



ano IV, número 12
julho, agosto e setembro de 2014
www.conass.org.br/consensus

consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE



ENTREVISTA

André Luiz de Oliveira fala sobre o papel da CNBB no Movimento Saúde + 10

OPINIÃO

Anastácio de Queiroz Sousa: Ebola, uma ameaça real para o Brasil?

consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Ano IV | Número 12 | Julho, Agosto e Setembro de 2014



ENTREVISTA

André Luiz de Oliveira fala sobre o papel da CNBB no Movimento Saúde + 10

OPINIÃO

Anastácio de Queiroz Sousa: Ebola, uma ameaça real para o Brasil?

6

consensus entrevista

Entrevista com André Luiz de Oliveira, assessor do Conselho Episcopal Latino Americano para a área da Saúde da CNBB

12

matéria de capa

Agenda para a Saúde do Brasil – confira as propostas do CONASS para a consolidação do SUS

saúde em foco

24 *Novas epidemias, novos desafios*

28 *Comunidade internacional debate a situação da Aids no mundo*

institucional

36 *Conferências Nacionais de Saúde – é preciso mudar?*

opinião

42 *Ebola, uma ameaça real para o Brasil?*

46 *curtas*

Em julho do ano passado, explodiram pelo Brasil afora as manifestações populares que levaram milhares de brasileiros às ruas em uma demonstração de insatisfação com a condução das políticas públicas e sociais no país.

Nesse cenário, a saúde pública ocupou lugar de destaque na pauta das reivindicações apontadas como fundamentais para a melhoria das condições de vida da população.

Agora, pouco mais de um ano depois, é chegada a hora de eleger aqueles que irão governar o país pelos próximos quatro anos. Ao entender que a eleição presidencial é momento fundamental para o debate sobre o futuro do país e considerando que a saúde pública é bandeira recorrente no processo eleitoral, o CONASS elaborou o documento Agenda para a Saúde do Brasil, no qual apresenta propostas concretas que visam à efetiva implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) como sistema de fato universal, equânime e gratuito.

As propostas desse documento estão apresentadas na matéria de capa desta edição da revista **Consensus**.

Ainda nesse contexto, oferecemos a você leitor uma entrevista com o assessor do Conselho Episcopal Latino-Americano para a área da Saúde da Confederação Nacional dos Bis-

pos no Brasil (CNBB), André Luiz de Oliveira. Nela, o médico fala sobre o trâmite do Movimento Saúde + 10, que representa a vontade popular de quase dois milhões de cidadãos e também sobre as eleições e as expectativas do eleitor, principalmente no que diz respeito à saúde pública brasileira.

Na seção Saúde em Foco desta edição, ouvimos o diretor do Departamento de HIV/ Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, Fábio Mesquita. O resultado você confere na matéria que traz panorama sobre a situação da Aids no país e sobre os avanços do Brasil no controle e prevenção da doença.

Outro tema de destaque abordado na edição n. 12 da revista **Consensus** diz respeito ao surgimento de doenças até então novas no Brasil, como a Febre do *Chikungunya* e o ressurgimento de epidemias mortais como a que acontece no continente africano.

E, por fim, como forma de aprofundar a reflexão sobre como o Brasil está se preparando para enfrentar o surgimento dessas novas doenças, convidamos o professor Anastácio Queiroz a escrever um artigo sobre o tema, que você confere na seção Artigo Científico desta edição.

Boa leitura! ■



Ouvir o texto
goo.gl/WY8Bjq





ENTREVISTA

André Luiz de Oliveira

Em março de 2012, o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública – Saúde + 10, foi lançado com o objetivo de aumentar o financiamento da saúde pública brasileira por meio de um Projeto de Lei de Iniciativa Popular que assegure o repasse efetivo e integral do equivalente a 10% das receitas correntes brutas da União para a saúde pública brasileira.

Diversas instituições da área da Saúde e também de outros setores apoiaram o movimento. A Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) foi uma delas e foi também a instituição que mais recolheu assinaturas: 865.118 mil no total.

Pouco mais de um ano após o início do movimento, foram entregues na Câmara dos Deputados, no dia 5 de agosto de 2013, quase dois milhões de assinaturas com o objetivo de caracterizar como Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PLP) o pleito do Movimento. No entanto, apesar do esforço, a tramitação do projeto ainda não avançou e ele encontra-se parado no Congresso Nacional.

Para falar sobre o assunto, a revista Consensus ouviu André Luiz de Oliveira, assessor do Conselho Episcopal Latino Americano para a área da Saúde da CNBB, que participou ativamente das ações de mobilização do Movimento Saúde + 10. O médico cirurgião-geral divide o seu tempo entre os atendimentos na rede pública, as atividades na Universidade Federal de Uberlândia, em Minas Gerais, e as atividades que desenvolve pela CNBB. Já foi também gestor municipal da cidade mineira e também coordenador nacional da Pastoral da Saúde.

Nesta entrevista, André Luiz fala sobre os motivos que levaram a CNBB a apoiar o Movimento, sobre o trâmite do Projeto de Lei e também sobre as eleições e as expectativas do eleitor, principalmente no que diz respeito à saúde pública brasileira.



Ouvir o texto
goo.gl/o3bnZf





Foto: Arquivo pessoal

Consensus O que levou a CNBB à escolha da temática “Fraternidade e Saúde Pública – Que a saúde se difunda sobre a terra”, para a Campanha da Fraternidade de 2012?

André Luiz É importante ressaltar que a pastoral realiza um trabalho de controle social com a participação da sociedade em que muitos dos agentes da pastoral são também conselheiros de saúde nos âmbitos estaduais e municipais e que atuam nas instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde (SUS), então na época em que eu fui coordenador nacional da Pastoral da Saúde, entre 2003 e 2011, havia muitos debates sobre saúde pública. Nos anos de 2007 e 2008, o então secretário-geral da CNBB, Dom Dimas Lara Barbosa, me chamou e relatou que a confederação estava recebendo muitas cartas que cobravam uma postura em relação ao caos na saúde em vários estados e municípios. Diante disso, nós perguntamos à CNBB se conseguiríamos retomar o debate sobre saúde pública. Digo retomar porque em 1981 a CNBB fez uma Campanha da Fraternidade cujo lema era “Saúde para todos”. Acredito que isso ajudou, inclusive, o movimento de reforma sanitária e contribuiu um pouco com os alicerces do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo assim, em 2010, colocamos a propositura do tema para a CNBB e, em aproximadamente 4 meses, conseguimos coletar 150 mil assinaturas para reivindicar para a CNBB o debate sobre o tema Saúde Pública. Disputamos com outros 14 temas e ganhamos por unanimidade. Mas, veja bem, o tema Fraternidade e Saúde Pública foi escolhido em maio de 2010 para uma campanha que aconteceria somente em 2012, ou seja, não foi uma coisa pensada de última hora. Nós fizemos todo um debate, todo um detalhamento e um processo de articulação que culminou com o tema “Fraternidade e Saúde Pública” e o lema “Que a saúde se difunda sobre a terra”. O nosso objetivo geral era refletir sobre a realidade da saúde públi-

ca no Brasil em vista de uma vida saudável, a fim de suscitar o espírito fraterno e comunitário das pessoas na atenção aos enfermos e mobilizar por melhoria no sistema pública de saúde. Além disso, traçamos também outros seis objetivos específicos, dos quais dois tratavam especificamente do SUS. O primeiro era despertar nas comunidades a discussão sobre a realidade da saúde pública, visando à defesa do SUS e a reivindicação do seu justo financiamento, e o segundo, qualificar a comunidade para acompanhar as ações de gestão pública e exigir a aplicação dos recursos públicos com transparência, especialmente na saúde.

Consensus A CNBB foi uma das entidades que encabeçaram o Movimento Saúde + 10, sendo a instituição que mais coletou assinaturas – mais de 865 mil. O que levou a CNBB a apoiar essa causa?

André Luiz A Campanha da Fraternidade de 2012 tinha entre um dos seus objetivos específicos a defesa do SUS. Isso porque a CNBB entende que ele é um patrimônio do povo brasileiro e uma das maiores conquistas sociais deste país. Com isso, participamos dessa ideia já como um desdobramento da Campanha da Fraternidade de 2012, mas é importante observar que, desde o início da adesão ao movimento, a CNBB tem preocupação em apoiar projetos que visem ao bem das pessoas e que sejam isentos de quaisquer interesses político-partidários e/ou econômicos. Se for para o bem da sociedade, a CNBB apoia, sem dúvida.

Consensus Como a CNBB se mobilizou e a que o senhor atribui a adesão da sociedade à campanha?

André Luiz Nós fizemos a coleta das assinaturas usando a capilaridade da igreja no Brasil. São mais de 280 dioceses no Brasil inteiro. São mais de 30 pastorais e organizações sociais vinculadas à CNBB. Todo esse “exército”, todo esse montante de colaboradores de pessoas que militam nessa área ajudaram a sensibili-

zar as pessoas. Não é fácil coletar assinaturas para um projeto de iniciativa popular, porque as pessoas precisam ter o título de eleitor na hora da assinatura. Então agradecemos imensamente às pessoas que nos ajudaram a cada dia. Agradecemos àquelas pessoas que, lá nos rincões do interior do país, foram batendo de porta em porta, pegando assinatura dos seus vizinhos, depois entregaram os papéis na paróquia, que entregou para a diocese, que encaminhou para nós aqui na CNBB. Agradecemos aos padres que mobilizaram as pessoas nas igrejas, pedindo que elas levassem o título de eleitor para poder assinar o formulário. Foi um trabalho hercúleo de dimensões muito grandes com o qual conseguimos chegar a quase 900 mil assinaturas.

Consensus Qual a sua expectativa em relação à aprovação do Projeto de Lei de Iniciativa Popular que prevê mais recursos para a saúde pública, fruto do Movimento Saúde + 10 – desde a entrega das assinaturas até a apresentação de substitutivos que mudam o teor da proposta inicial do Movimento Saúde + 10? O projeto está engavetado no Congresso Nacional, sem perspectivas de ser votado. Qual a sua opinião a respeito dos desdobramentos e a partir de agora?

André Luiz Depois de um ano e meio de coleta de assinaturas, o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública Brasileira entregou quase dois milhões de assinaturas na Câmara dos Deputados. No dia seguinte à entrega, no dia 6 de agosto, nós participamos com o presidente do CONASS, Wilson Alecrim, e o secretário-executivo, Jurandi Frutuoso, de uma reunião com quatro ministros no Palácio do Planalto. Nós fomos recebidos pela então ministra da Casa Civil, Gleisi Hoffman, pela ministra de Relações Institucionais, Ideli Salvatti, pelo então ministro da Saúde, Alexandre Padilha, pelo ministro-chefe da Secretaria-Geral da Presidência, Gilberto Carvalho, e pelo senador



Nós fizemos a coleta das assinaturas usando a capilaridade da igreja no Brasil. São mais de 280 dioceses no Brasil inteiro. São mais de 30 pastorais e organizações sociais vinculadas à CNBB. Todo esse “exército”, todo esse montante de colaboradores de pessoas que militam nessa área ajudaram a sensibilizar as pessoas.

Humberto Costa. Ali ficou acertado que seria criada uma comissão com representantes das entidades do movimento e com representantes do governo da área econômica, da fazenda, do orçamento e do planejamento e também do Ministério da Saúde, a fim de dar uma resposta rápida sobre a viabilidade do projeto. Até hoje houve apenas uma reunião dessa equipe, e não tivemos nenhuma contra-argumentação ou resposta por parte do governo ou pelo menos da comissão que estava à frente disso. Então nós estamos aguardando essa definição. Hoje o projeto encontra-se “engavetado” na Comissão de Tributação e Finanças da Câmara dos Deputados, desde o dia 28 de novem-

bro de 2013. A nossa expectativa agora é que ele seja colocado para votação em regime de urgência urgentíssima. O problema é que há muito jogo de interesses e a gente percebe que há resistência muito grande que não imaginávamos que existiria, porque esse é um anseio do povo brasileiro que colaborou com a sua assinatura para um projeto de iniciativa popular. A saúde é a maior bandeira de reivindicação do povo brasileiro e não esperávamos essa resistência. Mas a CNBB acredita que, com as eleições, possamos ter uma renovação dentro do Congresso e assim possamos mudar um pouco o cenário político, de maneira que ele se torne mais favorável à tramitação mais rápida e ágil do PLP n. 321/2013.

Esse é o peso que os nossos parlamentares devem sentir. O povo brasileiro precisa, o SUS precisa, as entidades nacionais estão aguardando uma posição sobre esse pleito popular. Quero ressaltar aqui que nós conseguimos

mais assinaturas que o Ficha Limpa e em um tempo muito menor, mas estamos enfrentado grande entrave. O que a gente percebe é que existe uma orientação de que esse projeto, nesse momento, não pode ir para frente.

Consensus Além da questão do financiamento, o que mais a CNBB considera prioridade para a melhoria da saúde pública no Brasil? Quais as propostas da CNBB para a saúde pública?

