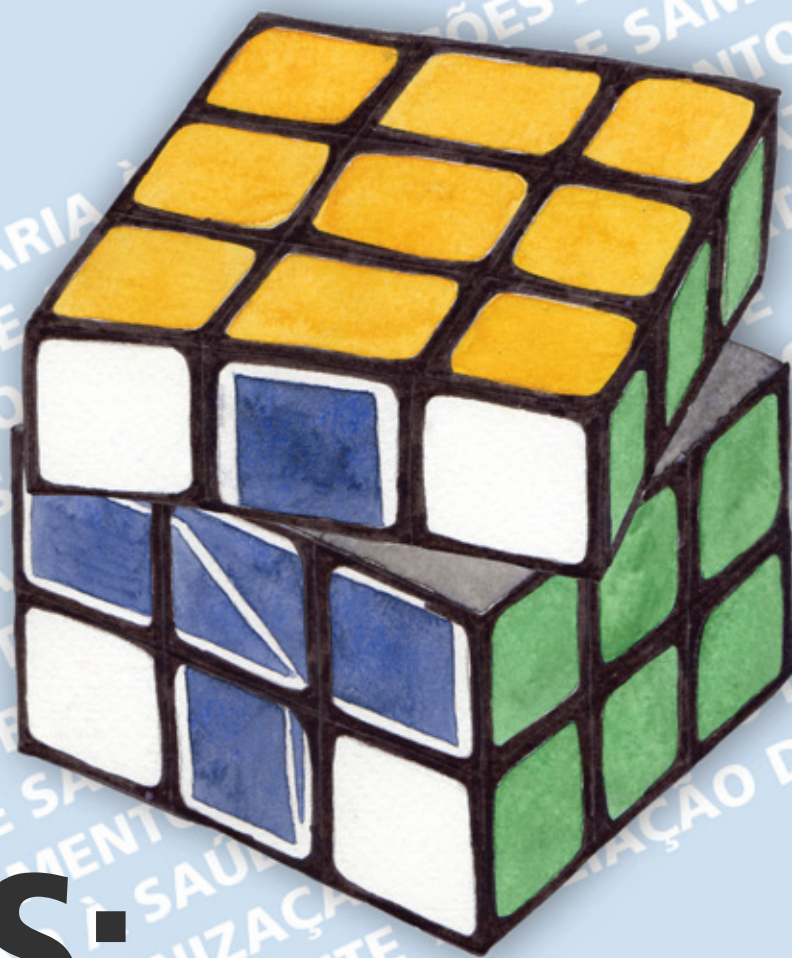


ano 1, número 1  
julho, agosto e setembro de 2011  
www.conass.org.br

# consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE



# SUS: O DESAFIO DA SAÚDE PARA TODOS

# consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE  
Ano I | Número 1 | Julho, Agosto e Setembro de 2011



ILUSTRAÇÃO: MARCO ANTÔNIO MOTA

6

## consensus entrevista

*Adib Jatene recebe a equipe da **Revista Consensus** e fala do problema do subfinanciamento, da precária formação de profissionais de saúde no Brasil e de outros temas polêmicos sobre o SUS*

16

## matéria de capa

*Confira o que oito personalidades ligadas à área da Saúde pensam sobre os desafios que o Sistema Único de Saúde precisa enfrentar para se configurar de fato como uma política pública universal*

## 24 saúde em foco

*Saiba o que são as Redes de Atenção à Saúde e como elas podem consolidar o SUS*

30

## reportagem especial

*Decreto n. 7.508 que regulamenta a Lei n. 8.080/90*

## 33 opinião

*Professor titular em Política de Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Jairnilson Paim, expõe suas opiniões sobre os obstáculos, os desafios e as perspectivas do SUS*

## 37 institucional

## 38 curtas

Um novo formato, mas acima de tudo uma nova linha editorial. Esse é o novo veículo de comunicação social do CONASS, a *Revista CONSENSUS*, propositiva e instigante, com o intuito de alimentar o debate e apontar caminhos que fortaleçam o Sistema Único de Saúde (SUS).

Editada trimestralmente, a publicação abordará pontos relevantes sobre o SUS, trazendo teses e/ou artigos científicos inéditos e polêmicos, configurando-se como um espaço para divulgação de estudos com informações técnicas relevantes para a informação do leitor e para a tomada de decisão dos gestores. A cada publicação da *CONSENSUS*, o leitor terá uma nova entrevista com pensadores, pesquisadores, estudiosos e gestores do SUS, abordando temas atuais, aprofundando a análise e contribuindo para a sua consolidação.

As reportagens irão mostrar a estrutura, o processo de trabalho e a gestão do sistema, aprofundando seus conteúdos com fontes que agreguem valor e conhecimentos diversificados sobre os temas em questão.

