental ter na agenda do CONASS o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e da Assistência Ambulatorial Especializada. “Cabe a nós gestores assumir isso de forma efetiva, na dimensão do recurso que nós temos, mas temos que criar prioridades. Se esta é uma prioridade a ser estabelecida, cabe a nós adensarmos isso dentro das nossas agendas”, finalizou.

Programa de Apoio do CONASS às Secretarias Estaduais de Saúde (SES)

Na última apresentação do seminário, o secretário executivo do CONASS, Jurandi Frutuoso, apresentou o Programa de Apoio do CONASS às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e explicou que o Conselho tem trabalhado o seu planejamento operacional com foco nas propostas do Seminário para Construção de Consensos, realizado em julho do ano passado, no qual os secretários estaduais de saúde identificaram diversas propostas que visam ações do CONASS junto às SES de apoio em diversas áreas do SUS.

Frutuoso esclareceu que na assembleia do Conselho em fevereiro de 2016, a temática da eficiência na gestão do SUS foi cerne dos debates realizados pelos secretários. “Esses debates contaram com a participação do consultor Eugênio Vilaça Mendes que apontou a necessidade de otimizar a utilização dos recursos existentes, apostando que a eficiência dos gastos se dará com mudanças estruturais, resultando na melhoria da qualidade dos serviços de saúde no país”, observou o secretário executivo.

Sendo assim, explicou que com foco na organização dos serviços e na observação das ineficiências, sejam elas técnicas, de escalas ou alocativas, o CONASS tem trabalhado a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a estruturação da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Especializada, bem como em uma proposta de apoio nas áreas administrativas.

Jurandi Frutuoso citou as áreas que serão objeto de apoio às Secretarias Estaduais de Saúde. São elas a Gestão de Recursos (Administrativa, Orçamentária/Financeira e Planejamento), a Atenção Hospitalar, a Atenção Ambulatorial Especializada; a Gestão e Governança; a Atenção Primária; a Assistência Farmacêutica, e a Regulação.

Para potencializar o apoio às SES, ele explicou que o CONASS está reformulando o seu processo de trabalho, promovendo um matriciamento nas atividades de sua equipe técnica. “Vamos ampliar a capacidade de utilização de mídias que propiciem a disseminação de informação e conteúdos técnicos. Para isso será utilizada a ferramenta de videoconferência para a realização de oficinas temáticas e reuniões técnicas”.

Outra novidade apresentada foi o Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS que consiste em uma ferramenta para assessorar na organização dos Fundos Estaduais de Saúde, da área administrativa, do planejamento e gestão de recursos humanos nas SES. “Nele o gestor encontra informações sobre componentes importantes para a atuação dos gestores públicos, tais como suas atribuições e responsabilidades na gestão pública, a organização da administração pública, o processo de planejamento e o ciclo orçamentário no SUS, entre outros”, concluiu.

O presidente do CONASS, secretário de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, João Gabbardo dos Reis, lançou o livro CONASS Debate 5 – Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada. “Esta publicação com certeza será muito útil para nós gestores, pois traz alternativas de enfrentamento dos problemas por nós vivenciados, bem como a apresentação de experiências exitosas e políticas de organização da Atenção Ambulatorial Especializada no Brasil”. ■

Todas as apresentações realizadas durante os dois dias do evento estão disponíveis em <http://pt.slideshare.net/CONASS>



Orçamento e gestão são temas de audiência do CONASS com o ministro da Saúde

ADRIANE CRUZ

A diretoria do CONASS se reuniu no dia 18 de maio, em Brasília, e elaborou um conjunto de propostas de curto e médio prazo, entregues em seguida ao ministro da Saúde, Ricardo Barros. No documento, o CONASS ressalta as implicações da crise política, econômica e fiscal no aprofundamento da crise do setor saúde.

Os gestores argumentam que é preciso repensar o modelo de federalismo sanitário vigente que concentra recursos e poder normativo no Ministério da Saúde e alertam que é preciso inovar na forma dos repasses de recursos federais, reduzir a burocracia e a fragmentação dentro do próprio ministério.



Diretoria do CONASS reunida com o ministro da Saúde, Ricardo Barros, e equipe

Preocupados com a continuidade das ações da saúde, os gestores também afirmam que é preciso garantir, com urgência, recursos orçamentários federais suficientes para manter os serviços assistenciais e a oferta de insumos, medicamentos, vacinas e soros. “A preocupação de todos os secretários diz respeito à insuficiência orçamentária e à questão financeira para concluir 2016 porque as informações são de que alguns programas poderão ser prejudicados por falta de recursos”, enfatizou o presidente do CONASS, João Gabbardo. O Conselho também demonstrou preocupação em relação às arboviroses, fundamentalmente a dengue, zika vírus e chikungunya. “Estamos alertas porque os números continuam altos. Além disso, as ações precisam ser mantidas e algumas deles, eventualmente, ampliadas”, disse.

A diretoria do CONASS posicionou-se a favor da aprovação da PEC n. 01/2015, que aumenta o percentual mínimo a ser aplicado pela União em ações e serviços públicos de saúde, e manifestou preocupação diante da iminência da desvinculação dos recursos com a aprovação da PEC n. 143/2015 em que estados, municípios e união poderiam utilizar parte dos recursos da saúde em outras áreas.