André Luiz Quando a gente escolheu o tema da saúde pública no final de 2010, a Pastoral Nacional da Saúde realizou, em São Paulo, três seminários nacionais com agentes de pastoral. Nós fizemos um levantamento do telejornais nacionais dos quatro grandes canais de comunicação (Rede Globo, Record, Bandeirantes e SBT), no período de 2007 a 2009, sobre tudo o que havia sido veiculado de reportagens sobre o SUS. Conseguimos montar um material com três horas de duração. Com base nesse material, nós elencamos 25 grandes problemas de saúde pública na visão da CNBB. Nós dividimos esses problemas em quatro grandes blocos de desafio que são o acesso, a gestão (de ordem administrativa e de recursos humanos), o financiamento e os fatores externos. A partir daí elaboramos propostas, que podem até parecer utópicas, mas são no nosso entendimento coerentes com o que a igreja pode contribuir para o SUS. Em prol do fortalecimento do sistema e com base nas propostas específicas para cada bloco de desafio, a CNBB lançou algumas propostas gerais que são a priorização da atenção básica em relação aos outros níveis de atenção à saúde, fortalecendo e interiorizando as redes especializadas de atenção à saúde, a coparticipação ou contribuição emergencial à saúde pública dos setores empresariais que usufruem ou estimulam hábitos inadequados à saúde, a discussão com vistas à criação, no Poder Judiciário da Vara da Saúde, que proporciona atendimento especializado e eficaz nesse segmento e

Se os políticos, se os governantes ou se os candidatos que querem adentrar no Congresso Nacional querem fazer realmente algo com muito mais seriedade para a população, deveriam realmente entender que a saúde tem de ser prioridade, tem de ser a bandeira principal em qualquer governo.

o estímulo da prática da “quarentena política” – que seria a proibição de se candidatar, durante certo período, a cargos do legislativo e executivo –, aos gestores técnicos que deixarem os cargos, nos três níveis de governo.

Consensus Apesar de a saúde ser apontada como principal preocupação dos eleitores e de estar sempre presente como tema central nas campanhas dos candidatos, o senhor acredita que ela é prioridade ou apenas um discurso de campanha?

André Luiz Toda autoridade de governo poderia olhar com mais carinho para a saúde pública. Hoje o Brasil tem mais de 200 milhões de habitantes. Nós temos em torno de 50 milhões de usuários que possuem plano de saúde. Sobram, então, em torno de 150 milhões de pessoas neste país que dependem única e exclusivamente do SUS. São 75% da população brasileira que dependem do SUS em regime de 24 horas, 7 dias na semana, atendendo toda a sua integralidade, toda a sua universalidade e toda a sua equidade. Então nós acreditamos que todas as autoridades deveriam trabalhar a questão da saúde pública com mais atenção, com priorização, seja na instância estadual, municipal ou federal.

Muitas desculpas são dadas. Dizem que não há recurso suficiente, mas quando se prioriza sempre há possibilidade de se ter recurso. Eu acho que falta sim um pouco de sensibilidade, de vontade, de decisão e, porque não, coragem de encarar a saúde como ela deve ser encarada. Mas o que a gente tem visto, nos últimos anos, é uma inversão na questão do peso dos orçamentos. Em 1980, a União era responsável por 75% dos gastos em saúde, os estados, 18% e os municípios, 7%. Hoje, a União responde por 45%, os estados por 27% e os municípios por 28%. Hoje a realidade orçamentária disponibiliza R\$2,47 por dia, por habitante, para custear um sistema universal e integral com toda uma estrutura de imuni-

zação, de atenção básica à saúde, de atenção de urgência e emergência, de todas as questões de média e alta complexidade etc. Olha a dimensão que isso tem!

Se os políticos, se os governantes ou se os candidatos que querem adentrar no Congresso Nacional querem fazer realmente algo com muito mais seriedade para a população, deveriam realmente entender que a saúde tem de ser prioridade, tem de a bandeira principal em qualquer governo.

Consensus As eleições são oportunidade única para o povo brasileiro exercer a sua cidadania. Em sua opinião, o cidadão utiliza essa conquista como um instrumento a favor próprio?

André Luiz Eu espero que as pessoas tenham discernimento e senso crítico para avaliar melhor aqueles candidatos que elas acreditam que possam merecer a sua confiança. E que elas realmente saibam utilizar esse grande benefício democrático que é o voto, pois este país precisa cada vez mais de pessoas mais sérias e humanas à frente de qualquer governo em qualquer instância.

A CNBB tem uma bandeira histórica em relação à questão das eleições. Quero deixar bem claro que não temos nenhuma posição político-partidária, mas sempre, em um período antes de as eleições acontecerem, nós soltamos manuais para orientar as pessoas a avaliarem os perfis dos candidatos, a buscarem conhecer melhor as suas histórias para saber se as propostas apresentadas na campanha são realmente coerentes com o seu histórico de vida, pois nós precisamos de pessoas que possam prezar pela boa condução da máquina pública.

Para nós não importa quem vai ser o presidente. O que a gente realmente quer é que seja uma pessoa que entenda e enxergue a saúde como prioridade e o social como uma necessidade do povo brasileiro. ■

especial



Eleições 2014

Agenda para a Saúde do Brasil

TATIANA ROSA

CONASS apresenta aos candidatos à Presidência da República propostas concretas para a consolidação do SUS como um sistema universal

A cada quatro anos é-nos dada a chance de refletir sobre o tipo de país que estamos construindo e sobre qual direção devemos seguir para tornar o Brasil um lugar mais justo com condições mais igualitárias para todos os cidadãos, independentemente da sua classe social.

Analisar as propostas de cada candidato e verificar a coerência delas com os atos pregressos de quem as propõe é fundamental para quem tem em mão poderosa arma democrática: o voto.

É chegada, então, a hora de decidir quem melhor pode governar o país, fazendo que ele de fato cumpra os seus preceitos constitucionais.



Ouvir o texto
goo.gl/6zjjvO



O CONASS, como representante dos secretários estaduais de saúde e considerando que a saúde é a principal preocupação dos brasileiros e a principal bandeira eleitoral dos candidatos que pleiteiam o cargo máximo do nosso país, elaborou uma Agenda para a Saúde do Brasil, na qual apresenta as principais propostas dos gestores estaduais para estruturar a área da saúde e fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS).

Para o presidente do CONASS, Wilson Duarte Alecrim, a sucessão presidencial é momento privilegiado para a reflexão coletiva sobre o país que queremos e quais caminhos teremos para construí-lo.

Alecrim destacou que o SUS tem sido capaz de se estruturar e se consolidar como um sistema público de saúde de enorme relevância pelos resultados apresentados para a população brasileira, mas observou que ainda há muitos problemas que precisam ser enfrentados para que ele se torne de fato um sistema universal e de qualidade para todos os cidadãos brasileiros. “É inegável que precisamos enaltecer os avanços do SUS, no entanto é necessário que façamos reflexão para identificar as suas perspectivas e, nesse sentido, é que o CONASS elaborou essas propostas”, explicou.

Jurandi Frutuoso, secretário-executivo do CONASS, lembrou que, a cada eleição nacional, o Conselho analisa a evolução do SUS com o objetivo de cooperar efetivamente para seu fortalecimento, e o resultado deste exercício se dá em forma de propostas entregues nas mãos dos candidatos à Presidência da República.

Dos 10 eixos escolhidos como prioritários em 2014, Frutuoso destacou três como mais importantes, porque determinam a consolidação do sistema de saúde: o fortalecimento da gestão do SUS; o financiamento da saúde; e a gestão do trabalho e da educação da saúde.

A expectativa, ainda segundo o secretário-executivo, é que a leitura atenta do docu-

mento possa colocar luzes sobre a necessidade premente do fortalecimento do SUS, o que só se viabiliza com o forte compromisso com a saúde do povo brasileiro feito e cumprido por quem os governa. “Que a Agenda para a Saúde do Brasil sirva de ponto de partida para o programa dos governantes e como ancoradouro para os sonhos de milhões de brasileiros que têm direito a um sistema de saúde que garanta saúde de qualidade para todos”, concluiu.

As propostas, que serão entregues a todos os candidatos à Presidência da República, constituem-se em 10 temas prioritários para que o SUS se efetive como resposta às conquistas da “Constituição Cidadã” de 1988 e aos anseios da sociedade brasileira.

Conheça nas próximas páginas as propostas do CONASS que compõem a Agenda para a Saúde do Brasil.



COMPROMISSO COM AS DIRETRIZES CONSTITUCIONAIS DO SUS

- Reafirmar o compromisso com as diretrizes constitucionais do SUS de descentralização das ações e dos serviços de saúde, de atendimento integral de toda a população, da universalidade do acesso aos serviços de saúde e da participação social e, com base nesse compromisso, avançar na organização e na implantação de novo modelo de atenção à saúde.



NOVO PACTO FEDERATIVO E REFORMA TRIBUTÁRIA

- O CONASS reafirma a necessidade de uma REFORMA TRIBUTÁRIA profunda e suficiente para restabelecer a linha de equilíbrio inerente ao regime federativo posto a fim de permitir novo pacto, mais justo na distribuição da arrecadação e de atribuições, capaz de fortalecer a descentralização, garantindo-lhe condições para a execução das políticas estabelecidas na pactuação entre os entes federados.



FORTALECIMENTO DA GESTÃO DO SUS

- Implantar mecanismos de governança regional que fortaleçam os fóruns intergestores no âmbito do estado – Comissão Intergestores Bipartite e Comissão Intergestores Regional –, para o desempenho de seu papel na organização das Redes de Atenção na região de saúde.
- Investir em instrumentos de regulação integrados a um sistema nacional de informação em saúde que possibilitem aos gestores o exercício de seu papel de regulação e mediação das desigualdades existentes entre municípios e regiões de saúde, que interferem no acesso da população aos serviços e às ações de saúde.
- Considerar, de acordo com cada realidade, a implantação de opções de gerência nas unidades públicas de saúde, tendo em vista a necessidade de se obterem a autonomia e a flexibilidade necessárias à eficiência/eficácia dos serviços públicos de saúde.
- Que a normatização do Ministério da Saúde leve em consideração as diversidades e as desigualdades regionais do país, visando à promoção da equidade na gestão do SUS.



PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE

- Fortalecer os Conselhos de Saúde nas três instâncias gestoras para que desempenhem plenamente sua competência legal, visando a um trabalho cada vez mais efetivo de participação na governança do SUS.
- Aprimorar a organização e o funcionamento das conferências de saúde com o objetivo de dar mais visibilidade às demandas da sociedade expressas nas suas resoluções e construir modos de acompanhamento da implementação das propostas aprovadas.
- Estimular a organização de ouvidorias para auxiliar o cidadão na sua relação com os serviços prestados pelo SUS.
- Reforçar os diversos mecanismos de avaliação de satisfação dos usuários como o Disque-Saúde, pesquisas de satisfação, cartas, caixas de sugestão, endereço eletrônico para contato, entre outros.



MUDANÇA NO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

- A partir da estruturação das Redes de Atenção à Saúde, implantar e fortalecer práticas mais coletivas, contínuas e interdisciplinares, como o autocuidado apoiado e cuidado compartilhado, nos quais uma equipe formada por diversos profissionais de saúde incentiva e ajuda o paciente a promover e a qualificar o cuidado consigo mesmo.



ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

- Estruturar a ambiência das Unidades Básicas de Saúde, seja construindo, ampliando, reformando e dotando de equipamentos minimamente necessários para a atenção à saúde do cidadão, com valor de financiamento que leve em consideração a redução das desigualdades regionais.
- Garantir o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde oito horas por dia, com a presença de todos os profissionais que prestam atendimento à população com ênfase na Estratégia Saúde da Família.
- Prover a qualificação de todos os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde, de forma teórica e prática, com metodologia problematizadora que possibilite de fato a mudança de atitude dos profissionais e impacte nos processos de trabalho nas unidades de saúde.
- Garantir recursos federais suficientes para a implantação das Redes de Atenção à Saúde em todas as regiões de saúde do Brasil e que contemplem todos os pontos de atenção à saúde e a redução das desigualdades regionais.
- Qualificar o componente da Atenção Hospitalar com a imediata implantação da Política Nacional de Atenção Hospitalar e a ampliação de leitos de tratamento intensivo, a fim de garantir a relação de cobertura de 10% dos leitos de CTI/UTI em todas as regiões do país, buscando a desconcentração do acesso e a operacionalização das Redes de Atenção à Saúde.
- Ampliar o financiamento federal visando à oferta de serviços de Atenção Especializada de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, principalmente para o acesso a consultas, pro-

cedimentos de diagnóstico e cirurgias eletivas, levando-se em conta a necessidade da redução das desigualdades regionais.

- Adotar novo enfoque na organização e no financiamento dos serviços de Atenção Especializada com ênfase em um trabalho multiprofissional e na linha de cuidado voltada para a atenção às condições crônicas, com abordagem prioritária a diabetes, hipertensão e doenças renais crônicas.
- Ampliar as competências assistenciais dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP) de acordo com as necessidades locais. Os HPPs poderão ser adequados para serem referência para a Atenção Especializada (consultas e exames especializados), leitos de retaguarda ou outras destinações assistenciais, além daquelas de internação, quando justificadas, tendo em vista o vazio assistencial existente.
- Apoiar e fortalecer as instâncias responsáveis pela avaliação de tecnologias em saúde e em especial a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no âmbito do SUS.



VIGILÂNCIA EM SAÚDE

- Integrar as ações de vigilância, prevenção, proteção e promoção à saúde, todas coordenadas e integradas entre si e com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no SUS, estando presentes no cotidiano de todos os pontos de atenção e, em especial, na APS, com vistas a garantir a integralidade da atenção à saúde da população. Nesse sentido, deve-se buscar compatibilizar os territórios de atuação das equipes; desenvolver o planejamento, a programação, o monitoramento e a avaliação integrados das ações individuais e coletivas e reestruturar os processos de trabalho (como, por exemplo, a instituição de linhas de cuidado que contemplem vigilância, promoção e assistência à saúde).
- Reforçar o suporte laboratorial às ações de Vigilância em Saúde: é fundamental a implementação de uma rede de laboratórios de referência regional e estadual, que disponha de alta tecnologia e qualificação para a realização de exames laboratoriais aplicados em VS, bem como ampliar o financiamento federal para investimento e custeio da

Rede de Laboratórios de Vigilância em Saúde.