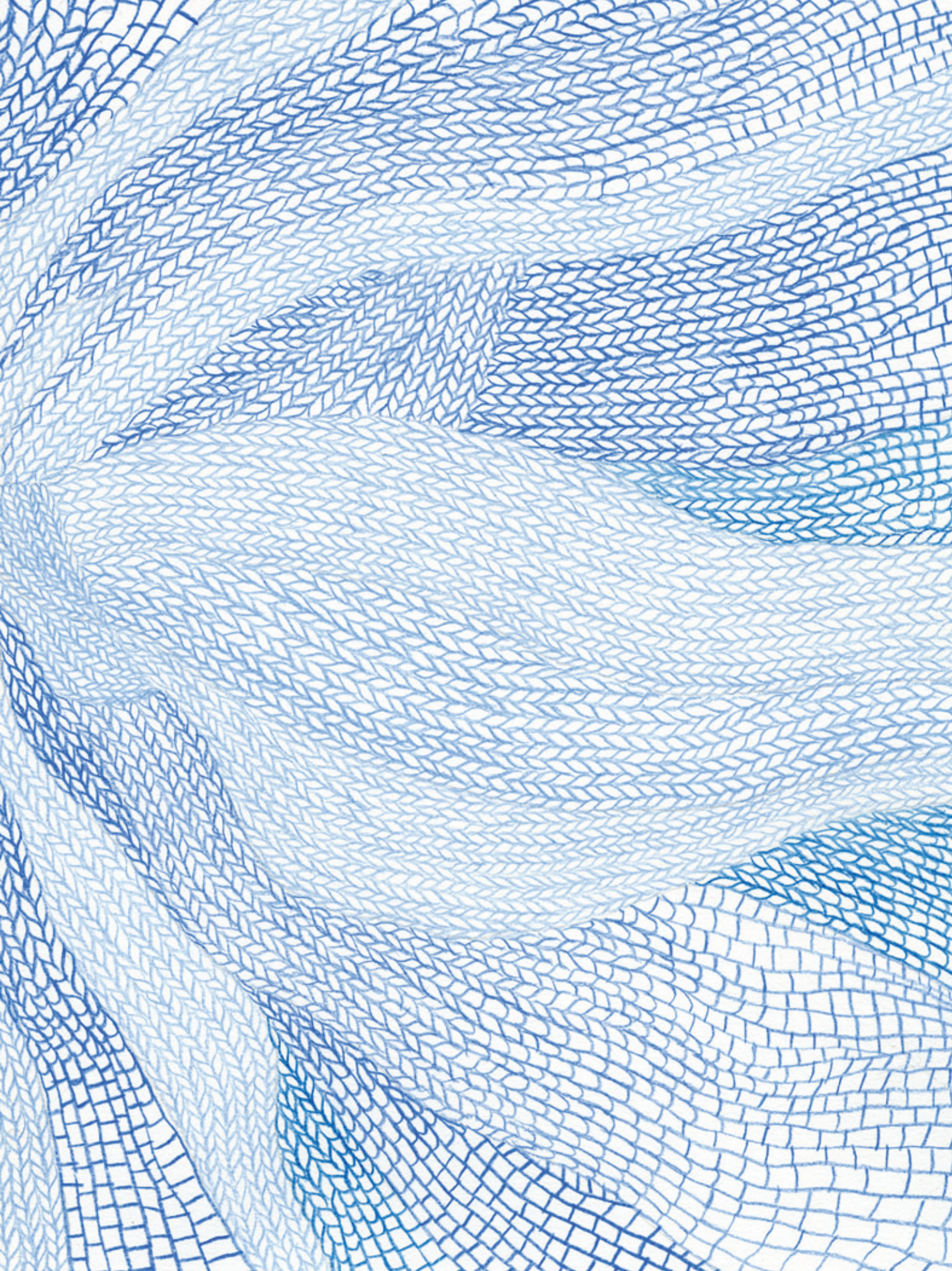
Para esta edição, oferecemos ao leitor uma entrevista com Adib Jatene — primeiro presidente do CONASS, ex-ministro da Saúde e presidente do Hospital do Coração, em São Paulo. Em um encontro com a equipe da Revista *CONSENSUS*, Jatene falou abertamente sobre o subfinanciamento do setor, a formação de profissionais de saúde e outros temas relevantes.

A matéria de capa é uma reflexão sobre as duas décadas de existência do SUS. Ouvimos oito personalidades, entre elas Alexandre Padilha, ministro da Saúde, e os presidentes do CONASS, Beatriz Dobashi, e do Conasems, Antonio Carlos Nardi, que falaram sobre o desafio da saúde para todos.

Como reportagem especial, trazemos a repercussão sobre a publicação do Decreto n. 7.508 que regulamenta a Lei n. 8.080/90.

Por fim, publicamos o artigo escrito especialmente para a revista, SUS: desafios e perspectivas, de autoria do professor titular em Política de Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Jairnilson Paim.

Boa leitura!