Do ponto de vista da gestão, o CONASS apresentou um conjunto de sugestões para uma agenda tripartite voltada à eficiência do setor. “A melhoria da gestão e busca por mais

eficiência, no nosso entendimento, passa, entre outras ações, por uma simplificação no processo de transferência de recursos e pela habilitação dos serviços na área de urgência e emergência, leitos de UTI e Upas. Também colocamos ao ministro a questão das cirurgias eletivas e a necessidade de revisão da política de urgência e emergência para o pleno funcionamento das Upas”. No documento, os secretários reivindicam a garantia da transferência de recursos federais para os serviços já habilitados em funcionamento, e ainda sem repasse do Ministério da Saúde.

Os gestores também afirmaram a importância da implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com prioridade para as redes de Urgência/Emergência e Materno Infantil em todas as regiões do Brasil, com foco no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), como eixo estruturante do SUS.

Barros afirmou que seu objetivo é controlar os gastos e qualificar a gestão do orçamento com urgência. “Gestão, eficiência e qualidade no atendimento são sinônimos de planejamento que só se dão se a informação for qualificada e mais atualizada possível. Para isso, precisamos do apoio e colaboração de todos os gestores públicos”. O ministro ressaltou a importância de trabalhar junto com os conselhos e enfatizou que é preciso informatizar toda a estrutura do SUS para identificar os desperdícios de recursos. ■

O papel e a importância da comunicação para a promoção da saúde

ADRIANE CRUZ

Conferencistas de países de língua portuguesa debatem desafios e estratégias de comunicação para a saúde

Cerca de 60 pessoas participaram, no dia 22 de maio, do seminário “O papel e a importância da comunicação para a promoção da saúde”, organizado pela Conferência Lusofrancófona da Saúde (Colufra) e pelo CONASS, como pré-atividade da 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde, em Curitiba/PR. Os conferencistas David Houeto, da Escola de Saúde Pública da Universidade de Parakou, no Benin; François Bourdillon, diretor de Saúde Pública da França; Lise Renaud, do ComSanté/Universidade do Québec em Montréal; Luc Boileau, do Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Serviços Sociais do Québec, falaram a respeito

dos principais desafios para a promoção da saúde em seus países e discutiram estratégias de comunicação que possam ajudar a enfrenta-los.

O presidente da Colufra, Rémy Trudel, em vídeo de boas vindas, argumentou que os temas da comunicação e da promoção dos cuidados de saúde primários nos sistemas públicos de saúde interessam todos os países do mundo. “Uma atenção primária de qualidade e universal é bem reconhecida como a pedra fundamental dos sistemas públicos de saúde e um fator de sucesso para os serviços hospitalares”, reiterou. Segundo Trudel, as discussões servirão para o lançamento de



um amplo projeto internacional que incluía países lusófonos e francófonos, com ênfase no papel da comunicação para a promoção dos cuidados de saúde primários em todos os níveis, seja para os tomadores de decisão, governos, pesquisadores, profissionais de saúde, grupos comunitários e ainda dos próprios cidadãos.

A professora Lise Renaud, do Instituto de Saúde e Sociedade, da Universidade do Quebec em Montreal, avaliou que os conferencistas foram unânimes no que concerne à melhoria dos serviços de saúde ofertados aos cidadãos. “A comunicação, assim como os demais fatores que implicam na melhoria

da saúde, deve ir além do setor saúde pois ele depende de diversos outros setores, como a agricultura, o transporte, a educação e outros tantos para se aprimorar e atender melhor à população”, destaca. Renaud também enfatizou que muitas ideias surgiram das discussões e podem culminar em projetos relacionados a temas como a violência, os acidentes de trânsito e a saúde materno infantil. “Os projetos podem ser elaborados conjuntamente por brasileiros, franceses, africanos e quebequenses, o que seria excepcional do ponto de vista do intercâmbio de experiências. Com eventos como este, a Colufra fomenta essa interação”.

.....
 Ana Valéria Mendonça, Fernando Cupertino, Luc Boileau, Michel Tremblay, Lise Renaud, David Houeto e Normand Asselin

O seminário deixou claro que o desafio da comunicação para a promoção da saúde e para a saúde como um todo é uma realidade não só para o Brasil, mas para todos os países. “Os relatos do Canadá, da África, do Brasil e da França mostram claramente que muitas vezes comunicação é confundida com informação e, quando se fala em comunicação para a promoção da saúde, se fala em comunicação para quem toma decisão, para quem formula e vota políticas, para os gestores que administram os sistemas de saúde, para os profissionais que atuam na ponta e, sobretudo, para os cidadãos que utilizam os serviços de saúde”, explica o assessor técnico do CONASS, Fernando Cupertino. Ele também enfatizou o trabalho do CONASS nas ações e discussões que tratam da comunicação, ressaltando o papel da Câmara Técnica de Comunicação em Saúde, as discussões da equipe técnica e o debate com os secretários estaduais de saúde em relação à importância da comunicação.