- Priorizar as ações de educação permanente na área de VS, em especial aquelas voltadas ao cotidiano das equipes municipais (tanto da VS como da APS), como Cursos Básicos de Vigilância em Saúde e Treinamentos de Sala de Vacina.
- Concluir a discussão e implementar a Política Nacional de Vigilância em Saúde, assim como colocar em prática a Política Nacional de Promoção da Saúde.



GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

- Financiamento pelo ente federal de custeio para as Universidades Estaduais Públicas, visando ao aumento da oferta de cursos de Medicina e de bolsas de Residência Multiprofissional, garantindo-se assim, a qualidade da formação de médicos e das demais profissões da saúde, cujo orçamento deve integrar a área de educação.
- Fortalecer as Escolas de Saúde Pública e Escolas Técnicas dos estados, com ênfase na transferência de recursos financeiros que permitam autonomia para atender às realidades locais a partir dos problemas identificados regionalmente, por meio da educação permanente, cujo objeto de transformação é o processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade, para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços.
- Expansão da oferta de mestrados profissionais para todas as categorias, visando ao fortalecimento da capacidade crítica, à abordagem científica das questões dos serviços e às propostas de intervenção e inovação tecnológica, aproximando os serviços das universidades e centros de pesquisa, sem perda da qualidade dos mestrados acadêmicos.
- Manutenção do financiamento pelo ente federal dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (Agentes Comunitários de Saúde e Mais Médicos) com mecanismos de incentivo que visam à fixação profissional.
- Discussão junto ao Congresso Nacional de adoção no país do Serviço Civil Obrigatório para as profissões de saúde.
- Colocar na pauta de discussão da GESTÃO DO TRABALHO NA SAÚDE a proposta de carreira para o SUS.



MUDANÇA DA LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL

- Modificação da Lei de Responsabilidade Fiscal, a fim de permitir a alteração do artigo que limita os gastos com pessoal da área da saúde.

SAÚDE
+10

MAIS RECURSOS PARA O SUS

- O CONASS reafirma a necessidade de aprovação imediata do Projeto de Lei Complementar n. 321/2013, que define que a União aplique o equivalente a 10% das Receitas Brutas para Ações e Serviços Públicos de Saúde no orçamento do Ministério da Saúde.

Vice-presidentes do CONASS destacam pontos importantes

Os vice-presidentes do CONASS também falaram sobre as propostas apresentadas e reforçaram a importância do compromisso político dos candidatos e candidatas à Presidência da República com a defesa intransigente da saúde como um direito de todos e com o aperfeiçoamento do SUS. O subfinanciamento foi ponto destacado por todos.

Michele Caputo Neto, secretário de Estado da Saúde do Paraná e vice-presidente do Conselho na Região Sul, definiu como prioridade a questão do financiamento da saúde pública. Segundo ele, o SUS público e universal só avançará com o compromisso formal de ampliar seu financiamento, principalmente com recursos federais. “Entre as décadas de 1980 e 1990, a União era responsável por mais de 70% do gasto público com saúde e, hoje, o financiamento federal não chega a 45%”, esclareceu.

Caputo Neto observou que, atualmente, os programas do Ministério da Saúde financiam prioritariamente os serviços das regiões metropolitanas, mais populosas, deixando os pequenos municípios sem acesso a muitos atendimentos de saúde, o que obriga a população a grandes deslocamentos em busca

de tratamento. Além disso, a defasagem da tabela SUS tem afastado prestadores do serviço público, o que contribui para que procedimentos como cirurgias eletivas tenham filas de pacientes à espera de atendimento. “Essa realidade só vai mudar com a ampliação do investimento federal em saúde e com a definição de projetos estratégicos dirigidos a todos os municípios brasileiros. O principal compromisso que a sociedade espera do futuro presidente do país é a aplicação de 10% das receitas correntes brutas da União em Saúde, equiparando a responsabilidade que municípios e estados têm definido por lei”, finalizou.

Para o vice-presidente do CONASS na Região Norte, secretário de Estado da Saúde do Pará, Helio Franco, a Agenda para a Saúde do Brasil tem grande importância para o novo modelo da saúde no Brasil, uma vez que propõe ações primordiais para o bom funcionamento SUS. “A proposta dos secretários estaduais de saúde aos candidatos envolve vários aspectos importantes, que englobam o compromisso com as diretrizes constitucionais do SUS, além do pacto federativo e da reforma tributária, uma das coisas mais importantes nesse país. Precisamos ter equidade na hora da distribuição dos recursos, especialmente aqui na Amazônia, onde temos um custo diferenciado do resto do Brasil”, disse Franco.

Franco também ressaltou a necessidade do fortalecimento e da capacitação da gestão no SUS e reforçou que é de suma importância a participação da sociedade nesse processo. “O projeto também aborda a questão da mudança do modelo de atenção à saúde. Hoje estamos no processo de transição demográfica. Para se ter uma ideia, no Pará, por exemplo, daqui a seis anos teremos mais idosos que crianças de zero a cinco anos, então isso impacta muito nos serviços de saúde”.

Outro aspecto importante destacado por Franco foi a mudança da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). “Essa lei é importante para se evitem alguns desacertos que no passa-

do aconteciam, mas ela também engessa os serviços de saúde. Como disse antes, diante do processo de transição demográfica, temos necessidade cada vez maior de recursos para que os serviços de saúde sejam eficazes e resolutivos”, ressaltou.

E assim como Caputo Neto, o secretário de Estado da Saúde do Pará também chamou a atenção para o Movimento Saúde + 10, que, no ano passado, apresentou mais de 2 milhões de assinaturas ao Congresso Nacional, propondo participação maior do governo federal. “Já que 70% dos impostos arrecadados no Brasil são do governo federal, nada mais justo que definir um percentual a ser aplicado na saúde, nesse caso 10% da Receita Corrente Bruta da União”, concluiu Franco.

O vice-presidente do CONASS na Região Nordeste, secretário de Estado da Saúde de Alagoas, Jorge de Souza Villas Boas, enfatizou que, com o aperfeiçoamento e a implementação das alternativas de gerência no serviço público, com práticas voltadas para a consecução de resultados, aliadas à melhoria do financiamento principalmente com o incremento da participação da União e real prioridade da atenção primária como ordenadora do cuidado, com certeza será possível avançar na estruturação de um SUS que se aproxime das reais necessidades da população brasileira.

“Priorizando melhorias na gestão e no financiamento do SUS, tendo a atenção primária como ordenadora do cuidado, estaremos no caminho certo para a consolidação do SUS que desejamos e de que a população brasileira tanto necessita”, disse.

Para ele, o CONASS como representação legítima do conjunto de Secretários de Estado da Saúde apresenta, de forma concisa e com experiência daqueles que estão vivenciando na prática a gestão do SUS nos estados brasileiros, propostas concretas e viáveis que contribuirão para o avanço da saúde pública no país.

Halim Antonio Girade, secretário de Estado da Saúde do Goiás e vice-presidente do CONASS na Região Centro-Oeste, enfatizou a importância de uma das propostas do CONASS, a que trata do fortalecimento das redes de atenção à saúde. Ele citou alguns exemplos do estado de Goiás que, junto com os municípios, está fortalecendo a rede de atenção a crianças, gestantes, urgência e emergência e saúde mental.

Girade juntou-se aos demais vice-presidentes e defendeu a necessidade de mais recursos financeiros e que a distribuição das verbas seja mais justa, cabendo ao segmento da Saúde recursos capazes para implantar, implementar, manter e aprimorar o sistema de promoção da saúde, prevenção de doenças, atenção e recuperação de agravos, com o fortalecimento da descentralização e das condições para a execução das políticas estabelecidas na pactuação entre os Entes Federados.

O secretário de Goiás chamou a atenção para o fato de os estados sempre se esforçarem para atingir e ultrapassar os 12% obrigatórios, de os municípios sempre ultrapassarem os 15% a que são obrigados, mas ainda assim o Governo Federal aplicar menos do que o necessário. “O SUS está correndo sério risco com um financiamento federal tão baixo. Desde a promulgação da Constituição Federal em 1988, o Brasil tem um sistema público de saúde de caráter universal, mas gasta muito pouco para a sua efetivação”, explicou.

O vice-presidente da Região Centro-Oeste citou o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública – Saúde + 10 – e disse que o próximo presidente precisa ter compromisso com o PLP n. 321/2013. “Esperemos que o Congresso o aprove e o Executivo o sancione. Vale ressaltar que, mesmo com 10%, o financiamento do SUS continua precário, mas, sem esse acréscimo, o SUS fica comprometido em

suas metas de integralidade e universalidade”, concluiu.

Para o secretário de Estado da Saúde do Rio de Janeiro, Marcus Musafir, vice-presidente do CONASS na Região Sudeste, a Agenda para a Saúde do Brasil proposta pelo CONASS é documento fundamental para o próximo presidente do país, pois reforça a missão do SUS e o compromisso de todos os entes federativos com a melhoria do acesso e da qualidade de atendimento dos cidadãos brasileiros. “Espero que, seja quem for o próximo governante do Brasil, ele se utilize deste importante instrumento para elaborar suas políticas públicas”.

Propostas dos Candidatos à Presidência da República

O que propõem para a saúde pública os três candidatos à presidência da república, mais bem colocados nas pesquisas? Analisar as suas propostas e entendê-las sob ótica de quem vai, em menos de um mês, escolher aquele para melhor representá-lo é fundamental para exercer com coerência o direito do voto.

Para saber se as propostas dos candidatos Aécio Neves (PSDB), Dilma Roussef (PT) e Marina Silva (PSB) vão de encontro à Agenda para a Saúde do Brasil elaborada pelo CONASS, acesse nos links abaixo as principais proposições apresentadas por esses candidatos.



Confira as propostas do candidato a presidência da República Aécio Neves, do PSDB, para a área da Saúde do Brasil.

Confira em
goo.gl/sK6Vcu



Confira as propostas da candidata a presidência da República Dilma Roussef, do PT, para a área da Saúde do Brasil.

Confira em
goo.gl/N8L8JN



Confira as propostas da candidata a presidência da República Marina Silva, do PSB, para a área da Saúde do Brasil.

Confira em
goo.gl/JPbo8h



Os candidatos à presidência da República e ao governo dos estados, parlamentares da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, além de instituições ligadas à saúde receberam o documento com as propostas do CONASS para a saúde pública brasileira.

A **Agenda para a Saúde do Brasil** está disponível para *download* no site do CONASS – www.conass.org.br

Acesse e compartilhe as propostas que dão subsídios para o debate sobre o fortalecimento do SUS e ressaltam a necessidade do compromisso dos governantes com a saúde do povo brasileiro.

*Acesse e
compartilhe!*

Acesse em
goo.gl/y9XVDT



Novas epidemias, novos desafios

TATIANA ROSA,
COM INFORMAÇÕES
DA AGÊNCIA SAÚDE

Como o Brasil está se preparando para lidar com surtos de epidemias como o ebola, que se alastra rapidamente pelo continente africano e ameaça se espalhar por outros continentes, e com o surgimento de novas doenças no Brasil, como a Febre do *Chikungunya*

Há alguns meses, as notícias do ressurgimento da epidemia do ebola em países africanos e o surgimento de casos inéditos, no Brasil, da Febre do *Chikungunya*, reacendem o debate sobre como o Sistema Único de Saúde (SUS) tem-se preparado para enfrentar novas situações que coloquem em risco a saúde de sua população.

Para controlar possíveis surtos, autoridades sanitárias anunciaram diversas medidas em uma resposta rápida contra o avanço progressivo dessas doenças.

Surto de ebola assusta o mundo

Desde o início dos primeiros casos de contaminação pelo vírus ebola em países do continente africano, o mundo tem acompanhado com apreensão as notícias sobre o surto da doença, que já matou aproximada-

mente três mil pessoas na África, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS)– até o fechamento desta edição–, a qual já considera esta como a pior epidemia em termos de pessoas afetadas, número de mortos e extensão geográfica desde a descoberta do vírus em 1976.

Diante da gravidade do quadro, a OMS declarou, no dia 8 de agosto, a epidemia de ebola como emergência pública sanitária internacional e definiu medidas de controle e restrições de viagem, além de verificações em aeroportos, portos e postos de fronteiras em todas as pessoas que apresentarem febre e outros sintomas semelhantes aos do ebola.

Além de definir essas medidas, a chefe da organização, Margaret Chan, também solicitou apoio à comunidade internacional, pois, segundo afirmou, os países que



Ouvir o texto
goo.gl/3bmHsG



enfrentam a epidemia não têm condições de enfrentá-la sozinhos.

Como resposta ao pedido da OMS, o governo brasileiro, por meio do Ministério da Saúde, anunciou a doação de R\$ 1 milhão para a organização com o objetivo de fortalecer as ações para a interrupção da transmissão do ebola nos países acometidos pela epidemia. A medida foi anunciada em [entrevista coletiva](#), pelo ministro de Estado da Saúde, Arthur Chioro, também no dia 8 de agosto.

Na ocasião, o ministro ressaltou não haver risco de transmissão do vírus no Brasil e anunciou reforço nas ações de monitoramento e vigilância na rede de saúde e pontos de entradas do país.

De acordo com Chioro, o país tem seguido as recomendações da OMS. Ele esclareceu que a elevação da classificação do ebola significa alerta mundial para a cooperação internacional de ajuda aos países com registro de casos, fortalecendo as ações de combate à cadeia de transmissão da doença e de contenção do surto de ebola naquelas regiões.