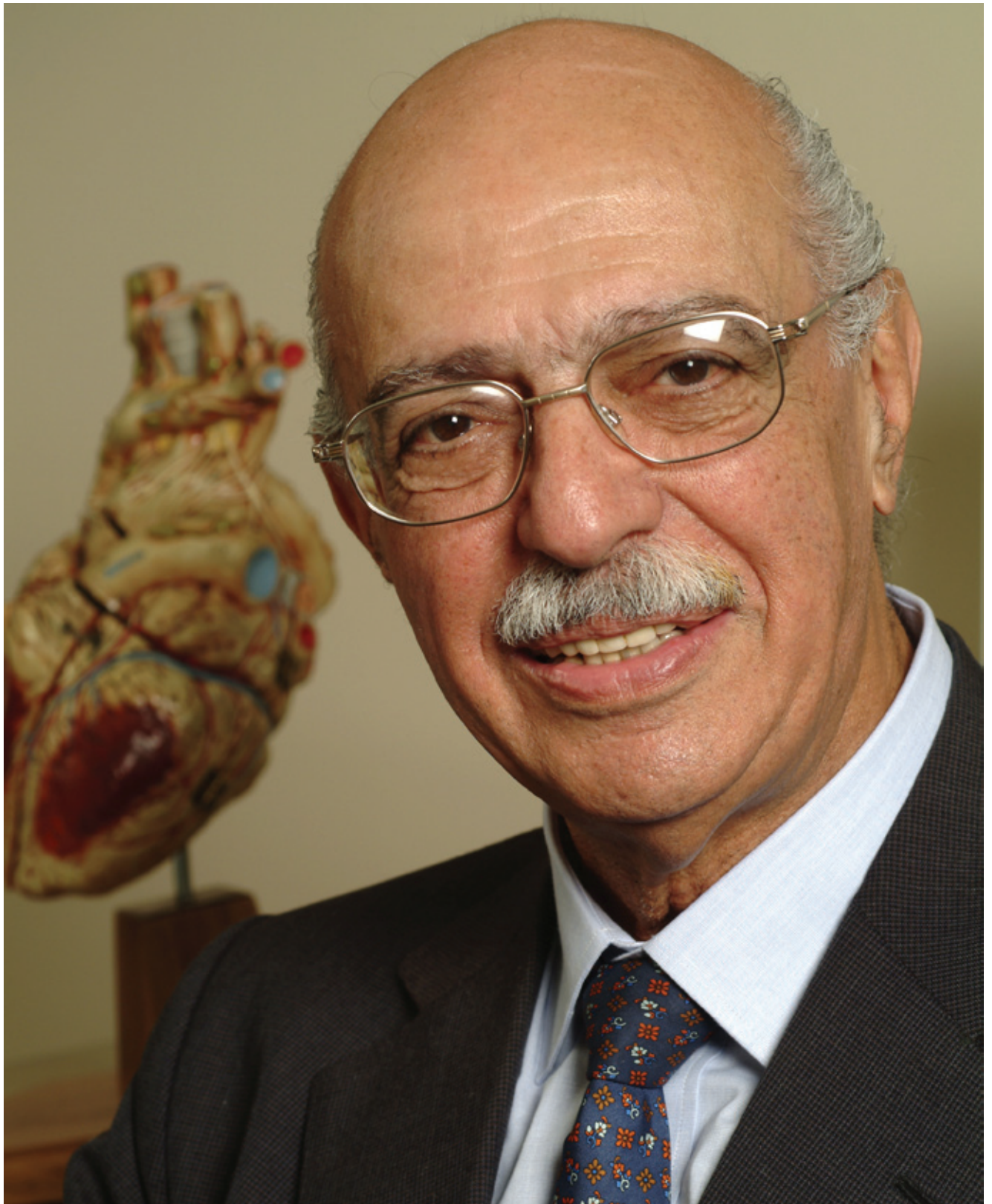
## ENTREVISTA

# *Adib Jatene*

**E**m seu gabinete localizado no 1.º andar do Hospital do Coração, em São Paulo, o médico e ex-ministro da Saúde, Adib Jatene, recebeu nossa equipe para uma entrevista.

Com clareza e sempre firme em suas opiniões, Jatene fala sobre temas polêmicos e sobre o atual momento que vive o Sistema Único de Saúde.

Nas próximas páginas, o ponto de vista de quem respira e luta pelo SUS desde a sua criação: comandou a pasta da Saúde duas vezes (governos Collor e FHC); foi secretário de Estado da Saúde de São Paulo e hoje é diretor-geral do Hospital do Coração, além de membro da Academia Nacional de Medicina.



**Consensus:** Como o senhor avalia a formação médica no Brasil, partindo do princípio de que o país tem um sistema público de saúde?

**Adib Jatene:** A formação médica no Brasil não visa o Sistema Único de Saúde. Hoje, a formação médica está um pouco conturbada. Até 1996, nós tínhamos 82 faculdades de medicina e, hoje, já são mais de 180 e muito mal distribuídas pelo país. Há regiões ou estados como Tocantins, por exemplo, que têm uma vaga para 4 mil habitantes enquanto em São Paulo há uma vaga para 15 mil habitantes. Além disso, a ideia de que o indivíduo que se forma precisa fazer residência médica não é correta. A residência médica não forma médico para o SUS, mas visa à formação de especialistas. Acho que a formação não está absolutamente clara nos seus objetivos.

**Consensus:** Sob esse aspecto, há uma crítica sobre o grande número de faculdades, mas há também uma carência de profissionais no Brasil...