Ana Valéria Mendonça, da Universidade de Brasília, destacou que as apresentações das ações de informação e de comunicação estão muito próximas da realidade brasileira, buscando a apropriação do conhecimento pela comunidade e a valorização da suas decisões no processo de cuidado de sua própria saúde como algo fundamental para a promoção da saúde. “Quando a população toma conta de si mesma e de suas condições de saúde, o diálogo com os profissionais se torna mais simplificado. Além disso, os benefícios agregados pelo acesso ao conhecimento chegam mais rápido às pessoas”, pondera.

A comunicação tendo como principal emissora a própria comunidade, a partir de suas experiências e apropriação de seus conhecimentos e suas condições foi destacada durante o seminário e, segundo Ana Valéria, não basta ensinar, mas fazer com que

os sujeitos se tornem autônomos. “A objetividade e durabilidade dessa comunicação torna-se uma constância importante para o profissional de saúde e se faz muito adequada com o uso das mídias sociais”, explicou.

René Santos, coordenador técnico do CONASS, abordou a transição epidemiológica pela qual passa o Brasil, chamando a atenção para o enfoque midiático da comunicação e para o advento das novas tecnologias. “Ainda temos doenças infecciosas e enfrentamos o aumento exponencial das doenças crônicas e das consequências dos diversos tipos de violência, por isso, a promoção da saúde é fundamental para o Sistema Único de Saúde. Também é grande o desafio de fazê-la tanto na contramão do enfoque dado à saúde pela mídia, como com a utilização das ferramentas online disponíveis atualmente”, disse.

O CONASS lançou, durante o encontro, o documento “Promoção da Saúde – propostas do Conselho Nacional de Secretários de Saúde para sua efetivação como política pública no Brasil”, que apresenta a posição dos secretários estaduais de saúde em relação à prioridade da promoção da saúde. “Esse evento oportuniza a troca de experiência com gestores e estudiosos de outros países e nos faz pensar em como fazer a promoção da saúde diante dos desafios da modernidade e como nos comunicar melhor para que a promoção da saúde se torne hegemônica, já que o foco da saúde continua sendo a assistência.

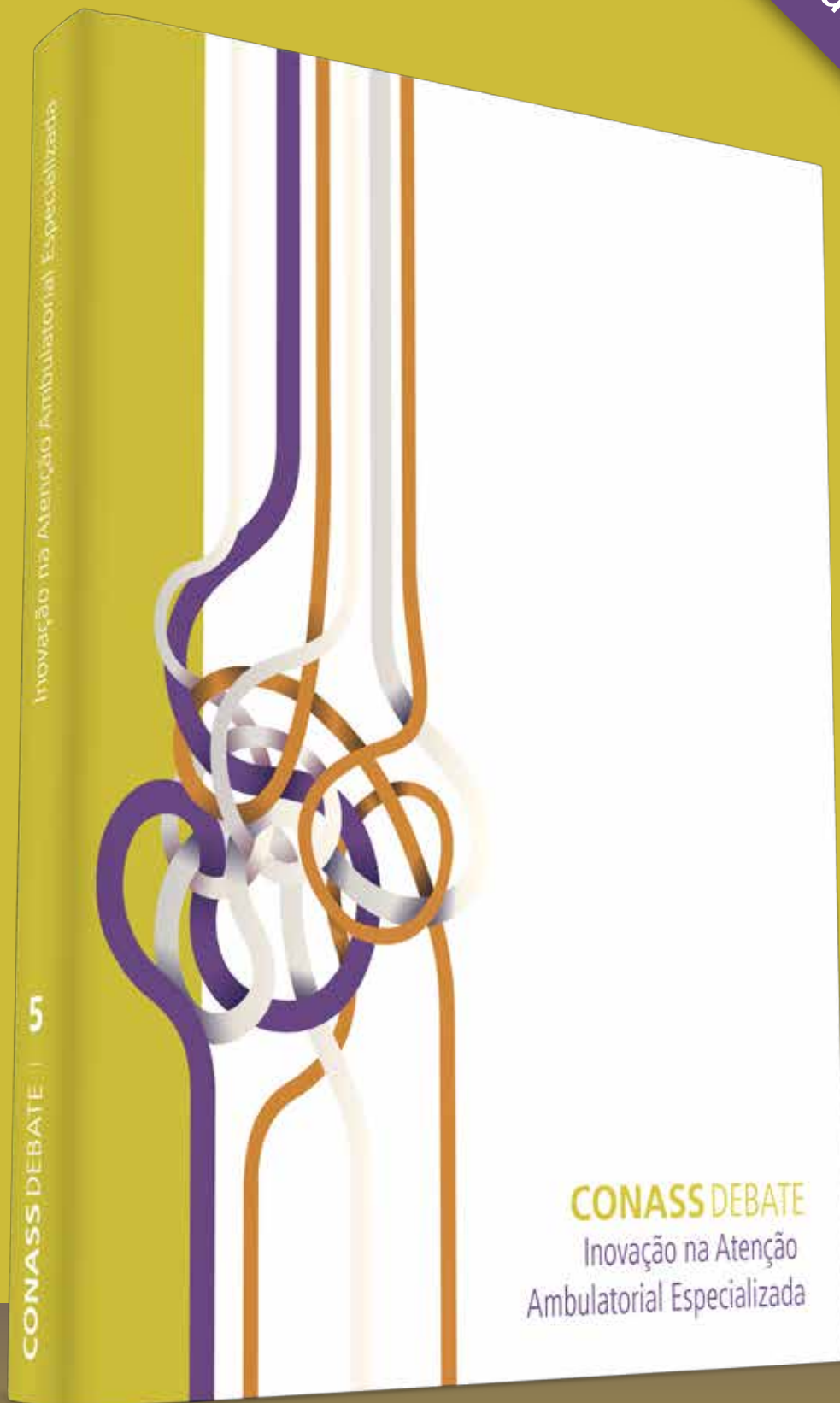
O evento contou ainda com a parceria da Universidade do Québec em Montreal; com o Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB); com o Núcleo de Estudos de Saúde Pública, também da UnB; e com o Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa. ■