Entre as medidas já adotadas pelo Ministério da Saúde, estão a preparação dos hospitais de referência por parte das Secretarias Estaduais de Saúde (SES); a doação de 4 kits para Guiné, 5 para Serra Leoa e 5 para Libéria; a divulgação de mensagens sonoras nos aeroportos brasileiros com recomendações a passageiros de voos internacionais; a mobilização dos equipamentos de proteção individual; e a ativação do Centro de Operações de Emergências

em Saúde (COES) no nível II de alerta. Os kits enviados são capazes de atender 500 pessoas por três meses. Cada kit contém 48 itens, sendo 30 tipos de medicamentos, incluindo antibióticos e anti-inflamatórios, e 18 insumos para primeiros-socorros, como luvas e máscaras. Essas medidas têm como meta fortalecer as ações de ajuda para o controle da doença.



Durante o anúncio, o secretário de Vigilância em Saúde, Jarbas Barbosa, esclareceu o motivo da elevação para o nível 'dois' de alerta. “Essa medida tem o objetivo de acompanhar e intervir imediatamente em algum caso suspeito que venha a ser identificado em qualquer cidade do país. Quero ressaltar, ainda, que Instituto Evandro Chagas está preparado para fazer o diagnóstico do caso suspeito”, observou.

OMS divulga plano de contenção

No dia 28 de agosto, a OMS divulgou plano estratégico para impedir o aumento da transmissão do vírus ebola dentro de seis a nove meses por meio de medidas prioritárias que devem solucionar os principais gargalos existentes em meio à crise.

Segundo a nota oficial da Organização, o plano possui orçamento de 490 milhões de dólares, apresenta visão consolidada dos recursos globais estimados para conter a epidemia nos próximos meses e responde à necessidade urgente de aumentar a resposta internacional sobre o maior surto do ebola já registrado na história com 3.069 casos e que até o fechamento desta edição já contabilizava quase três mil mortes.

Epidemia do vírus Ebola já é considerada a pior desde o surgimento da doença em 1976.



Confira a apresentação do ministro durante a coletiva
goo.gl/0LbDGN



Accesse aqui o plano lançado pela OMS (disponível somente em inglês)
goo.gl/1Wa2gS



Como forma de complementar essas ações, a Organização das Nações Unidas (ONU) iniciou o desenvolvimento de plataforma operacional para monitorar e facilitar a prestação dos serviços essenciais e emergenciais nas áreas de logística e transporte.

Perguntas e respostas sobre o ebola

Fonte: Agência Saúde

1 – O que é a doença causada pelo vírus ebola?

A doença do vírus ebola (anteriormente conhecida como febre hemorrágica ebola) é uma doença grave, muitas vezes fatal, com taxa de letalidade que pode chegar até os 90%. Afeta os seres humanos e primatas não humanos (macacos, gorilas e chimpanzés). O ebola foi identificado pela primeira vez em 1976, em dois surtos simultâneos: um em uma aldeia perto do rio Ebola, na República Democrática do Congo, e outro em uma área remota do Sudão. A origem do vírus é desconhecida, mas os morcegos frugívoros (*Pteropodidae*) são considerados os hospedeiros prováveis do vírus Ebola.

2 – O vírus Ebola passa de pessoa para pessoa?

Depois que uma pessoa entra em contato com um animal que tem ebola, ela pode espalhar o vírus na sua comunidade, transmitindo-o para outras pessoas. A infecção ocorre por contato direto com o sangue ou outros fluidos corporais ou secreções (fezes, urina, saliva, sêmen) de pessoas infectadas. A infecção também pode ocorrer se a pele ou as membranas mucosas de uma pessoa saudável entrarem em contato com objetos contaminados com fluidos infecciosos de um paciente com ebola, como roupa suja, roupa de cama ou agulhas usadas. Cerimônias fúnebres em que os enlutados têm contato direto com o corpo da pessoa falecida, como é comum em comunidades rurais de alguns países africanos, também podem desempenhar papel importante na transmissão do ebola. Pessoas que morreram de ebola devem ser manipuladas apenas por quem esteja usando roupas de proteção e luvas. O corpo deve ser enterrado imediatamente. O vírus ebola não é transmitido pelo ar.

3 – Quais são os sinais e sintomas do ebola?

O ebola produz uma doença grave. O início súbito de febre, fraqueza intensa, dores musculares, dor de cabeça e dor de garganta são os sinais e sintomas típicos. Isso é seguido por vômitos, diarreia, disfunção hepática, erupção cutânea, insuficiência renal e, em alguns casos, hemorragia tanto interna como externa. O período de incubação, ou o intervalo de tempo entre a infecção e o início dos sintomas, pode variar de dois até 21 dias. Os pacientes tornam-se contagiosos apenas quando começam a apresentar os sintomas. Eles não são contagiosos durante o período de incubação. A confirmação dos casos de ebola é feita por exames laboratoriais específicos.

4 – É possível termos casos de ebola no Brasil?

Pelas características da infecção pelo Ebola, a possibilidade de ocorrer uma disseminação global do vírus é muito baixa. Desde sua descoberta em 1976, o vírus tem produzido, ocasionalmente, surtos em um ou mais países africanos, sempre muito graves pela alta letalidade, mas, autolimitados. A seriedade do atual surto é a sua extensão, atingindo três países e a demora em se atingir seu controle. Isso ocorre pela precariedade dos serviços de saúde nas áreas em que ocorre a transmissão, que não dispõem de equipamentos básicos de proteção aos profissionais de saúde e aos demais pacientes, bem como pelas práticas e tradições culturais de manter pacientes em casa, inclusive escondendo sua condição das autoridades sanitárias, e a realização de rituais de velórios em que os parentes e amigos têm bastante contato com o corpo do falecido. No Brasil, não há circulação natural do vírus ebola em animais silvestres, como em várias regiões da África.

Capacitação

Com o objetivo de fortalecer mais ainda as ações de prevenção e combate ao vírus ebola e colocar em prática as medidas adotadas pelo governo brasileiro em resposta a eventual caso suspeito da doença em viajante internacional, o Ministério da Saúde realizou, no dia 29 de agosto, simulação para caso suspeito.

A ação foi realizada no Aeroporto Internacional Antônio Carlos Jobim (Galeão) e no Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, com a Polícia Federal, com a Empresa Brasileira de Infraestrutura Aeroportuária (Infraero), com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); com o Corpo de Bombeiros; com a Tam Linhas Aéreas; e com a Concessionária RIO Galeão.

O objetivo foi colocar em prática os planos de preparação e protocolos elaborados para essa situação, servindo como treinamento das instituições envolvidas na detecção e na resposta, em condições que simulam um caso real.

“Precisamos sempre colocar nossas equipes em situações mais parecidas no dia a dia com as situações concretas de uma emergência para poder ganhar qualidade e eficiência na resposta”, afirmou o ministro Arthur Chioro, durante entrevista coletiva realizada no dia da simulação.

Segundo ele, apesar de o risco de transmissão do ebola ser muito pequeno no país, é importante que as equipes estejam bem preparadas.

Febre do Chikungunya: transmissão dentro do país acende alerta

Desde 2010, quando o Brasil registrou pela primeira vez três casos da doença contraídos no exterior, o Ministério da Saúde passou a acompanhar e monitorar continuamente a



situação do vírus causador da Febre *Chikungunya* no país. No entanto, foi no final de 2013, ao serem confirmados casos no Caribe, que o Ministério da Saúde elaborou o plano nacional de contingência da doença, cujas metas são a intensificação das atividades de vigilância; a preparação de resposta da rede de saúde; o treinamento de profissionais; a divulgação de medidas às secretarias; e a preparação de laboratórios de referência para diagnósticos da doença.

Este ano, de janeiro até o último dia 16 de setembro, o Sistema de Vigilância em Saúde do SUS registrou 39 casos da doença no país sendo que em dois deles, a transmissão ocorreu pela primeira vez em pessoas sem registro de viagem internacional para países onde ocorre transmissão da doença. Os casos foram registrados no município de Oiapoque, no Amapá.

Desde então, o Ministério da Saúde juntamente com o município de Oiapoque e com apoio da Secretaria de Estado da Saúde do Amapá, intensificou as medidas de controle da doença com ações que vão desde a busca de novos casos suspeitos com alerta nas unidades de saúde e comunidade, à remoção e tratamento químico de criadouros de mosquitos transmissores da doença.



Acesse aqui o Plano Nacional de Contingência de *Chikungunya*
goo.gl/Dd81nr



Confira em
goo.gl/GncR1o



A atualização periódica do número de casos da Febre *Chikungunya* no mundo pode ser obtida no endereço eletrônico ao lado.

O secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, Jarbas Barbosa, afirmou que os profissionais de saúde já receberam orientações para o atendimento adequado dos pacientes, principalmente no que diz respeito à necessidade da diferenciação clínica e do monitoramento dos casos. “Em algumas situações o *Chikungunya*, apresenta casos graves como a dengue. O profissional deve prestar atenção em idosos que tem doenças crônicas, câncer ou doença cardíaca grave. São esses geralmente os casos que se agravam com *Chikungunya*”, explicou.

Além da capacitação dos profissionais, o Ministério da Saúde definiu uma série de ações como a organização de um Seminário Internacional sobre *Chikungunya* previsto para o início de outubro, a elaboração de campanha de mídia de mobilização para adoção de medidas preventivas contra a doença e um Levantamento Rápido de Infestação do *Aedes aegypti* (LIRAA), em outubro, para identificação das áreas infestadas pelo *Aedes aegypti* e *albopictus*.

O Ministério também promoverá reuniões macrorregionais de mobilização das secretarias estaduais e municipais de saúde para o combate à dengue e *Chikungunya*, no período de 24 a 28 de novembro.

Todas as informações sobre classificação de risco e manejo do paciente com suspeita da doença, sobre a preparação e resposta à introdução do vírus no Brasil e sobre os procedimentos a serem adotados estão disponíveis na página do Ministério da Saúde.

Sobre a doença

No idioma africano makonde a palavra *chikungunya* significa “aqueles que se dobram”. Daí o nome da doença, tendo em vista a postura que os pacientes adotam diante das dores articulares que a doença causa. Os sintomas da doença são febre alta, dor muscular e nas articulações, cefaleia e exantema e costumam durar de três a 10 dias. A sua letalidade, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), é rara e menos frequente que nos casos de dengue, e o tratamento é feito para combater os sintomas. ■

Qual a diferença entre os mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*?

Aedes aegypti

- Presença essencialmente urbana.
- A fêmea alimenta-se preferencialmente de sangue humano.
- O mosquito adulto encontra-se dentro das residências e os *habitats* das larvas estão mais frequentemente em depósitos artificiais (pratos de vasos de plantas, lixo acumulado, pneus, recipientes abandonados etc.)

Aedes albopictus

- Presença majoritariamente em áreas rurais, peri-urbanas.
- A fêmea alimenta-se principalmente de sangue de outros animais, embora também possa se alimentar de sangue humano.
- Suas larvas são encontradas mais frequentemente em *habitats* naturais, como internódios de bambu, buracos em árvores e cascas de frutas. Recipientes artificiais abandonados nas florestas e em plantações também podem servir de criadouros.

Fonte: Ministério da Saúde



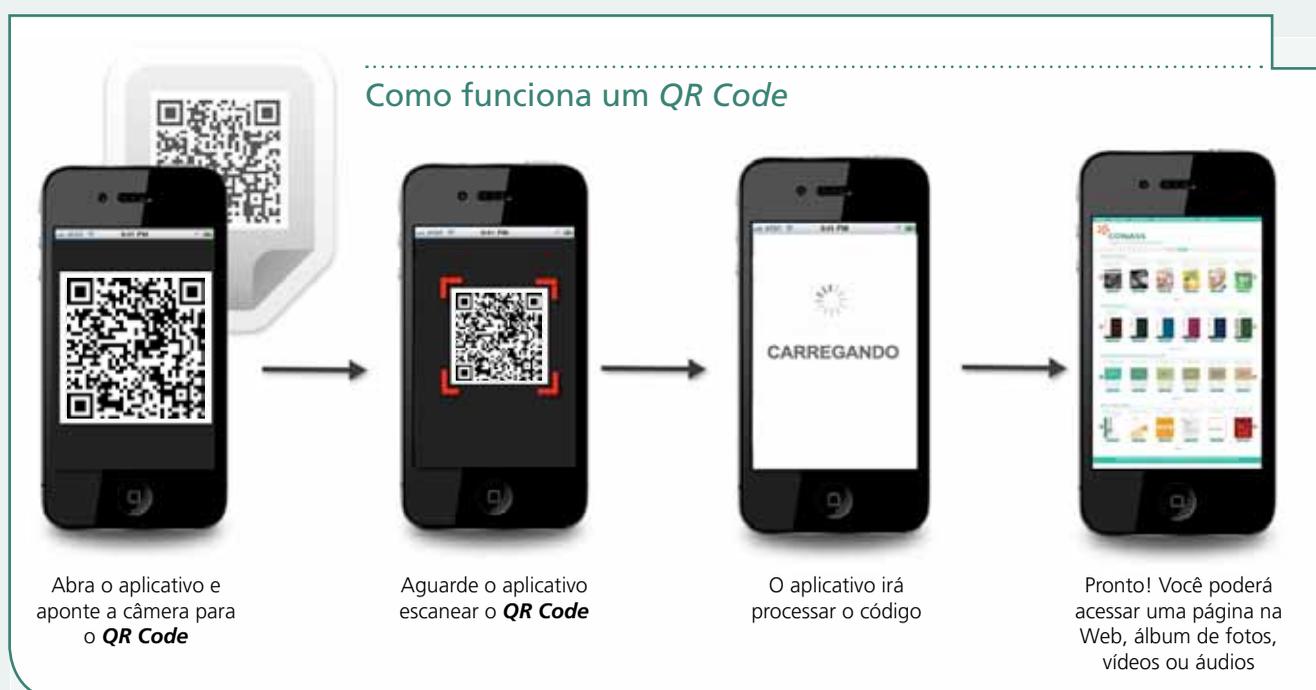
Saiba como aproveitar a interatividade da revista Consensus

A revista **Consensus** inova e torna a experiência de leitura mais ampla e imersiva: a tecnologia de QR Code, um código de barras em 2D (duas dimensões) que permite ao leitor obter informações complementares de forma rápida e prática

A utilização de QR Codes é simples e fácil. Para fazer a leitura dos códigos é preciso ter um *smartphone* ou *tablet* equipado com câmera e um aplicativo (app) leitor de QR Code. Praticamente todos os modelos recentes de *smartphones* disponíveis no mercado possuem um app pré-instalado. Caso o seu *smartphone* ou *tablet* não tenha, acessar a loja de aplicativos pelo próprio celular (Google Play, Apple App Store, BlackBerry App World etc.) e fazer o *download* do aplicativo leitor/*scanner* de código QR.