**Jatene:** Eu nunca fui contra a abertura de novas faculdades. Sou contra faculdades que não tenham infraestrutura capaz de fornecer a formação necessária. Hoje, existem faculdades que não têm, por exemplo, pronto-socorro. É difícil entender que uma escola que não tenha um pronto-socorro consiga formar um aluno com o mínimo de conhecimento.

**Consensus:** Outro problema, que em parte é um desdobramento dessa questão da formação profissional, é a dificuldade de se fixar um profissional em regiões remotas do país. Talvez isso aconteça em razão da dificuldade gerada pela insegurança da formação ou também pela falta de atratividade. O que o senhor acha disso?

**Jatene:** Quando se discutem regiões remotas, eu costumo dizer que onde mais falta médico é na periferia das grandes cidades e não nas regiões remotas do país. Se você somar a po-

pulação dos pequenos municípios do país e compará-la com a população das periferias das grandes cidades, vai-se perceber que o problema maior está nas periferias. E levar médicos para essas periferias é tão difícil quanto para as regiões remotas. O Programa Saúde da Família (PSF) — que nós sempre consideramos a grande proposta para o acesso da população — não está atingindo os seus objetivos realmente, porque, de um lado, existem distorções, de outro, existem deficiências em número de equipes para atender à população. Em São Paulo, por exemplo, são 1.200 equipes trabalhando na capital, atendendo a pouco mais de 3 milhões de habitantes. Precisaria de muito mais! O problema é muito complexo e a exigência de um volume de recursos, que não estão disponíveis, dificulta muito. Além disso, o Ministério Público criou um problema em muitos lugares ao exigir o concurso público. Eu já me manifestei várias vezes sobre isso, inclusive escrevi um artigo. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) não é funcionário público, mas um funcionário da população, e não pode ser escolhido por concurso público universal, porque pessoas que têm credenciais muito superiores às necessárias para o ACS vão evidentemente vencer o concurso, e o fundamental: eles não moram na área onde atuam e enorme distorção é criada e se acaba colocando em risco o modelo.

**Consensus:** Sobre a polêmica discussão sobre a flexibilização da carga horária do médico da saúde da família, qual é a sua opinião sobre esse assunto?

**Jatene:** É uma discussão inaceitável. É a negação do PSF e a médio prazo pode excluir o programa em um momento em que nós obtivemos um reconhecimento internacional extraordinário. O artigo do *British Medical Journal* de novembro do ano passado coloca o PSF como modelo inclusive para os países de alta renda e nós estamos deixando o progra-



ma ser desvirtuado. Isso na minha avaliação tem muito a ver com a influência política do programa. Eu sempre defendi a ideia de que não deveria haver influência política no programa, pois políticos não deveriam se utilizar dele. O PSF é um programa para engrandecer o político que o apoie dentro dos objetivos e das suas características originais. E nós temos de lutar para conservá-lo.

**Consensus: O senhor acredita que por trás disso haveria uma tentativa de solucionar um problema que é o da remuneração inadequada e que isso acaba atentando contra a própria razão de ser do programa?**

**Jatene:** Eu não sei qual a razão. A verdade é que não se devia ceder quanto a isso. São distorções que colocam em risco o PSF e, aliás, isso não é a única coisa que acontece no Brasil. No Brasil hoje, por exemplo, os cargos de comando da estrutura do serviço público são colocados para barganha política e isso está destruindo o serviço público na sua estrutura fundamental porque a cúpula é transitória. Dura quatro anos, no máximo oito, quando, na verdade, a estrutura tinha de ser permanente para garantir a continuidade.

**Consensus: Voltando à questão da formação dos profissionais, o senhor disse que a residência não forma médicos para o SUS e sim especialistas. Um serviço civil obrigatório sob supervisão seria uma saída para resolver esse problema?**

**Jatene:** Eu já propus isso até ao ministro da Educação. A minha proposta é que se crie um pré-requisito para a residência médica, ou seja, o indivíduo que termina o curso se obrigaria a trabalhar um ou dois anos no PSF como requisito para a residência. Nessas condições, a escola saberia qual médico formar para que pudesse atender à população sem utilizar a alta tecnologia. Com isso, haveria, no futuro, especialistas com uma consciência social que eles não têm hoje.

*“O Agente Comunitário de Saúde não é funcionário público, mas um funcionário da população, e não pode ser escolhido por concurso público universal”*

**Consensus: Nesses praticamente 23 anos de existência do SUS, há muito debate sobre se o sistema é viável, se não é viável etc. Olhando o passado e mirando o futuro, o senhor acha que o SUS é um sistema que deu certo?**