Acesse aqui as
propostas
goo.gl/Ch7wdi



Lançamento



garanta seu exemplar gratuitamente
www.conass.org.br/biblioteca

disponível também na versão eBook

O DIREITO À SAÚDE E A PROPOSTA DE COBERTURA UNIVERSAL

FERNANDO P. CUPERTINO DE BARROS

Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília, médico, professor de Saúde Coletiva na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Brasil. fernandocupertino@gmail.com

MARIA CÉLIA DELDUQUE

Doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, advogada e pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz Brasília. Brasília, Brasil. delduque@fiocruz.br

ALETHELE DE OLIVEIRA SANTOS

Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília, advogada, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brasília, Brasil. alethele.santos@conass.org.br

Resumo

O artigo aborda o tema da cobertura universal, contrapondo-o à noção já consolidada de sistemas públicos universais em uma perspectiva jurídica e sanitária. Apresenta uma síntese histórica sobre o assunto, além de evocar o processo pelo qual as políticas públicas de saúde são concebidas, tanto no seu viés universal e público, quanto na opção dualista. Situa a saúde como direito humano fundamental e aponta para mudança no sentido de consagrar a proposta de “cobertura universal”, adotada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, em 2012. Finaliza sobre as críticas e os potenciais riscos do abandono dos sistemas públicos universais para a adoção de proposta diversa.

Palavras-Chave:

Cobertura universal, saúde pública, saúde.

Introdução

Observada a última década, constata-se o aumento dos debates sobre o conceito de cobertura universal de saúde, proposto inicialmente, em 2005, pela Fundação Rockfeller e pela Organização Mundial de Saúde.

Essa afirmativa decorre dos debates havidos na reunião do G8 em Heiligendamm, Alemanha, em 2007, e do G20 em Cannes, França, em 2011, e acabou por se consolidar em dezembro de 2012, quando o tema foi debatido na Assembleia Geral das Nações Unidas e incorporado como um dos itens da Resolução A/RES/67/81 – Saúde Global e Política Externa (1). A proposta foi acolhida por mais de 90 países, entre eles países lusófonos, reunidos na assembleia em 12 de dezembro de 2012 e que passou a definir Cobertura Sanitária Universal (CSU) como o acesso de todos aos serviços de saúde dos quais precisam as popu-

lações, sem acarretar à determinada classe de usuários risco de empobrecimento:

Declara que a cobertura sanitária universal consiste em cuidar para que o conjunto da população tenha acesso, sem discriminação, aos serviços públicos essenciais, definidos em nível nacional, para aquilo que é da promoção da saúde, da prevenção, do tratamento e da readaptação e aos medicamentos de base, seguros, abordáveis, eficazes e de qualidade, fazendo que o custo não leve os usuários a dificuldades financeiras, particularmente os pobres, as pessoas vulneráveis e as camadas marginalizadas da população (2). (original sem grifo).

Esse debate tem influência na forma pela qual os Estados dão guarida ao direito à saúde. Em um primeiro momento, a cobertura universal de saúde era conceito consubstanciado em sistemas públicos de acesso universal, o que é compatível com a universalidade de acesso e a integralidade na atenção à saúde. Essa compreensão desloca-se a partir das discussões apresentadas e o escopo de proteção estatal ao direito à saúde é alterado, na medida em que restringe o caráter universal aos serviços públicos essenciais e medicamentos de base e preocupa-se com os riscos financeiros somente para a população hipossuficiente, vulnerável ou marginalizada.

Em suma, a lógica conceitual é a da preocupação com a proteção dos riscos financeiros e da busca de mecanismos alternativos de financiamento setorial, em detrimento do direito à saúde e do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, que são a razão de ser dos sistemas públicos universais de saúde (3).

Países que dispõem de sistemas públicos universais de saúde, tais como Canadá, Espanha, Reino Unido e Portugal, experimentaram mudanças, reformas e ajustes ao longo de suas existências, com maior ou menor grau de garantia efetiva de universalidade, integralidade e de financiamento público, sem,

entretanto, alterarem sua concepção de sistemas públicos de acesso universal (4). Essa característica decorre especialmente da presença marcante do princípio da solidariedade nessas sociedades.

Para melhor compreender o dilema em questão, há que se lançar um olhar sobre a evolução do Estado, do pensamento político majoritário nas últimas décadas, do reconhecimento do direito à saúde como humano e fundamental e, por fim, apresentar as críticas e potenciais riscos sobre a adoção do parâmetro da cobertura universal.