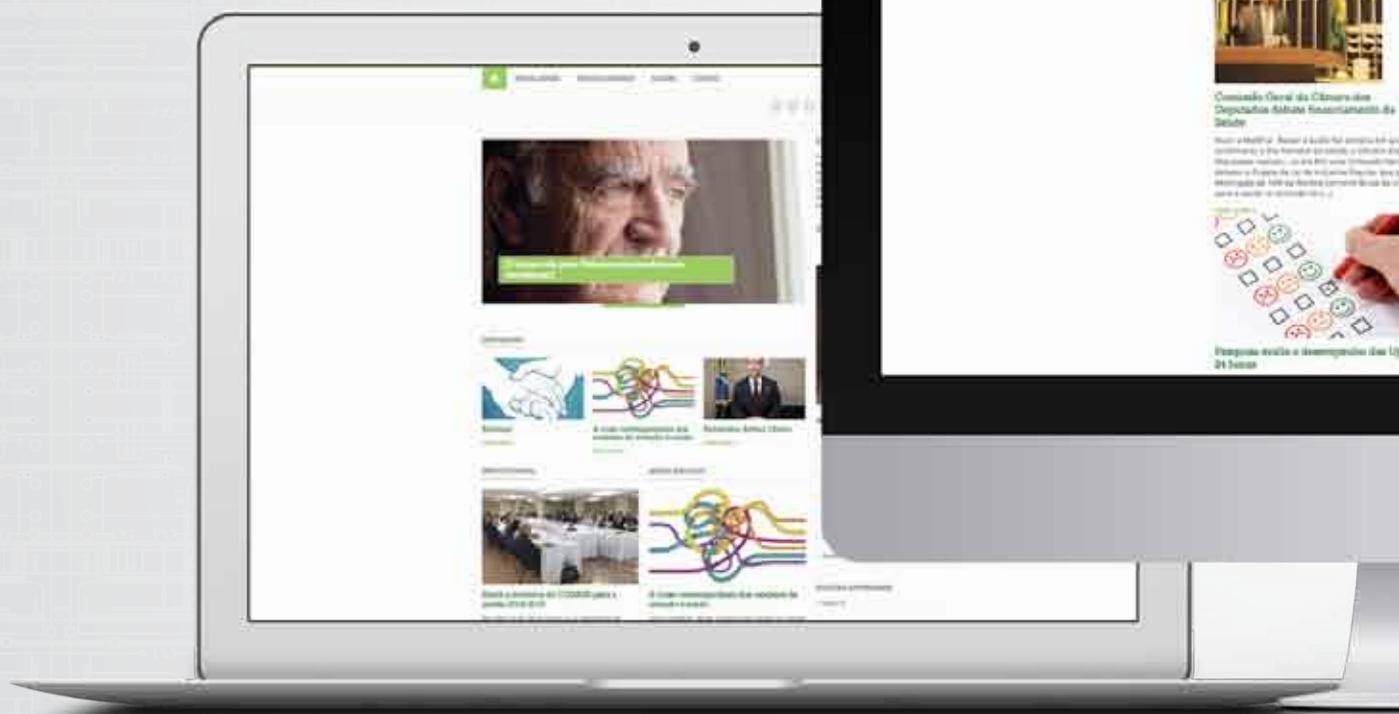
Abra o aplicativo leitor de QR Code, aponte a câmera do seu dispositivo móvel para o código que deseja acessar e, por meio da digitalização, todas as informações contidas no QR Code, como, por exemplo vídeos, fotos, áudios e websites irão abrir em seu dispositivo.

Agora que você já sabe como utilizar, usufrua todos os benefícios do QR Code aproveite o conteúdo interativo da revista **Consensus!** ■



A revista Consensus também está na internet

O novo site da revista **Consensus** tem recursos e conteúdos exclusivos, áudios das matérias, edições anteriores, integração com as mídias sociais e muito mais!

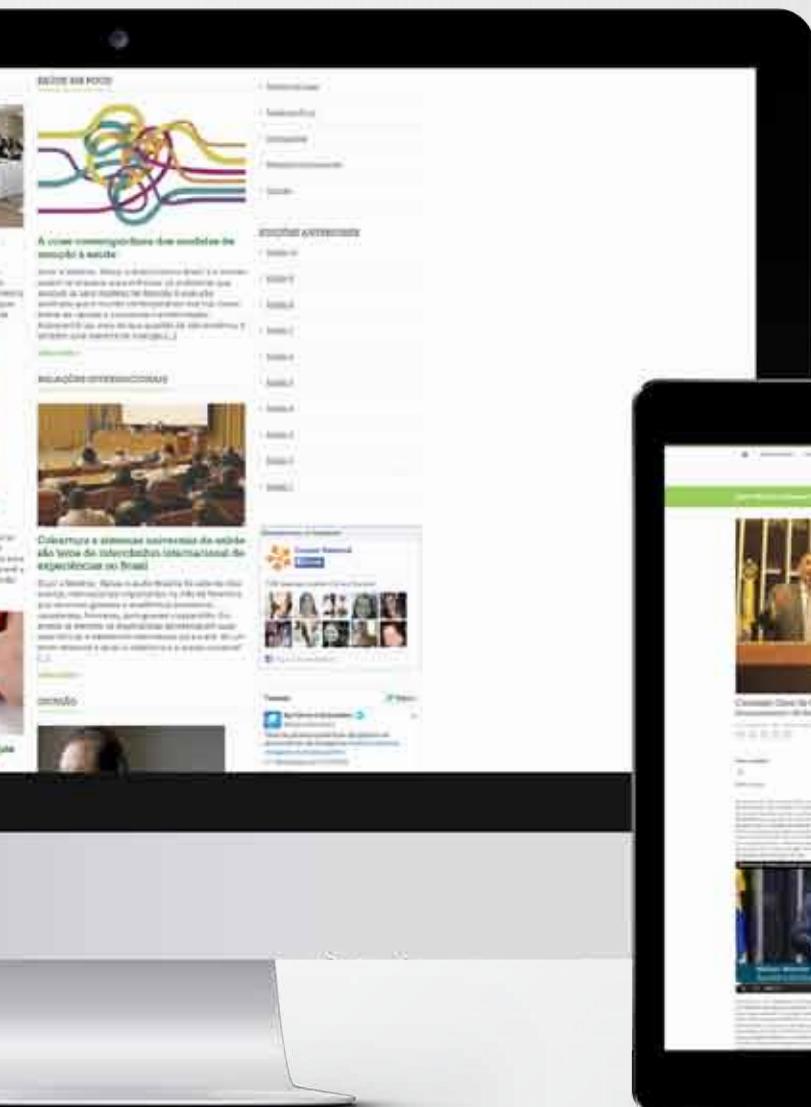


Acesse: www.conas

Com o novo site você tem:

- + Interatividade
- + Conhecimento
- + Mobilidade
- + Conteúdo
- + Agilidade

Acesse também pelo seu *tablet* ou *smartphone* e leia a revista **Consensus** a qualquer hora, em qualquer lugar.



www.consensus.org.br/consensus



Comunidade internacional debate a situação da Aids no mundo

TATIANA ROSA

Em julho deste ano, a cidade de Melbourne, na Austrália, recebeu especialistas do mundo inteiro para a 20ª Conferência Internacional sobre Aids 2014. O evento apresentou os avanços e os retrocessos ocorridos em todos os continentes em relação à prevenção e ao tratamento da doença que afeta mais de 33 milhões de pessoas no mundo todo, segundo dados do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (Unaid).

O secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, Jarbas Barbosa, e o diretor do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, Fábio Mesquita, participaram da conferência e representaram o Brasil, que, desde o início da epidemia, se destaca em relação ao tratamento e à prevenção da doença.

Para falar sobre os avanços do Brasil no controle e na prevenção da doença, a equipe da revista **Consensus** conversou com Fábio Mesquita, que explicou a situação da epi-

demia de Aids no Brasil e falou sobre como o Ministério da Saúde tem se debruçado para enfrentar essa situação com estratégias que colocam o Brasil na vanguarda da prevenção e do tratamento da Aids.

Segundo ele, a epidemia da doença está equilibrada e de certa maneira estabilizada nos últimos anos no país, porém, devido à grande extensão territorial e à grande diversidade do Brasil, a estabilidade não se dá de maneira uniforme. Outra característica da epidemia, ainda segundo o diretor, é a sua concentração em populações-chave, que são homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, usuários de drogas e homossexuais.

Para demonstrar como se dá essa concentração, ele compara dados que mostram que, na população geral do Brasil entre 0 a 100 anos, a prevalência do HIV é de 0,4%. Já em algumas dessas populações-chave, a prevalência chega a ser até 12 vezes maior. Sendo assim, explica, “o foco das nossas ações de prevenção e tratamento está concentrado nessas populações



Ouvir o texto
goo.gl/jpu1Cp





Fábio Mesquita, diretor do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, apresentou os avanços do Brasil contra a Aids, durante a Conferência Internacional sobre a doença, realizada em Melbourne, na Austrália, em julho deste ano

que mencionei e isso se dá no diagnóstico, nas ações de prevenção e no tratamento”.

No entanto, não é apenas o Brasil que possui essa característica. Um dos debates mais interessantes ocorridos durante 20ª Conferência Internacional, na opinião do diretor, foi justamente o que revelou que a epidemia global tem diminuído, mas ainda se mantém relativamente importante em países onde a epidemia também é do tipo concentrada e segue perfil parecido com a do Brasil, como os Estados Unidos da América, alguns países da Europa, da Ásia e também da América Latina.

Fábio Mesquita observou que, durante muitos anos, até mesmo as organizações internacionais como a Unaid e a Organização Mundial da Saúde (OMS), focavam muito das respostas globais nas epidemias generalizadas e com isso os esforços eram mais concentrados para a África Subsaariana. “Nessa conferência, ficou muito claro que até mesmo nessa região há epidemia concentrada

em grupos-chave. Precisamos de ações focadas”, ressaltou.

Para priorizar essas populações mais vulneráveis, o Ministério da Saúde lançou, no ano passado, o projeto Viva Melhor Sabendo, no qual trabalha em parceria com 60 Organizações Não Governamentais que têm penetração nesses grupos considerados de risco. “Com essa estratégia que utiliza tecnologia simples – a do fluido oral –, cujo resultado sai em 15 minutos, temos conseguido altas taxas de positividade nessas populações-chave. Essa estratégia é muito boa porque você não precisa esperar que a pessoa vá até um serviço de saúde. O serviço vai até ela, nas festas, nas saunas etc.”, resalta Mesquita.

Ele também chamou a atenção para a necessidade de focar ações de prevenção na população de jovens *gays* e destacou que o mundo inteiro tem debatido estratégias para chegar a esse segmento, pois, segundo ele, de todas as populações de risco que têm crescido, essa é a que mais preocupa.



Diferentemente daquela geração de 30 anos atrás, quando teve início a epidemia e quando muitos morreram, não havia muita esperança e, quando se começou a falar que era preciso usar camisinha, as pessoas levaram muito a sério e naquele momento a estratégia funcionou. “Essa geração atual não viveu o drama da geração passada onde os seus ‘heróis’ morreram em decorrência da Aids. Hoje, isso praticamente não acontece mais e essas pessoas não introjetaram a questão de que a Aids ainda é um risco importante. Além disso, é preciso considerar que essa é uma geração muito mais liberal que a passada. As baladas e as formas de relacionamento sexual são infinitamente mais liberais. Então como falar com essa geração é uma dúvida que o mundo todo tem”, explicou.

Brasil na Vanguarda

“Nós começamos a resposta à epidemia muito cedo. Iniciamos o tratamento com o medicamento AZT assim que ele surgiu em 1991 e, em 1996, incorporamos o coquetel e garantimos o acesso universal e gratuito. Acho que esses fatores levaram o Brasil a ter certo destaque no cenário internacional”, afirmou o diretor do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, Fábio Mesquita, quando questionado se o Brasil ainda se destacava na prevenção e no tratamento da Aids.

Apesar desse grande avanço, o Brasil, segundo observou, manteve-se por um tempo estagnado e acabou perdendo o protagonismo de ser o país que sempre estava à frente e que sempre tomava decisões arrojadas e questionava o status quo das decisões clássicas.

No entanto, Mesquita afirmou que, na 20ª Conferência Internacional sobre a Aids, foi possível perceber que o país retomou a vanguarda. Isso porque muitas novidades apresentadas durante o encontro já acontecem no Brasil, como, por exemplo, o fato de ter sido um dos primeiros países a esten-

der, em dezembro do ano passado, com o novo Protocolo Clínico de Tratamento de Adultos com HIV e Aids, o tratamento com antirretrovirais a todos os portadores do vírus ainda que eles tenham uma carga viral baixa, uma estratégia já conhecida como TASP (Treatment as Prevention). “Ao todo, apenas dez países adotaram o tratamento como prevenção. O Brasil foi o terceiro a adotar essa medida. Nessa Conferência percebemos que retomamos a vanguarda e estamos entre os países mais avançados no mundo em relação ao tratamento da Aids e essa estratégia é uma tendência mundial”, comemora o diretor.