**Jatene:** Eu acho o SUS a melhor política pública que existe. O problema é que ele está subfinanciado. Eu venho discutindo isso há muito tempo. O problema do financiamento é muito sério e nós do setor da Saúde já sofremos várias frustrações. A primeira grande frustração que nós sofremos foi quando o CONASS foi criado e eu fui o primeiro presidente. Em uma reunião em Manaus, nós, secretários estaduais de saúde, estávamos interessados em reestruturar a assistência primária, criar centros de saúde, e fomos a Brasília solicitar ao ministro Delfim Neto, que era o ministro do Planejamento, a criação de um fundo para ser destinado às Secretarias Estaduais de Saúde para financiar o atendimento primário. O fundo foi criado e foi colocado no BNDE – acrescentaram a letra “s” pra ficar à disposição do presidente da República para atender às emergências, inclusive na área da Saúde. Essa foi a grande

frustração, porque todo esforço foi perdido pela inexistência desse fundo. De lá para cá, nós temos outras frustrações sempre na área da Saúde. A Previdência Social encerrou a sua participação. Houve uma queda tremenda no aporte de recursos. Em 1989, os recursos federais em Saúde eram da ordem de 11,5 bilhões de dólares, em 1993, passaram para 6,5 bilhões de dólares. Quer dizer, são muitos problemas. Cito o exemplo dos grandes hospitais do Rio de Janeiro que eram mantidos pela Previdência Social. Quando o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps) veio para o Ministério da Saúde, já veio com metade do recurso; três anos depois, tiraram todo o recurso e obrigaram esses hospitais a trabalharem apenas com o que o SUS pagava, mas o que o SUS paga não dá para o custeio e, então, os hospitais se deterioraram. E a liderança que era dos hospitais públicos hoje está na mão dos hospitais privados, porque estes, bem ou mal, têm uma remuneração que permite que se mantenham. Quando se criaram, aqui em São Paulo, as Fundações de Apoio que viabilizaram o Incor e que estão sendo utilizadas em várias instituições, o Ministério Público posicionou-se contra e muita gente do setor Saúde posiciona-se contra também. Eu recentemente escrevi um artigo para o jornal *Folha de S. Paulo* sobre isso, e acho que nós devemos encontrar mecanismos de fazer que determinados hospitais, principalmente os universitários, consigam fazer uma remuneração que lhes permita manter a posição de liderança.

**Consensus: Quando se fala sobre o financiamento do sistema, em geral, há a crítica de que o problema não é de financiamento, mas sim de má gestão. Como o senhor vê essa questão?**

**Jatene:** Isso é uma falácia! Vou citar dois exemplos. O Hospital Sírio-Libanês, que é um grande hospital em São Paulo, foi buscar um

gestor público para administrá-lo [refere-se ao Dr. Gonzalo Vecina, ex-secretário de Saúde de São Paulo e ex-presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa]. O hospital Albert Einstein também foi buscar um gestor público para administrá-lo. Se eles não fossem bons gestores, eles não iriam mais administrar. A diferença é que, nesses hospitais, os gestores têm os recursos que não existem no setor público.

**Consensus: Até para aperfeiçoar a gestão precisa-se de dinheiro porque senão, sem o recurso, não se treinam as pessoas...**

**Jatene:** Eu aprendi com o professor Odair Pedroso, em 1953, no último ano do meu curso de medicina, que um hospital, além dos recursos de custeio, necessita pelo menos de 2,5% por ano do valor atualizado do prédio e de 10% do valor atualizado dos equipamentos. Isso significa que, em 40 anos, aplica-se no prédio o que se aplicou para construí-lo, a fim de se fazerem adaptações, reformas que o avanço exige através do tempo, e a cada 10 anos atualizam-se os equipamentos. Ora, o recurso que se tem hoje para os hospitais que trabalham exclusivamente para o SUS não é suficiente para o seu custeio. E qual é a consequência? O prédio deteriora-se e os equipamentos ficam obsoletos. Isso é o que acontece na maioria dos hospitais universitários do país. Não há nenhum mistério nisso! Os grandes hospitais do Rio de Janeiro sempre foram os hospitais de liderança do país. O Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro era o hospital mais importante do país, onde o presidente da República ia se internar. Esses hospitais foram sucateados não por causa da má administração, mas sim porque não tinham dinheiro suficiente.

**Consensus: O senhor acha que o subfinanciamento é o maior gargalo do SUS?**

**Jatene:** Não há dúvida! Eu já discuti muito sobre o financiamento. O que a EC 29 fez até

hoje? Claro, ela ainda não está regulamentada, mas nós passamos de 2,9% do PIB para 3,5%. Como? A participação da União era de 1,73% e passou para 1,62%, entre 2000 e 2008. Os estados que gastavam 0,63% do PIB passaram a gastar 0,97%. Os municípios que gastavam 0,78/0,80% passaram a 1,57% do PIB. A melhoria do gasto foi custeada pelos estados e, principalmente, pelos municípios, enquanto

*“É por isso que eu não acredito que no Brasil nós teremos reforma tributária viável. Por quê? Porque para isso nós precisaríamos atingir essas categorias que fazem parte da elite financeira e econômica do país e essas elites são que sustentam as campanhas políticas.”*

a União diminuiu a sua participação. Isso é inconcebível! A minha estimativa é que nós precisaríamos dobrar o orçamento. Por isso, quando eu estive em dezembro em uma reunião de transição de governo e a presidente Dilma conversou comigo particularmente, eu disse que ela não conseguiria fazer da Saúde a prioridade do governo. Ela me ques-