1. Da historicidade

O avanço da democracia liberal, que superou a forma de Estado centrado nas funções de coerção e de guerra, fez que esse se tornasse mais proeminente na sociedade e mais onipresente nas estruturas da vida social, na esfera econômica e de mercado. Essa característica, que teve início especialmente nos países de capitalismo avançado, propiciou uma forma de pensamento que colocava o Estado como o gigante capaz de proporcionar o crescimento econômico, altos níveis de emprego e aumento de renda, juntamente com os benefícios da previdência social, saúde, educação, transporte, segurança pública e habitação. A esse Estado regulador e interventor, denominou-se *Welfare State*, ou Estado Social, e foi aceito maciçamente pelos cidadãos e bem visto pelas principais elites capitalistas e burocratas, especialmente, em países que buscavam a reconstrução de suas bases sociais, no pós-guerra.

No entanto, a elevada carga tributária requerida por este tipo de Estado, agregada a fatores políticos e econômicos, fez com este modelo entrasse em crise, propiciando o crescimento de uma nova forma de pensamento: o neoliberalismo. Diferente do liberalismo clássico que se opunha ao Estado absolutista, as mudanças sugeridas por este novo olhar,

baseadas nos interesses do mercado e da livre iniciativa, tinham como alvo o *Welfare State*.

A reforma neoliberal (5) passou a atuar em escala global e teve impacto decisivo nos países em desenvolvimento. Seu receituário de disciplina fiscal, redução dos gastos públicos, fim das restrições ao investimento estrangeiro com privatizações das estatais, aliado à desregulamentação das leis econômicas e trabalhistas, fez com que os países endividados tivessem reduzida sua autonomia na definição de políticas públicas.

No plano administrativo para a gestão das políticas públicas, o modelo neoliberal propôs uma lógica de racionalidade econômica do setor privado e de aplicação dos princípios da gestão empresarial, de modo a substituir o paradigma da gestão político-administrativa pelo paradigma empresarial de governo. Assim, as teorias administrativas ou organizacionais passaram a orientar as estruturas e funcionamento do Estado, como foco na necessidade de adaptação a um ambiente em crescente complexidade. Tomaram-se de empréstimo das empresas privadas as normas que orientavam objetivos, metas e os meios para atingi-los. Foram desenvolvidos estudos da ação governamental – o chamado planejamento organizacional – especialmente inspirado em técnicas do *management* empresarial. Esta técnica foi associada ao planejamento estratégico, que também leva em consideração, variáveis externas não controláveis pelo tomador de decisões (gerente). Mais adiante, e para além do planejamento estratégico, as ciências administrativas passaram a desenvolver a ideia de gestão estratégica, permitindo reação imediata da organização aos desafios e oportunidades oferecidos pelo ambiente contextual.

As *policies*, que numa tradução literal designariam diretrizes ou orientação política, são o que concerne ao produto da atividade política que tem lugar nas instituições de Estado, são

o conteúdo material das decisões políticas e se constroem por meio de fluxos ou processos.

Mesmo que considerados largos, os avanços do neoliberalismo, cabe registrar o que sociólogos brasileiros têm denominado de neodesenvolvimentismo, que se caracteriza em suma, pela resistência do Estado em preservar direitos de cidadania em detrimento dos direitos de consumo (6). Os debates no Brasil referem a existência ou não desse movimento em território nacional (5), (6), (7), contudo, interessa para esse estudo, exclusivamente a terminologia.

Em que pese as diferenças conceituais, organizacionais e de resolutividade havidas entre os Estados, há de forma incontestável a “impressão digital governamental” (5) nas políticas sociais, entre as quais, a de saúde. Mendes (8) indica a existência de dois grandes modelos de organização de sistemas de saúde: o modelo público universal, apresentado no parágrafo anterior e o modelo segmentado, fundamentado numa lógica compatível à do mercado, havendo oferta privada aos que podem pagar e pública às populações sem poder aquisitivo. Nesses dois grandes modelos há presença estatal.

A ação do Estado revela-se, para além das leis, nas políticas públicas que devem submeter-se à concretização dos direitos humanos fundamentais.

2. Os direitos humanos e as políticas de saúde

Para guardar compatibilidade com o estado de bem-estar social e o movimento pós-guerra de reconstrução dos Estados, este artigo apresenta o entendimento de direitos humanos a partir desse mesmo contexto histórico. Com vista a evitar que a humanidade se visse novamente de frente a tragédias semelhantes ao holocausto nazista, veio de uma de suas comissões da Organização das Nações Unidas e a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), cujo centro é a igualdade e a

não discriminação entre seres humanos e cuja definição de direitos foi dada em âmbito internacional. Desde então, para a defesa e garantia desses direitos há atuação pública e privada.

Tais direitos passaram a ser símbolo do estágio civilizatório das sociedades plurais contemporâneas (5) e por isso, foram consagrados nas modernas constituições. “Os direitos fundamentais nada mais são que normas objetivas que exprimem valores sociais constitucionalizados a partir de decisões axiológicas integradoras e inspiradoras de toda a ordem constitucional” (9).