Ele explica que, ao se tratar mais cedo um paciente soropositivo, as chances de o seu sistema imunológico ficar deprimido são cada vez menores e, por isso, a tendência é a queda na mortalidade e cita o exemplo da tuberculose. “A tuberculose mata 13% dos brasileiros com Aids. Se nós tivermos uma redução de 13% na mortalidade, já é um impacto extraordinário e que reduziria algo em torno de 1.500 mortes por ano”.

Fora isso, há ainda o benefício coletivo, pois, a partir do momento em que a carga viral do soropositivo é diminuída, o vírus não se torna circulante e as chances de transmissão são menores. “Isso por si só já é um ótimo motivo para começar o tratamento mais cedo”, ratifica.

Outra questão importante sobre a qual o Brasil tem se debruçado em estudos inéditos e que foi bastante debatida na conferência diz respeito à Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), que consiste no uso diário de antirretrovirais em pessoas não infectadas, mas que estão em risco muito elevado de infecção pelo HIV, de forma a bloquear a aquisição do vírus.

Fábio Mesquita esclarece que essa estratégia ainda não foi incorporada no Brasil, tendo apenas o Estados Unidos da América

como o único país a adotá-la. “A discussão que temos feito em relação ao PrEP gira em torno da sua viabilidade dentro do Sistema Único de Saúde”, diz.

Segundo ele, já existem dois estudos no Brasil: um no Rio de Janeiro conduzido pela Fundação Oswaldo Cruz, no qual participam homens que fazem sexo com outros homens; e outro estudo em São Paulo conduzido pela

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, do qual participam 800 pessoas de todos os grupos considerados populações-chave. “Quando esses dois estudos tiverem resultados é que nós poderemos analisar e entender se, no SUS, na vida real, essa estratégia irá funcionar. Só então decidiremos se vamos incorporar o PrEP ou não”.

Atenção Primária à Saúde no manejo da Aids como doença crônica / experiência das SES

Hoje a Aids já é considerada doença crônica manejável. Sendo assim, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais tem concentrado esforços a fim de descentralizar o cuidado dos pacientes que convivem com o vírus para a Atenção Primária à Saúde (APS). O objetivo é concentrar os serviços especializados, como o Serviço de Atendimento Especializado (SAE), para aqueles pacientes que já apresentam alguma complexidade em decorrência da doença.

Essas medidas, segundo Mesquita, visam desafogar os serviços especializados para aqueles pacientes que já apresentam algum tipo de complicação em decorrência da doença. “Em alguns estados, as pessoas demoram até seis meses para uma primeira consulta. Em outros casos a demora para fazer um exame de carga viral é muito grande também. Utilizar a estrutura extraordinária que é a estrutura do SUS na Atenção Básica faz que um paciente que está equilibrado, que não tem coinfeção grave e que está com resposta imune boa não tenha a menor necessidade de ir se tratar em um serviço especializado”, explicou.

Mesquita traça ainda paralelo entre a Aids e outras doenças infectocontagiosas como a tuberculose e a hanseníase, que antes eram tratadas em asilos e/ou locais especiais e que depois ti-

Redução da Taxa anual de mortes por HIV/aids.

Brasil – queda de 2,3%

Mundo – queda de 1,5%



Saiba mais
goo.gl/MeCkXv



veram o seu tratamento simplificado, sendo mais fácil de serem tratadas no âmbito da Atenção Primária.

Para o assessor técnico do CONASS, Ne-reu Henrique Mansano, é importante que a Aids seja tratada como qualquer outra doença crônica. Segundo ele, é fundamental que o cuidado do HIV/Aids seja incorporado à APS. “Essa premissa vem de encontro ao que o CONASS defende que é a importância da estruturação das Redes de Atenção à Saúde e o fortalecimento da Atenção Primária. É preciso de imediato ampliar o diagnóstico com os testes rápidos, promover ações de prevenção e educação em saúde etc.”, disse.

Nesse sentido, o CONASS tem trabalho com as áreas de Vigilância em Saúde e APS das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), a fim de promover a integração das ações de Vigilância em Saúde na Atenção Primária.

Em maio deste ano, o CONASS promoveu uma Câmara Técnica Conjunta entre a APS e a Vigilância em Saúde na qual um dos debates foi acerca das estratégias para o cuidado das

doenças crônicas transmissíveis HIV/AIDS e Hepatites Virais. Na ocasião, Marcelo Freitas, da Coordenação de Assistência e Tratamento do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais/MS, apresentou o Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica e enfatizou que, historicamente, o manejo da Aids sempre foi feito no nível secundário, por especialistas, quando grande parte das ações deveria estar sendo desenvolvidas na APS.

Na reunião também foram apresentadas as experiências das SES do Rio Grande do Sul, do Rio de Janeiro e da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Ao final do encontro e após a realização de trabalhos de grupo, algumas propostas de estratégias foram elencadas pelos representantes das SES.

Entre elas, destacam-se a necessidade de os setores envolvidos com a Vigilância em Saúde e a APS discutirem em conjunto a situação de cada estado, definindo prioridades e realizando planejamento estratégico conjunto, com foco na organização do processo de

TASP SE INTEGRA A OUTRAS ESTRATÉGIAS PARA COMPOR NOVA POLÍTICA DE TRATAMENTO DE HIV NO BRASIL



Fonte: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde

trabalho, a importância de trabalhar as condições crônicas sempre na lógica da definição e a organização das linhas de cuidado, o resgate da discussão dos papéis da APS e da Vigilância em Saúde, tendo como pano de fundo o modelo de atenção à saúde e a inserção da vigilância em saúde para dentro do processo de organização das redes de atenção.

Uma das SES que se destacam nesse sentido é a do Rio Grande do Sul. Há aproximadamente uma década o estado e cidades da Região Metropolitana de Porto Alegre concentram as maiores taxas de incidência de Aids no Brasil.

“Com base nesse alto índice e com o objetivo de construir uma resposta efetiva, a SES entendeu que ações para controle da epidemia deveriam ser prioridade de governo, mas deviam ser desenvolvidas como parte do projeto estratégico de fortalecimento e ampliação da Atenção Básica”, explica o diretor-adjunto do Departamento de Ações em Saúde da SES, Ricardo Brasil Charão.

Ele explica que a primeira de muitas ações desenvolvidas foi dar início ao processo de implantação dos testes rápidos para diagnóstico de HIV e triagem da sífilis, iniciando pela rede de Atenção Básica à Saúde. “Este processo teve início em 2012 e hoje os resultados já são bastante satisfatórios. Segundo dados parciais do 2º ciclo do Programa de Melhoria e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), 60,86% das equipes que aderiram ao programa no Rio Grande do Sul responderam ter sempre disponíveis os testes rápidos para diagnóstico de HIV. A média Brasil, por sua vez, foi de 24,45%”, compara o diretor.

Ricardo Charão observa que a implantação dos testes rápidos constitui potente ferramenta para ampliação da capacidade de diagnóstico precoce, o que é fundamental para a redução da mortalidade por Aids.

No entanto reforça que a disponibilização dos insumos, por si só, não é suficiente, sendo necessário avançar na mudança do processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Charão explica outra medida adotada. No intuito de incidir sobre o processo de trabalho das equipes passou-se a trabalhar de forma georreferenciada, com a presença de apoiadores institucionais no território.

Além disso, houve a pactuação em Comissão Intergestores Bipartite (CIB) da Resolução CIB RS n. 503/2013, que estabelece repasse financeiro entre R\$ 4 e R\$ 5 mil com recursos do tesouro do Estado, para as equipes nas quais for inserido um segundo enfermeiro. “Para aderir a tal incentivo o gestor municipal deve assinar uma Termo de Compromisso no qual se compromete com um elemento mínimo de ações, entre elas, realização de testagem rápida para HIV e sífilis, assim como tratamento da sífilis na unidade de saúde”, explica.

Paralelo a este processo, explica Charão, teve início a capacitação de equipes de ESF para, havendo necessidade naquele território, iniciar o processo de compartilhamento do cuidado com a rede de serviços especializados.

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) iniciou, neste ano, uma discussão sobre a Política Estadual de Saúde Integral em DST/Aids e Hepatites Virais. Para isso, tem trabalhado na construção de uma linha de cuidado, a fim de qualificar a APS, fortalecer os ambulatórios e reorganizar a atenção hospitalar.

A coordenadora do Programa Estadual DST/Aids-SP, Maria Clara Gianna, explica como está sendo conduzido o processo. De acordo com ela, o estado de São Paulo tem uma característica peculiar. “Contamos com 200 Serviços de Atenção Especializada em HIV/Aids (SAE) no estado. É um número razoável. Destes, 85% estão vinculados às Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Esse processo de descentralização da atenção do HIV é muito importante e já ocorre desde o final dos anos 1980”, declara.

Essa característica, segundo ela, mostra que a atenção ao HIV em São Paulo não está centralizado nos hospitais universitários como acontece em outros estados. Sendo as-

sim, a proposta da linha de cuidado é fortalecer os ambulatorios de especialidades e os centros de testagem e aconselhamento já existentes e, por meio da articulação desses serviços com a rede básica, ampliar e qualificar na atenção básica as ações de testagem para o HIV, Sífilis e Hepatites, o atendimento as DST e o controle da Transmissão Vertical da Sífilis e do HIV.

Segundo Gianna, a maioria dos municípios já possui Unidades Básicas de Saúde (UBS) que realizam testes rápidos e estão sendo fortalecidas para o atendimento às DST. Além disso, 15% dos 200 SAEs já estão inseridos nas UBS. “Nós passamos por um processo longo de descentralização, e a proposta da linha de cuidado visa qualificar a atenção básica, fortalecer os ambulatorios e reorganizar a atenção hospitalar”.

A coordenadora observou que a proposta da linha de cuidado que está sendo construída com o total apoio do Secretário de Estado da Saúde, David Uip, e do COSEMS-SP, e inclui verba da SES no valor de R\$ 30 milhões para o ano de 2015.

Articulação com as SES e principais desafios

A nossa relação com as SES é excelente, porque elas são nossas parceiras em absolutamente tudo. Seria praticamente impossível, no país da dimensão do Brasil, definir qualquer medida ou tomar qualquer decisão que não levasse em consideração essa realidade. Todos esses protocolos e decisões técnicas são discutidas nas nossas câmaras, na tripartite e na relação com o próprio CONASS”, afirma o diretor do Departamento de DST/Aids, Fábio Mesquita.

Ele cita o exemplo da criação dos hotspots na qual a decisão de onde seria organizada uma cooperação interfederativa com atenção diferenciada tomada a partir de um convênio feito entre o Ministério da Saúde e as SES do Rio Grande do Sul e do Amazonas.

Em relação aos principais desafios, Mesquita ressalta que o Brasil, assim como o mundo todo, ainda tem muito que avançar. Ele citou uma meta conjunta da Organização

Mundial de Saúde (OMS), Unaid, dos países do Grupo de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e da Sociedade Civil Regional que é a ‘90/90/90’ até 2020.

Para explicar como funciona, Mesquita esclarece que é fundamental conseguir testar as pessoas que são HIV positivo e que ainda não sabem disso. Segundo ele, estima-se que hoje no Brasil existam cerca de 150 mil pessoas que são HIV positivo e não sabem. “A maioria dessas pessoas está concentrada nas populações-chave e, portanto, a concentração é um bom caminho para tentarmos testar”, explica.

A meta, explicou, “consiste em termos 90% de pessoas vivendo com HIV testadas para o HIV; 90% destas pessoas em tratamento antirretroviral e 90% destas com supressão de carga viral, pois assim, conseguiremos fazer que o vírus não circule”.

Fábio Mesquita destaca que, se essa meta conseguir ser cumprida, haverá grande transformação no perfil da epidemia no Brasil, pois irá garantir que a carga viral seja suprimida, evitando, assim, a transmissão e os agravos que a doença pode causar naquele indivíduo.

Em relação à meta do programa de Aids das Nações Unidas de acabar com a epidemia de Aids até 2030, o diretor é categórico. “Acabar com a epidemia não é acabar com a Aids: é acabar com os níveis epidêmicos, é a gente conseguir controlar a doença de uma forma em que vai haver casos, mas não no nível epidêmico que existe hoje” finaliza.

No âmbito das SES, o assessor técnico do CONASS, Nereu Henrique Manzano, enfatiza que um dos grandes desafios é dar apoio técnico aos municípios para que a APS amplie o seu papel começando com aquilo que é mais básico, como diagnóstico da gestante, prevenção, diagnóstico precoce etc. “Esse é um desafio enorme porque precisamos fortalecer a APS como um todo, mas a realidade é que os nossos serviços ainda estão mantendo aquele modelo de atender às condições agudas”. ■

Biblioteca Digital do CONASS

O SUS em um clique

www.conass.org.br/biblioteca



Conferências Nacionais de Saúde – é preciso mudar?

A Conferência Nacional de Saúde se fortaleceu ao longo dos anos como espaço efetivo para a participação e o controle social no SUS, mas reflexões sobre a necessidade de mudança no seu formato começam a surgir

TATIANA ROSA



Confira aqui a Lei n. 378/1937
goo.gl/y0VzDh



Saiba mais acessando o seu relatório
goo.gl/Kgxd90



Ouvir o texto
goo.gl/guklX4



Estabelecidas pela Lei n. 378/1937, que reorganizou os ministérios da Educação e da Saúde como forma de manter o governo a par das ações desenvolvidas pelos estados nessas áreas, as Conferências Nacionais de Educação e de Saúde foram instituídas com o objetivo de serem órgãos destinados a promover o permanente entendimento desses ministérios com os governos estaduais no terreno da administração dos negócios de sua competência.