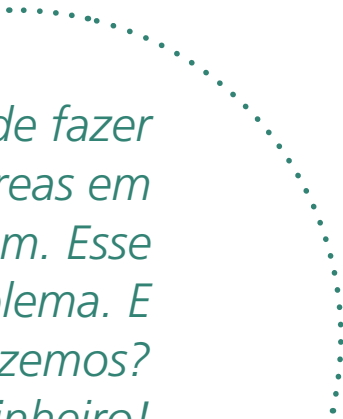
tionou e disse que seria prioridade sim, mas eu disse a ela: “Prioridade, presidente, a gente sabe pelo volume de recurso que a gente acrescenta ao orçamento, e a senhora não vai poder acrescentar volume significativo, porque se olhar o orçamento da União, os recursos que podem ser utilizados não ultrapassam 10% do volume total dos recursos”. Em 2010, o orçamento era de R\$ 1,73 trilhão; deste recurso, 54% estavam relacionados com a dívida, e dos 46% os fundos de participação de estados e municípios, salários e encargos sociais, previdência e assistência social e demais despesas compromissadas, representavam 36% do orçamento. Ou seja, 36% mais os 54% da dívida dão 90%. Quer dizer que 90% do orçamento estão comprometidos. Então, sobram 10%, e desses 10% nós da Saúde tiramos a maior fatia — nós tiramos 30% —, mas isso é absolutamente insuficiente.

**Consensus: E por que o senhor acha que é tão difícil conseguir dinheiro para a Saúde?**

**Jatene:** Porque a arrecadação no Brasil é feita principalmente sobre produtos, bens e serviços, enquanto, nos países do Primeiro Mundo, a arrecadação é principalmente feita sobre riqueza, herança, patrimônio e renda. É por isso que eu não acredito que no Brasil nós teremos reforma tributária viável. Por quê? Porque para isso nós precisaríamos atingir essas categorias que fazem parte da elite financeira e econômica do país e essas elites são que sustentam as campanhas políticas. O Congresso é eleito com recursos desse setor! Jamais ele vai fazer uma reforma que o atinja e então nós vamos ficar sempre com o povo sustentando o orçamento, uma vez que as empresas não pagam nada porque põem todo o tributo na planilha de custos. Quem paga é o consumidor final. E o consumidor final não consegue aportar o volume de recursos capaz de resolver o problema. Isso expressa-se facilmente pela desigualdade social. Há setores que são

ultraprivilegiados em recursos e setores que são muito penalizados. Eu não tenho nenhuma dúvida em falar que você só consegue fazer desigualdade social quando os que geram a renda se apropriam dela. E como é que eles se apropriam dela? Eu também não tenho nenhuma dificuldade em falar que se apropriam dela sonegando, sonegando legalmente e ilegalmente. A sonegação legal está na legislação que permite fazer programação tributária. E a sonegação ilegal foi escancarada na época que nós criamos a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Primeiro, proibiu-se cruzar informação da CPMF com Imposto de Renda. O Everardo Maciel, que era secretário da Receita Federal à época, resolveu cruzar as informações e descobriu que, entre os cem maiores contribuintes da CPMF, 62 nunca tinham pago Imposto de Renda. Descobriu também que havia microempresa que não podia movimentar mais que R\$ 120 mil por ano e que movimentava R\$ 100 milhões. Esse é o nosso grande problema. Uma cidade como São Paulo, que tem uma Av. Paulista e uma Av. Berrini com uma opulência que só se encontra em poucos lugares do mundo, não pode ter, poucos quilômetros adiante, as favelas — bairros com 300, 400 mil habitantes que não têm um leito hospitalar sequer. E aí ficam discutindo que o Hospital das Clínicas atende a 10% de doentes que podem pagar para sustentar minimamente o orçamento do hospital. O Hospital das Clínicas é um hospital universitário de ensino que não pode ser transformado em hospital assistencial. Nós temos em São Paulo 39 distritos com 4 milhões de habitantes onde não existe nenhum leito. Então, não é discutindo 10% dos leitos do Hospital das Clínicas que nós vamos atender ao SUS. Nós temos é de fazer hospitais nas áreas em que eles não existem. Esse é o grande problema. E por que não fazemos? Porque não há dinheiro! Agora, estão falando em fazer o trem bala que vai gastar R\$ 50 bilhões. Trata-

-se, pois, de uma visão equivocada! Por outro lado, vão gastar nos estádios de futebol uma quantidade incalculável de recursos. Se existe alguma coisa que precisa de gestão é a administração pública geral e não o SUS!



*“Nós temos é de fazer hospitais nas áreas em que eles não existem. Esse é o grande problema. E por que não fazemos? Porque não há dinheiro! Agora, estão falando em fazer o trem bala que vai gastar R\$ 50 bilhões. [...] Se existe alguma coisa que precisa de gestão é a administração pública geral e não o SUS!”*

**Consensus:** Diante desse cenário em que o SUS encontra-se, o senhor acha que a universalidade ainda é viável?

**Jatene:** É viável e nós estamos avançando. Nós temos de lutar contra as distorções e não deixar se contaminar com essa coisa de que nós vamos fazer o médico do SUS flexível. Não devemos ceder! Nós conquistamos muito! Não podemos voltar atrás, nós temos é de caminhar à frente!