No entanto, para que os direitos fundamentais passassem a compor o rol de direitos garantidos numa Constituição foi percorrido um longo caminho, tanto político, como filosófico e teórico. A relação entre direitos humanos e saúde teve estreia na análise de Jonathan Mann – 1º coordenador do programa de AIDS da Organização Mundial da Saúde (OMS) (10). Para Mann, essa associação, poderia vir a ser movimento global para a promoção de justiça social e parâmetros para a saúde dos povos (11).

Ainda que a declaração de Alma-Ata (1978) conceitue a saúde de forma abrangente^a, a linguagem do direito à saúde só foi apresentada, aí sim em caráter internacional, nos Comentários da Convenção Internacional em Direitos Econômico, Social e Cultural (2000)^b (12). Mesmo que internacionalmente o reconhecimento do direito humano à saúde, enquanto fundamental e social, só se tenha dado no início do século XX, a heterogeneidade dos Estados permite reconhecer diferenças nesse reconhecimento, nos critérios distributivos e de aplicação da justiça.

No Brasil, na política pública para a saúde, a mudança fundamental empreendida pela Constituição de 1988, foi a de alterar o padrão anterior para garantir um sistema único de saúde com acesso universal, igualitário e gratuito às ações e serviços de saúde. No entanto, na trajetória da política pública de saúde, a implantação do SUS notabiliza-se por um processo de contradições, em que, no mesmo momento em que o sistema se institucionalizou e se transformou em realidade, o fez em condições precárias e de forma incompleta, desvirtuando-se da sua concepção original. Duas lógicas operaram na implementação da política pública de saúde brasileira: uma pública, baseada no Sistema Único de Saúde e outra, baseada nos planos e nos seguros de saúde. A política então se construiu de forma dualista, de um lado um sistema universal e público e de outro, um sistema privado.

Em suma, a intervenção estatal é necessária aos direitos fundamentais sociais, a fim de que produza os efeitos dos direitos sociais, isto porque são, em síntese, verdadeiros instrumentos jurídicos de ordem positiva. Contudo, há que se reconhecer a existência de arenas, que por sua vez agrupam agentes múltiplos e diferentes princípios distributivos, em que se colocam disputas em torno do processo alocativo de recursos e esforços sociais (13).

3. Da relação entre o direito à saúde e a cobertura universal

A palavra “cobertura” para a setorial saúde pode indicar: (i) o alcance de uma medida sanitária e está associada ao cumprimento da prestação positiva de saúde, com seu acesso e

^a A saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença e de enfermidade, é um direito humano fundamental e sua realização no mais elevado nível possível é o mais importante objetivo universal cuja realização requer ações de outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde.

^b Saúde é um direito humano fundamental indispensável para o exercício dos outros direitos humanos. Todo ser humano tem o direito de usufruir o mais alto padrão de saúde que leve a viver uma vida digna.

uso; ou, (ii) a possibilidade de obter uma prestação positiva, que pode ou não se realizar por abstenção do uso ou pela incapacidade de obtenção (14).

Ou seja, a cobertura que está associada ao cumprimento da prestação positiva de saúde torna-se mais complexa, na medida em que inclui a disponibilidade para o acesso, o uso e não impõe barreiras para que seja efetivado o direito à saúde. Já na outra concepção, em que há oferta de prestação positiva de saúde, mediante o cumprimento de condições (desembolso direto, contratação de seguros ou plano de saúde, contribuição, etc.), o direito à saúde estará à mercê da possibilidade de que barreiras sejam ultrapassadas. A primeira concepção está atrelada aos sistemas universais de saúde e a segunda à oferta condicionada, portanto, mais íntima dos sistemas privados de saúde. A confluência entre o conceito de direito à saúde por meio de acesso a um sistema universal e igualitário e o conceito de cobertura universal da saúde não guardam confluência, nem harmonia.

Ao compreender que os serviços de saúde, no âmbito do conceito de cobertura universal significam métodos para promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, abrangendo assistência médica em comunidades, centros de saúde e hospitais (15), implica afirmar que os serviços essenciais de saúde devem ser assegurados de modo a não permitir que ninguém esteja abaixo da linha da miséria. Isso significa dizer que os custos com a saúde devem ser suportados pelo conjunto da população, o que pode ser obtido pela utilização de índices compostos que agregam uma série de indicadores determinados pelos Estados, individualmente, e em conformidade com a lógica econômica e de financiamento de seus sistemas de saúde.

Não se deve esquecer que o processo de globalização, ao tempo em que gera possibilidades de crescimento econômico e avanços nos campos científico e tecnológico, eviden-

cia contrastes econômicos e sociais que se indicam exclusão de muitos países e pessoas, que continuam imersos em situação de subdesenvolvimento. Isto faz com que a pobreza permaneça como uma realidade fática para bilhões de pessoas no globo, o que limita a criação de condições sociais necessárias para a saúde, com a geração de grandes iniquidades entre países e mesmo dentro deles. Assim estão postas as condições para o surgimento ou manutenção de assimetrias de poder na ordem econômica internacional, com consequentes limitações para o desenvolvimento econômico e social dos países, o que favorece a transformação das desigualdades em iniquidades (15). Em 2010, a Organização Mundial da Saúde (OMS), por documento de sua autoria denominado “O Financiamento dos Sistemas de Saúde – o caminho para a cobertura universal” (2), estreia o conceito de cobertura universal com base na necessidade de uma reorientação na área da saúde em um momento que se caracteriza pela recessão econômica, custos crescentes para a atenção à saúde, envelhecimento populacional, aumento de enfermidades crônicas e novas tecnologias dispendiosas. O informe induz ainda para a exploração de evidências entre os países membros da OMS no que se refere ao modo de obtenção de mecanismo alternativo de financiamento de seus sistemas de saúde para atingir o que convencionou chamar de cobertura universal.