Quatro anos após a sua instituição por lei, o Brasil deu o primeiro passo na busca pela participação e pelo controle social nas políticas públicas de saúde com a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde.

Hoje, 73 anos depois, apesar de já estarem consolidadas como espaço onde a sociedade se articula para garantir os interesses e as necessidades da população na área da Saúde e assegurar as diversas formas de pensar o Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Saúde (CNS) entende que esses espaços precisam mudar em vários aspectos.

É o que afirma a presidente do CNS, Maria do Socorro de Souza, quando questionada pela revista Consensus sobre a necessidade de se mudar o formato desses fóruns. “As conferências têm por atribuição fazer uma avaliação da situação de saúde e apontar ajustes e deliberar acerca das diretrizes das políticas de saúde. No setor saúde, aprendemos muito a fazer conferências, contudo há o consenso de que precisamos ampliar os seus propósitos, melhorar o seu formato e o modo de fazê-las”, diz.

Para promover essas mudanças, Maria do Socorro explica que o CNS tem promovido uma série de debates e discussões, a fim de construir novo formato para a realização da 15ª Conferência Nacional de Saúde a ser realizada em 2015, em Brasília/DF.

Segundo ela, o Conselho propõe inovações, com diferentes temporalidades, na forma de mobilizar, promovendo a ampliação da participação social, articulando segmentos menos representados, a exemplo da população em situação de rua, juventude, população



8ª Conferência Nacional de Saúde representou um marco na história das conferências nacionais

ribeirinha, do campo e da floresta, comunidades tradicionais e indígenas, mulheres, negros, pessoas com deficiências, LGBT, imigrantes, ciganos, entre outros. No formato, a proposta, segundo ela, é incluir novas etapas.

Socorro esclarece que o Plenário do CNS aprovou, por unanimidade, na reunião ordinária do conselho ocorrida no mês de agosto, o tema da 15ª Conferência: “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas. Direito do povo brasileiro”. Além disso, foi aprovada, também, a metodologia da conferência, estruturada em quatro etapas. A primeira consiste na avaliação da Saúde no Brasil, com contribuições e diretrizes para a elaboração dos instrumentos federais de planejamento e orçamento em saúde; na segunda etapa, serão realizadas as etapas municipais e estaduais com indicação de diretrizes e eleição de delegados; na terceira, será realizada a Etapa Nacional da 15ª; e, por último, a quarta etapa, a ser realizada após a 15ª Conferência Nacional com a elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS/2015) e o monitoramento das deliberações.

Esse monitoramento, será, segundo a presidente, o maior desafio após a conferência, pois o relatório final com as deliberações não pode ser tratado pela gestão como mera carta de intenções. “A agenda dos governos – em todas as esferas – só terá legitimidade se incorporar a agenda da sociedade. Este é nosso maior desafio”, destacou.

Para o secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS), André Bonifácio, são inegáveis os avanços em termos de espaços de participação e controle social em saúde, sendo possível destacar a existência de conselhos de saúde em 100% dos municípios brasileiros e a ampliação da participação direta dos cidadãos, inclusive por meio de outros mecanismos, como as Ouvidorias em Saúde, audiências públicas, dos comitês de políticas de promoção da equidade em saúde, entre outras.

Bonifácio observa que a participação social já está consolidada na Saúde, mas é recente em outras políticas, e observa que, nos últimos 12 anos, ela tem-se tornado mais efetiva em outras políticas públicas. De acor-



do com o secretário da SGEF, a Saúde tem-se debruçado para ampliar e fortalecer esse espaço, criando mecanismos de maior escuta da sociedade brasileira, dos diferentes movimentos sociais que ainda não estão representados nos conselhos de saúde, mas que fazem uso dos serviços de saúde pública, e que precisam apresentar a sua pauta e ocupar legitimamente o seu lugar nas discussões sobre o SUS. “Um marco recente disso é a inovação trazida pela representação da População em Situação de Rua em alguns conselhos estaduais, e também no Conselho Nacional de Saúde, que tem incorporado, de modo cada vez mais forte, também as demandas das populações negra, LGBT e do Campo, Floresta e Águas, para citar alguns exemplos”.

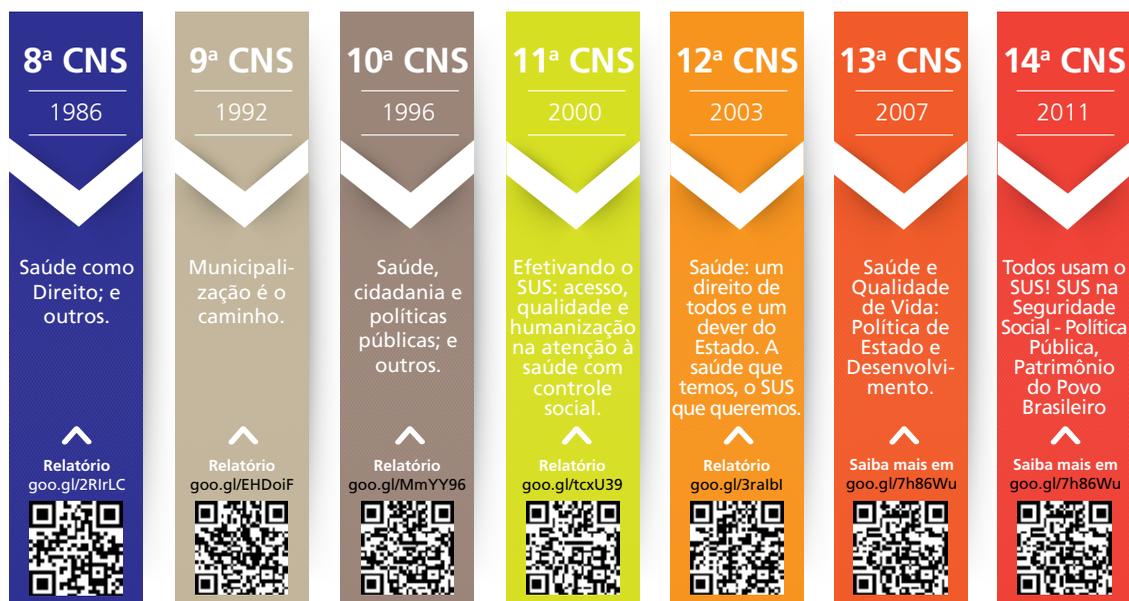
As Conferências precisam, na visão do secretário, “ser, na verdade, espaço que aponte as diretrizes para o Plano Nacional de Saúde e o Plano Plurianual, o PPA, que é feito a cada quatro anos. Esse é o desafio que o Conselho Nacional de Saúde está debatendo para a realização da 15ª Conferência Nacional de Saúde no próximo ano”, destacou.

Na opinião do gestor de Relações Institucionais da Pastoral da Criança e conselheiro de saúde representante da Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), Clóvis Boufleur, nos mais de 70 anos de realização de conferências, os formatos foram se ajustando ao longo da história.

Para Boufleur é preciso ousar e pensar em etapas regionalizadas. “Precisamos ousar nesse aspecto, mas precisamos, acima de tudo, pensar sobre a forma de abordar a questão da regionalização e como viabilizar isso. Precisamos conhecer o que já existe de organização local e regional e ampliar o leque de participação e também das formas de organização da sociedade nas regiões”, reforçou.

Existe distanciamento dos gestores em relação às conferências e aos conselhos de saúde?

“Em algumas situações sim; além de distanciamento, há também desconhecimento por parte de gestores acerca do papel do controle social”, acredita a presidente do CNS, Maria do Socorro.



Para ela, isso acontece por diferentes fatores e destaca a cultura política democrática ainda em construção no país e que concorre com práticas conservadoras; o desconhecimento de alguns gestores e conselheiros de que a participação social é um dos princípios constitucionais; a ausência de representação da gestão em muitos conselhos e conferências e a concorrência entre os espaços de decisão no SUS.

“Não há solução para o SUS sem participação social autônoma e efetiva. Cada gestor precisa assumir sua cota de responsabilidade em prol do fortalecimento do controle social no SUS. É uma conquista da democracia brasileira de que não podemos abrir mão”.

Já na visão do conselheiro Clóvis Bloufleur realmente é baixa a participação dos gestores nesses espaços, com participações mais frequentes apenas em solenidades. “Difícilmente vemos gestores nos grupos de trabalho, por exemplo. O que percebo é que eles se restringem aos processos mais solenes. Acredito que todos devam se sentar à mesa com espírito de igualdade de direitos e deve-

res, porque, mesmo exercendo diferentes funções, do ponto de vista do Estado, todos temos os mesmos direitos e deveres”.

Opinião diferente tem o secretário da SGEF, André Bonifácio. Segundo ele, o que ocorre são atores com posicionamentos e interesses diversos sobre os mesmos objetos, o que, “muitas vezes, pode provocar estranhamentos e divergências que fazem parte do processo de participação, o que é saudável para a democracia”, definiu.

Bonifácio ressalta que o próprio processo de composição dos conselhos garante o assento dos gestores nas discussões e que são eles, inclusive, que convocam as conferências. “Nós precisamos aprimorar o papel do gestor como conselheiro da gestão dentro daquele espaço de participação social e, como gestor da política, como executor das ações. Precisamos aprimorar essa relação, fortalecendo esse espaço de diálogo, compreendendo que o gestor, dentro de um conselho, deve também dar visibilidade à gestão, enfrentando o desafio de fazer, de fato, a gestão participativa”, destacou.

Expectativas e Desafios

Para André Bonifácio, o principal desafio é retomar o papel da Conferência. Ele cita a 8ª Conferência Nacional de Saúde como marco, por ter, naquele momento de redemocratização do Brasil, reconhecido a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, além de ter avançado para a necessidade de se apontarem as diretrizes e os princípios que consolidariam, futuramente, o SUS. “Mais do que pensar o formato, temos de pensar qual o papel político da Conferência, e é esse o desafio que estamos nos colocando para a 15ª edição. Precisamos que a Conferência aponte para a defesa do SUS, reafirme os princípios da universalidade, da integralidade, da equidade e da participação e possa incidir, de fato, nos rumos da saúde pública no país, contribuindo com diretrizes reais para o Plano Nacional de Saúde e o PPA 2015-2018”.

Para se alcançar esse objetivo, no entanto, Bonifácio diz ser fundamental levar para dentro da conferência debates como o reconhecimento das iniquidades territoriais e das diferentes populações nessa dimensão continental que tem o país, discutindo a problemática da saúde no âmbito da sua condição humana, reconhecendo a diversidade especialmente no acesso à saúde, que se dá de modos particulares para o negro, para o cidadão do campo, para os que vivem nos grandes centros urbanos, entre outros. “A 15ª CNS traz como desafio máximo possibilitar que a população usuária de nosso sistema influencie diretamente os rumos da saúde no Brasil a partir de sua contribuição nesse grandioso e democrático processo”, esclareceu.

Clóvis Boufleu destacou que a escolha do tema da 15ª edição “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas. Direito do povo brasileiro” foi grande acerto. “A qualidade dos serviços, na minha visão, é o que existe de consenso no Brasil e no mundo em relação à saúde. Porque a qualidade significa

que houve acertos na área de preparação dos profissionais, no pagamento adequado dos salários, na parte de recursos humanos, na parte de acesso etc.”, disse.

Segundo ele, a expectativa é que o debate avance em relação a esses dois aspectos de maneira que as pessoas tenham mais conhecimento sobre os seus direitos e deveres. “O objetivo da 15ª deve ser debater a necessidade que a população sente em relação a esses dois grandes focos: saúde pública de qualidade para poder cuidar bem das pessoas e as pessoas saberem também dos seus direitos e deveres para poderem exigir qualidade nos serviços”.

Assim como o secretário da SGEPE, Maria do Socorro também citou a 8ª Conferência quando questionada sobre os desafios e expectativas para o futuro. “A expectativa do Conselho Nacional de Saúde é que a 15ª Conferência Nacional de Saúde seja tão relevante quanto foi a 8ª. Queremos fazer uma Conferência diferente com que todos nós possamos contribuir. No entanto, repensar a Conferência é repensar os Conselhos também”, acrescentou.

Socorro explicou que a proposta do CNS é fazer uma avaliação participativa, de massa, em uma escuta respeitosa e consequente. De acordo com ela, esse exercício propiciará maior conhecimento do SUS pela população e pela consciência crítica, dará visibilidade aos conselhos, ampliará e animará a participação social para os processos de tomada de decisão. “Nosso foco será o Plano Nacional de Saúde. Quanto à intersectorialidade, temos feito esforços de dialogar com outros conselhos de políticas públicas e de defesa de direitos das pessoas, entretanto esse desafio exige mudanças na forma de conceber, planejar e executar políticas de saúde”.

A presidente do CNS finalizou ao afirmar ser necessário ousar e pensar as políticas de saúde articuladas com os processos de desenvolvimento social e econômico. “Precisamos pensar saúde para além do setor saúde, para além da agenda dos 4 anos da gestão”. ■



IdeiaSUS

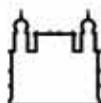
Banco de Práticas e Soluções
em Saúde e Ambiente



www.ideiasus.fiocruz.br

Compartilhe práticas, ações, iniciativas, projetos e programas que tenham por finalidade o enfrentamento de problemas nos campos da saúde e ambiente, com foco no SUS.

Acesse, divulgue a sua prática e conheça outras experiências!



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



CONASS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde



EBOLA, UMA AMEAÇA REAL PARA O BRASIL?