**Consensus: Falar em caminhar à frente, olhando o SUS nessa trajetória, se fosse para refazer o sistema, o senhor faria de uma maneira diferente?**

**Jatene:** Não! Eu não vejo que coisa poderia ser diferente. O que eu vejo é que nós precisamos viabilizar a situação e não permitir que se deturpe aquilo que foi programado porque o que foi idealizado não é consequência de elaboração de algumas pessoas. Isso é uma elaboração que levou anos de discussão. O SUS não é um sistema improvisado. Ele é um modelo que para um país como o Brasil precisa ser viabilizado. Se forem analisados os atendimentos do SUS, há avanço extraordinário! Na época em que o atendimento era só para os segurados da Previdência Social, a grande massa da população não tinha nenhum acesso. Hoje, ela tem acesso! Há filas, há algumas dificuldades, mas nós estamos avançando. As grandes fraudes do Inamps, no passado, acabaram. Isso hoje ninguém mais discute. Hoje, discute-se que tem fila, que faltam médicos, mas isso aí são deficiências sanáveis e que nós estamos lutando para corrigir.

**Consensus: O senhor falou sobre a 8.<sup>a</sup> Conferência. Neste ano, nós teremos a 14.<sup>a</sup> Conferência com um tema que tem o sentido de apelar ao cidadão aquela noção de que todos nós utilizamos o SUS. O slogan é: “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, política pública, patrimônio do povo brasileiro!”. Porém, às vezes, a impressão é que o cidadão comum está muito distante do SUS. Será que existe alguma coisa que possa ser feita para mudar essa situação?**

**Jatene:** Na Lei n. 8.080, o parágrafo 2.<sup>o</sup> do artigo 2.<sup>o</sup> diz que o dever do Estado não exclui os da pessoa, da família, das empresas e da sociedade. A ideia de que é só o governo que deve sustentar o SUS é equivocada. Nós temos de flexibilizar para que mais gente que tem

condições ajude. Quando uma pessoa que tem recurso ou participa de um plano ou convênio utiliza o hospital público, é claro que o hospital público deve cobrar dessa pessoa ou desse plano o que ele paga para os hospitais conveniados e não o que se acordou, que é pagar o que o SUS paga, difícil até de cobrar. Isso não vai nos ajudar. Em vez de buscar ressarcimento, é melhor fazer o convênio com o plano porque aí se recebe o que o plano paga.

**Consensus: E se acaba aplicando o princípio da equidade. Aqueles que não podem, têm de ser protegidos, mas os que podem de qualquer forma contribuem com o sistema...**

**Jatene:** Nós precisamos ampliar a possibilidade de acesso e não restringir os hospitais existentes que poderiam ser beneficiados.

**Consensus: Alguns estudiosos do SUS afirmam que a mudança do perfil epidemiológico da população está exigindo ação mais rigorosa da nossa parte, porque o que se critica é que a rede assistencial ainda é muito voltada para as condições agudas e não está preparada para lidar com as situações crônicas...**

**Jatene:** Eu diria que não só isso. Nós somos objeto do avanço tecnológico que não foi feito dentro da nossa realidade. Foi feito nos países do Primeiro Mundo em uma realidade diferente. O Canadá tem sete aparelhos de ressonâncias magnéticas por milhão de habitantes e nós temos seis, sendo que o Canadá tem renda de 3.500 dólares *per capita*/ano e nós temos renda de 750 dólares *per capita*/ano. Nós não podíamos ter seis ressonâncias magnéticas por milhão de habitantes. A nossa condição financeira não permite isso e nem isso é necessário porque a maioria dos exames é normal. Isso volta à primeira pergunta. A formação do médico está mal feita! Ele está sendo treinado com a alta tecnologia, quando precisaria ser treinado para a necessidade da população. Não se trata de formar um médico

*“A formação do médico está mal feita! Ele está sendo treinado com a alta tecnologia, quando precisaria ser treinado para a necessidade da população. Não se trata de formar um médico para o SUS, mas se trata de formar um médico para o país, capaz de atender à população deste país com os recursos que o país tem.”*

para o SUS, mas se trata de formar um médico para o país, capaz de atender à população deste país com os recursos que o país tem.

**Consensus:** Trata-se de formar médicos e não simples diplomados em medicina...

**Jatene:** Exatamente. Em 1988, eu estava no Conselho Regional de Medicina, em São Paulo, e desenvolvi o argumento de que quem autoriza o exercício profissional não é o diploma, mas sim a carteira profissional. Ora, se o Conselho está convencido de que em muitas faculdades a formação é deficiente, como é que ele autoriza o indivíduo a exercer? Ele precisaria avaliar esse indivíduo.

**Consensus:** Um pouco como a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) faz...

**Jatene:** Não como a OAB porque ela é um filtro. No nosso caso, não se trata de filtro, trata-se de obrigar o indivíduo a preparar-se. É obrigar a escola a ensinar e o aluno a aprender.

**Consensus:** Não há notícias de faculdades que, sabidamente são muito ruins, e que tenham fechado as portas por uma imposição...

**Jatene:** Não fechado as portas, mas reduzido vagas. Nós reduzimos um número razoável de vagas, o que também é ruim porque nós precisamos de médicos. É uma situação complicada.