Contudo, parece frágil a justificativa na qual se baseia o conceito de cobertura universal, na medida em que responsabiliza o indivíduo pelos custos oriundos da proteção à saúde. Tornar majoritária a lógica do mercado e deslocar o Estado às sombras, ao papel coadjuvante, quiçá caritativo, é alterar a compreensão posta para direito humano, para direito fundamental e para o direito à saúde.

No caso do Brasil, as experiências negativas acumuladas com o atendimento oferecido por planos e seguros privados de saúde

aniquilam os fundamentos de que unicamente o mercado seja capaz de resolver necessidades sociais (16).

Considerações finais

O êxito dos Estados que têm por princípio a solidariedade, a preservação dos direitos humanos e sociais nem sempre se esgota num modelo administrativo e governamental perfeito. Por vezes, revela-se na consideração da realidade social, na equidade, nos padrões de comportamento e nas interações político-sociais.

Mesmo considerando que os direitos de bem-estar – dentre eles a saúde – foram recentemente acrescidos ao campo dos direitos humanos e sociais, e, portanto, não estão suficientemente encampados pelos Estados, isso não os exclui de debates e de consequências que interrelacionam o desempenho econômico e a racionalidade pública.

Ainda que padeçam de críticas de institucionalização (os direitos devem ser institucionalizados, ou não são direitos) e críticas de exequibilidade (apesar dos melhores esforços, talvez não seja possível efetivar o direito universal) é preciso, em prol dos sistemas universais, conhecer a tese das obrigações imperfeitas, que indica que mesmo não havendo alcance total do direito, ele não deixa de ser um direito (17).

A adoção de condições para o acesso de direito humano e social à saúde, que fundamenta o conceito de cobertura universal, confronta a igualdade e a não discriminação entre humanos, assevera as divisões oriundas do poder econômico e rende-se à lógica de mercado.

A crescente demanda por ações e serviços de saúde acessíveis e de qualidade impõe aos Estados a tomada de decisões políticas acertadas e que não esgarcem o já corroído tecido social. ■

Bibliografia

- Rodrigues PHA, Kornis GEM. Manifesto do CEBES em defesa do direito universal à saúde – saúde é direito e não negócio [citado em 2016 Mar 31]. Disponível em: http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBOQFjAA&url=http%3A%2F%2Fconselho.saude.gov.br%2Fweb_plenaria%2FXVIII_Plenaria_maio14%2FManifesto_CEBES_defesa_direito_universal.ppt&ei=oYjfVOOmL4GXgwTR7IGQAw&usq=AFQjCNEYlpTmgMZzPh uwwwXiJgJ8FTs6qw&bvm=bv.85970519,d.eXY
- Organização Mundial da Saúde (OMS). O financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal, 2010. [citado em 2016 Mar 16]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2010/10_summary_es.pdf?ua=1
- Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013;29(5):847-849.
- Sousa AMC. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. *R. Katálysis*. 2014;17(2):227-234. [citado em 2016 Mar 31]. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ka-talysis/article/download/32679/28074>.
- Bucci MPD. O conceito de política pública em Direito. In Maria Paula Dallari Bucci (org.). *Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo: Saraiva; 2006. p. 1-49.
- Boito Jr. A. As bases políticas do neodesenvolvimentismo [citado em 2016 Mar 31]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782013000300004
- Sampaio Jr. PA. Desenvolvimentismo e neodesenvolvimentismo: tragédia e farsa [citado em 2016 Mar 31]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n112/04.pdf>
- Mendes EV. O dilema do SUS. *Radis: Comunicação em Saúde*. 2004;25.
- Victorino FR. Evolução da Teoria dos Direitos Fundamentais. *Revista CEJ*. 2007;XI(39):10-21.
- Mann J. Saúde pública e direitos humanos [citado em 2016 Abr 1] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physics/v6n1-2/07.pdf>
- Nygren-Krug H. Saúde e Direitos Humanos na OMS. [citado em 2016 Abr 1]. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/publicacoes/saude-e-direitos-humanos/pdf/sdh_2004.pdf
- VanderPlaats M. Direitos Humanos: uma perspectiva para a saúde pública [citado em 2016 Abr 1]. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/publicacoes/saude-e-direitos-humanos/pdf/sdh_2004.pdf
- Magalhães R. Desigualdades sociais e equidade em saúde [citado em 2016 Abr 1]. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/publicacoes/saude-e-direitos-humanos/pdf/sdh_2004.pdf
- Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios [citado em 2016 Abr 1]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500003
- Barros FPC. Cobertura universal ou sistemas públicos universais? Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, 87-90, 2014 [citado em 2016 Mar 25]. Disponível em: http://www.conass.org.br/Anais%202014_Cobertura%20universal%20ou%20sistemas%20p%C3%81blicos%20universais.pdf
- Costa AM, Bahia L, Scheffer M. Onde foi parar o sonho do SUS. *Le Monde Diplomatique*, edição de 12 de fevereiro de 2013 [citado em 2015 Fev 15]. Disponível em: <http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=1395>.
- Sen A. A ideia de justiça. Tradução de Denise Bottmann e Ricardo Dominelli Mendes. São Paulo: Companhia das Letras; 2011.