ANASTÁCIO DE QUEIROZ SOUSA, MD

Médico Infectologista e Professor do Departamento de Medicina Clínica e do Departamento de Patologia, Universidade Federal do Ceará. Membro Honorário da Sociedade Americana de Medicina Tropical Presidente do CONASS 1999-2000

OEbola foi e tem sido até o momento uma doença restrita ao continente africano.^{1,2} Descrita inicialmente em 1976, época em que ocorreram epidemias no Sudão e no Zaire (hoje República Democrática do Congo, RDC), nesses 38 anos desde a descrição inicial da doença, muitas epidemias ocorreram. As últimas foram registradas em 2007 em Uganda e na RDC. Após quase 7 anos sem registro da doença, está ocorrendo mais uma epidemia, dessa vez em três países da África Ocidental: Guiné, Serra Leoa e Libéria. Desses países, a doença já foi exportada para a Nigéria e para o Senegal. A situação na Guiné, em Serra Leoa e na Libéria é gravíssima por várias razões, uma delas é que esses países são considerados os mais pobres da África e todos saíram recentemente de guerras civis.³

* Este artigo espelha reflexões geradas pelo projeto Proadi SUS Plano Diretor de Hospitais do Brasil: estratégias para a elaboração de suas bases

A situação de precariedade do sistema de saúde, o baixíssimo nível educacional e as péssimas condições de vida da população fizeram que uma doença que se iniciou em dezembro de 2013 na Guiné avançasse para a Libéria e para a Serra Leoa e somente em março de 2014, após três meses de disseminação, foi reconhecida como Ebola.⁴

Devido ao avanço para muitas comunidades em muitas cidades dos três países, devido à falta de infraestrutura que permita oferecer atendimento com mínima qualidade, devido à falta de profissionais e em virtude da falta de material, o controle da doença demorará ainda muitos meses, mesmo com ajuda internacional. A situação é gravíssima.

Até o dia 7 de setembro de 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS) registrara 4.366 casos de Ebola com 2.218 mortes.

O vírus que causa a doença recebeu o nome de Ebola por causa do rio do mesmo nome no norte da RDC, um afluente do rio Congo. Este rio passa por Yambuku, área onde ocorreram os primeiros casos da doença em 1976. O vírus Ebola pertence à família filoviridae e até o momento foram identificadas cinco espécies do vírus, sendo que apenas quatro es-

pécies causam doença no homem (Zaire ebolavirus, Sudan ebolavirus, Côte d'Ivoire ebolavirus e Bundibugyo ebolavirus). Uma quinta espécie de Ebola é o Reston ebolavirus, que foi identificado em 1989, na cidade de Reston, no estado da Virgínia nos Estados Unidos da América (EUA) em macacos *cynomolgus* importados das Filipinas, que estavam em quarentena e morreram.^{2,5} Uma investigação mostrou que seis pessoas se infectaram, mas nenhuma delas apresentou sintoma algum. Acredita-se que o reservatório do vírus seja um morcego frutífero e pelo menos três espécies desses morcegos (*Hypsignathus monstrosus*, *Epomops franqueti* e *Myonycteris torquata*) foram identificadas com evidência de infecção pelo vírus Ebola.⁶

O período de incubação da doença varia de dois dias até três semanas após a exposição a secreções, sangue ou tecidos de indivíduos ou animais doentes. A doença não se transmite por via respiratória, isto é, tem de haver contato da pele e ou mucosas com secreções e(ou) com sangue ou tecido de indivíduo doente para haver contaminação. Então, por que tantos profissionais de saúde principalmente enfermeiras e médicos contraíram a doença e morreram? A única expli-

cação é a falta de equipamento de proteção individual. Faltam luvas, faltam máscaras, faltam aventais, falta tudo e, desse modo, as pessoas não podem se proteger, se expõem e se contaminam. Reconhecer ou suspeitar de um caso de Ebola fora de um período epidêmico é difícil, porque os sintomas são semelhantes aos de outras doenças endêmicas que ocorrem na África. Por outro lado, toda doença febril grave com hemorragia ou com vômitos e diarreia, especialmente se ocorrer morte, deve-se investigar a possibilidade de Ebola e tomar todas as precauções para evitar a transmissão.³ A doença causada por um dos quatro vírus tem, em geral, as mesmas características daquela causada pelas outras espécies de ebola, no entanto a doença causada pelo Zaire ebolavirus apresenta letalidade mais alta. A quantidade de vírus circulando no organismo humano doente (viremia) é muito grande. Esse fato foi constatado quando foi realizada microscopia eletrônica de tecido (por exemplo, fígado) de pessoas que morreram da doença ou de macacos doentes, que desenvolvem doença semelhante à doença humana. Essa alta viremia e a grande agressividade (patogenicidade) do vírus explicam porque as pessoas que não adotam as precauções recomendadas se contaminam.

O diagnóstico do ebola é baseado na identificação de anticorpos, por meio de sorologia (IgG e IgM) ou identificação do vírus por meio de PCR (reação de polimerase em cadeia) ou o isolamento viral por meio de cultura. Pode-se utilizar, ainda, a imuno-histoquímica e a microscopia eletrônica, a depender da situação específica (geralmente em exames post *mortem*). O método mais utilizado na epidemia atual é PCR, que permite diagnóstico rápido e de certeza.

O tratamento do Ebola consiste em medidas de suporte, manutenção do equilíbrio

hidroeletrolítico, por meio da infusão de soro e de eletrólitos, uso de oxigênio quando necessário e tratamento das infecções secundárias com antibióticos.³ Na atual epidemia, foi utilizado pela primeira vez um tratamento experimental que consiste no uso de anticorpos monoclonais específicos que atuam neutralizando o vírus ebola e, desse modo, interrompendo o processo patogênico e levando à cura especialmente nos casos não tão avançados da doença.⁷ O uso desses anticorpos monoclonais foi utilizado inicialmente em macacos *cynomolgus* que desenvolvem uma doença muito semelhante à doença humana. Nos estudos realizados com esses animais, ficou demonstrado que, quando o tratamento é iniciado bem no começo da infecção, as chances de cura são de quase 100%, no entanto as chances se reduzem se o tratamento é iniciado em uma fase muito avançada da doença.⁸

A prevenção no momento atual deve ser feita com medidas de proteção individual, evitando-se o contato com secreções e sangue de pessoas doentes. Mas essas medidas devem estar associadas à identificação de todos os doentes e de seus contactantes, para que possam ser tratados e isolados, quebrando-se, assim, a cadeia de transmissão da doença.⁶

A vacina para a prevenção do ebola

No 2 de setembro de 2014, o Instituto Nacional de Alergia e Doenças Infecciosas, do Instituto Nacional de Saúde dos EUA, iniciou um ensaio clínico para avaliar uma vacina humana para o vírus ebola. Vacina semelhante foi utilizada em macacos com resultados muito promissores, o que demonstrou que os animais vacinados após serem desafiados com vírus ebola não adoeceram. Espera-se que este estudo inicial permita a utilização da vacina ainda na epidemia atual que se desenvolve na Áfricaidental.

O Brasil deve preocupar-se com o Ebola? O Ebola é uma doença extremamente grave e transmissível. Com o grande número de viagens internacionais, há a possibilidade de que pessoas no período de incubação da doença cheguem ao Brasil e aqui adoeçam. Essa é uma possibilidade remota, remotíssima, mas é real.

Poderá o Ebola ser um problema grave de saúde pública no Brasil? A resposta para esta pergunta é não. Sabemos que caso alguém chegue com a doença poderá até contaminar outra ou outras pessoas, mas não se tornará um problema grave. Sabemos como a doença se transmite e temos todas as condições de trabalhar de tal modo que nenhum profissional se contamine e, em consequência, venha a adoecer. Por outro lado, somente uma vigilância permanente de todos os profissionais e da população e o apoio das autoridades sob todos os aspectos poderão evitar casos autôctones do vírus Ebola em brasileiros.^{9,10} ■

Referências

1. Ebola virus disease (EVD). Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/csr/don/archive/disease/ebola/en>.
2. CDC. Ebola Hemorrhagic Fever Information Packet. Disponível em: <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/pdf/fact-sheet.pdf>
3. Fauci AS. Ebola: underscoring the Global Disparities in Health Care Resources. *N Engl J Med*. 2014 August 13. DOI: 10.1056/NEJMp1409494.
4. Baize et al. Emergence of Zaire Ebola Virus Disease in Guinea: preliminary report. *N Engl J Med*. 2014 Apr 16. DOI: 10.1056/NEJMoa1404505.
5. Dalgard et al. Ebola virus infection in imported primates, Virginia, 1989. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 1989; 38(48):831-2.
6. Leroy et al. Fruit bats as reservoirs of Ebola virus. *Nature*. 2005; 438:575-6. DOI: 10.1038/438575a.
7. Podolsky SH. Serotherapy: back to the future. *Ann Intern Med*. 2014 Aug 12. DOI: 10.7326/M14-1810.
8. Feldmann et al. Ebola virus: from discovery to vaccine. *Nat Rev Immunol*. 2003; 3(8):677-85.
9. Frieden et al. Ebola 2014 – New Challenges, New Global Response and Responsibility. *N Engl J Med*. 2014 Aug 20. DOI: 10.1056/NEJMp1409903.
10. Briand et al. The international ebola emergency. *N Engl J Med*. 2014 August 20. DOI: 10.1056/NEJMp1409858.

No dia 4 de setembro, o Ministério da Saúde anunciou a criação de 39 novos cursos de Medicina no país. A iniciativa é parte da estratégia do **Programa Mais Médicos** com vistas à expansão da formação no país. As vagas estão concentradas em cidades de 11 estados, com 70 mil habitantes ou mais e que não tinham curso superior para graduação de médicos. A lista completa dos municípios contemplados está disponível na área de notícias do portal do CONASS.

O Ministério da Saúde publicou, no dia 3 de setembro, a **Portaria GM n. 1833**, que institui o Grupo de Trabalho Tripartite para elaborar proposta de regulamentação da Lei n. 12.994, de 17 de junho de 2014, que dispõe sobre o piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. O grupo de trabalho será composto por um membro, titular e suplente da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, da Consultoria Jurídica (Conjur/MS); da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES); do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). A portaria, na íntegra, você encontra no site do CONASS – www.conass.org.br.

Está disponível no site do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz) o livro digital **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack – Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?**. A pesquisa é fruto da parceria entre a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). O livro foi organizado pelos pesquisadores do Laboratório de Informação em Saúde (LIS), do Icict, Francisco Inácio Bastos e Neilane Bertoni e traz ampla investigação, que buscou delinear o perfil dos usuários de crack no Brasil e estimar a proporção dessa população nas 26 capitais e no Distrito Federal. Acesse o livro digital e saiba mais detalhes em: <http://goo.gl/IprgZx>

Está em tramitação na Câmara dos Deputados o **Projeto de Lei n. 7262/14**, que destina ao Fundo Nacional de Saúde os recursos arrecadados com pagamento de fianças para liberação de prisão decorrente de infrações de trânsito. O projeto altera o Código de Trânsito Brasileiro (CTB, Lei n. 9.503/1997), que, atualmente, determina que a receita de multas de trânsito seja aplicada, exclusivamente, em sinalização, engenharia de tráfego, de campo, policiamento, fiscalização, educação de trânsito e tratamento de vítimas de acidentes de trânsito. A proposta aguarda votação na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJ) da Câmara para posteriormente seguir para votação no Plenário.

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

PRESIDENTE

Wilson Alecrim (AM)

VICE-PRESIDENTES

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

COMISSÃO FISCAL

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

REPRESENTANTES DO CONASS

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

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

Alysson Bruno Matias Lins (RR); Ana Maria Martins César Albuquerque (PE); Antonio Lastória (MS); Ciro Ferreira Gomes (CE); David Everson Uip (SP); Halim Antonio Girade (GO); Hélio Franco de Macedo Júnior (PA); Jaridel Adailton Souza Nunes (AP); Joélia Silva Santos (SE); Jorge Araújo Lafeté Neto (MT); Jorge Villas Boas (AL); José Bonifácio Carreira Alvim (DF); José Geraldo de Oliveira Prado (MG); José Tadeu Marino (ES); Luiz Antônio Ferreira (TO); Luiz Roberto Leite Fonseca (RN); Marcos Esner Musafir (RJ); Michele Caputo Neto (PR); Mirócles Campos Vera Neto (PI); Ricardo Murad (MA); Sandra Maria Sales Fagundes (RS); Suely de Souza Melo da Costa (AC); Tânia Maria Eberhardt (SC); Waldson Dias de Souza (PB); Washington Couto (BA); William Pimentel (RO); Wilson Alecrim (AM)

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

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

CONSELHO EDITORIAL

Adriane Cruz, Fernando Cupertino, Gilson Cantarino, Jurandi Frutuoso, Ricardo F. Scotti, René Santos, Rita Cataneli e Tatiana Rosa

JORNALISTA RESPONSÁVEL

Adriane Cruz | RP 7672 DF

PROJETO GRÁFICO

Clarice Lacerda
Thales Amorim

DIAGRAMAÇÃO, ILUSTRAÇÕES E CAPA

Marcus Carvalho

IMPRESSÃO

Gráfica Positiva

TIRAGEM

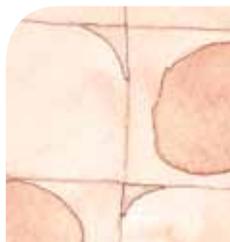
7.000 exemplares

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

Opiniões, sugestões e pautas

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

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



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Siga o CONASS nas redes sociais!



 facebook.com/conassoficial

 twitter.com/conassoficial

 youtube.com/conassoficial

 flickr.com/conass

 slideshare.net/conass

 conass.com.br