Uma nova ferramenta de apoio aos gestores foi lançada pelo CONASS. Trata-se do **Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS**. A ferramenta contém textos informativos sobre componentes importantes para a atuação dos gestores públicos, tais como suas atribuições e responsabilidades na gestão pública, a organização da administração pública, o processo de planejamento e o ciclo orçamentário no SUS, a gestão financeira, a organização do fundo de saúde e informações estratégicas para a gestão do SUS. Acesse em www.conass.org.br/guiainformacao/.

O CONASS irá participar, no dia 29 de julho, do 3º Congresso Paranaense de Saúde Pública / Coletiva. O objetivo do encontro é contribuir para a expansão e a qualificação da saúde no Paraná, propiciando oportunidade para os participantes aprofundarem seus conhecimentos, aprimorarem competências e discutirem as prioridades de saúde do estado. A equipe técnica do CONASS apresentará temáticas do Programa de Apoio às Secretarias Estaduais de Saúde: Gestão de Recursos (Administrativa, Orçamentária / Financeira e Planejamento); Gestão da Clínica; e Financiamento.

Estão abertas as inscrições para a **15ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (Expoepi)**, que acontece entre os dias 28 de novembro e 2 de dezembro, em Brasília. Gestores do SUS, acadêmicos e movimentos sociais podem inscrever seus trabalhos até o dia 13 de julho. As inscrições podem ser feitas pelo *link*: <http://goo.gl/tJcORr>

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) lançaram uma nota conjunta para manifestar-se sobre a publicação da Portaria GM n. 1.132/2016, que **revogou as Portarias n. 958 e n. 959/2016**, do Ministério da Saúde, elaboradas a partir de uma resolução interfederativa tripartite pactuada na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do mês de abril de 2016. As portarias revogadas possibilitariam novas modalidades de Equipe de Saúde da Família. Confira a nota na íntegra.



goo.gl/FZ1HLY

Mais Curtas podem ser acompanhadas nas Redes Sociais!



Siga
twitter.com/CONASSoficial



Curta
facebook.com/conassoficial

consensus

Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DIRETORIA 2016/2017

PRESIDENTE

João Gabbardo dos Reis (RS)

VICE-PRESIDENTES

Região Nordeste: Fábio Vilas Boas (BA); **Região Norte:** Vítor Manuel Jesus Mateus (PA); **Região Centro-Oeste:** Leonardo Vilela (GO); **Região Sudeste:** cargo vago; **Região Sul:** Michele Caputo Neto (PR)

COMISSÃO FISCAL

Titulares: Marcos Esner Musafi (TO); Francisco de Assis de Oliveira Costa (PI)

Suplentes: Ricardo Oliveira (ES); Renilda Costa (AP); Cesar Ferreira Penna de Faria (RR)

REPRESENTANTES DO CONASS

Hemobrás: Jurandi Frutuoso Silva (CONASS)

ANS: Wilson Modesto Pollara (SP), e Luiz Antônio de Souza Teixeira Junior (RJ)

Anvisa: Humberto Lucena Pereira da Fonseca (DF), 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

Carlos Eduardo de Oliveira Lula (MA); Cesar Ferreira Penna de Faria (RR); David Everson Uip (SP); Eduardo Bermudez (MT); Eulália de Albuquerque Alves (RN); Fábio Vilas Boas (BA); Francisco Costa (PI); Gemil Júnior (AC); Henrique Jorge Javi de Sousa (CE); Humberto Fonseca (DF); José Iran Costa Júnior (PE); João Gabbardo (RS); Leonardo Vilela (GO); Luis Eduardo Maiorquin (RO); Luiz Antônio de Souza Teixeira Junior (RJ); Luiz Sávio de Souza Cruz (MG); Marcos Esner Musafir (TO); Maria da Conceição Mendonça Costa (SE); Michele Caputo Neto (PR); Murillo Ronald Capella (SC); 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)

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

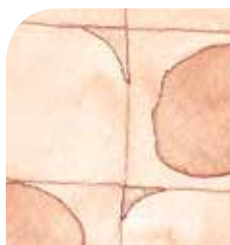
5.000 exemplares

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

Opiniões, sugestões e pautas

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

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



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

PROGRAMA DE APOIO ÀS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE

O CONASS apoiando tecnicamente as secretarias, apresentando experiências e incentivando as boas práticas na saúde pública



GUIA DE APOIO À GESTÃO ESTADUAL DO SUS

Informações Técnicas e Gerenciais para a Gestão do SUS

- Gestão Pública
- Administração Pública
- Planejamento e o Ciclo Orçamentário
- Gestão Financeira
- Informações para a Gestão do SUS



acesse pelo computador, *tablet* e *smartphone*

www.conass.org.br/guiainformacao