**Consensus:** E esse médico despreparado para atuar nessa realidade brasileira, a ele é entregue essa imensa responsabilidade da Atenção Primária, porque majoritariamente ele vai trabalhar é no Programa Saúde da Família...

**Jatene:** Sim, mas ele vai trabalhar também no pronto-socorro, nos ambulatórios, sem nenhum preparo adequado. Essa é uma dificuldade que nós enfrentamos e que precisamos de um jeito ou de outro corrigir. ■

Para a saúde do seu Estado e Município andar bem, faça uma consulta.



### **CONASS Documenta para você ficar por dentro das últimas ações na área da saúde.**

Os Cadernos do CONASS Documenta passaram por uma reformulação e foram lançados mais dois volumes:

- CONASS DOCUMENTA 22 – Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Primária à Saúde.
- CONASS DOCUMENTA 23 – Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados;

As publicações têm como função principal ser o veículo de informações técnicas e memória do CONASS/ Progestores. Abrange textos técnicos, coletânea de artigos, relatórios de gestão e de assembleias, trabalhos produzidos em seminários, oficinas, reuniões de Câmaras Técnicas e outros eventos, além de estudos e pesquisas desenvolvidas pelo CONASS. Acompanhe as publicações, informe-se e colabore para o desenvolvimento das políticas públicas de saúde.

**Os Cadernos estão disponíveis para leitura e download em arquivo pdf. no site: [www.conass.org.br/](http://www.conass.org.br/).**



# SUS: O DESAFIO DA *Saúde para Todos*

TATIANA ROSA

O momento atual que o Sistema Único de Saúde vive traz à tona a necessidade de se fazer uma reflexão profunda sobre o desafio da saúde para todos. Pensar sobre que tipo de Sistema de Saúde queremos para o Brasil, que caminho teremos de percorrer para garantir que o direito universal à saúde, o acesso e a equidade não se percam em meio à complexidade do sistema é fundamental para promover ações concretas que vislumbrem o seu aperfeiçoamento.



O SUS, em quase 23 anos de existência, oferece à população o acesso universal à saúde, mesmo com as dificuldades que lhe são impostas diariamente, como a fragmentação das políticas e dos programas, a fragilidade da Atenção Primária à Saúde (APS) e o grave subfinanciamento do setor.

Pensando nisso, o CONASS ouviu oito personalidades que participam ou já participaram ativamente do dia a dia do SUS. Oito opiniões que ora se aproximam, ora se distanciam, mas que sempre convergem para um ponto em comum: a defesa daquela que é a maior política pública de inclusão social do país: o Sistema Único de Saúde.

Nas próximas páginas, apresentamos as opiniões do ministro da Saúde, Alexandre Padilha, dos presidentes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Beatriz Dobashi e Antonio Carlos Nardi, respectivamente, dos deputados federais Darcício Perondi e Saraiva Felipe, do ex-presidente do CONASS e presidente do Instituto de Direito Sanitário (Idisa), Nelson Rodrigues dos Santos, do superintendente do Hospital Sírio-Libanês, Gonzalo Vecina, e do gestor de relações institucionais da Pastoral da Criança e membro do Conselho Nacional de Saúde, Clóvis Bouffleur. Eles falam sobre os dilemas, os desafios e as ameaças que rondam o SUS nessas duas décadas de existência e apontam saídas que podem fortalecer os princípios sonhados por aqueles que o idealizaram e ajudaram a implantar.

## A universalidade

Art. 196. A Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A Constituição Federal de 1988 prevê a universalidade do sistema, mas, hoje, mais de 20 anos depois da sua criação, o aumento da população e a perda significativa de recursos do setor ameaçam a garantia do direito universal à saúde.

Para o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, a universalidade é, sim, viável. “Prova disso é o fato de que hoje o SUS está presente na vida de 100% dos brasileiros, seja por meio da realização de ações preventivas e de promoção à saúde, seja pela oferta e pela coordenação de serviços assistenciais”, afirma o ministro. Segundo ele, o primeiro passo é tornar a acessibilidade ao sistema uma prioridade absoluta e trabalhar em conjunto para a implementação dessa meta, pois a execução descentralizada provoca esforço contínuo para aprimorar os mecanismos de definição de compromissos entre a União, os estados e os municípios. Padilha explica que será criado o mapa sanitário regional para regionalizar a saúde no país. “Queremos montar um mapa que apresente a oferta instalada em cada região brasileira, desde a atenção básica até o atendimento de alta complexidade, e ainda demonstre como está a interação entre os diversos gestores em cada território. Esse diagnóstico norteará as políticas e os investimentos em saúde, com foco sempre no acesso.”

Já Beatriz Dobashi afirma que acreditar na universalidade do sistema é reafirmar o princípio central do SUS. “Nós, gestores, enfrentamos diversos desafios no dia a dia justamente para garantir esse direito à população. Não são dilemas de descrédito no SUS, são dificuldades financeiras e operacionais, em um país de dimensões continentais e muitas desigualdades”, afirma.

Representando os gestores municipais, o presidente do Conasems, Antonio Carlos Nardi, defende que lutar pela universalidade do sistema depende de um estado de coesão entre os vários atores envolvidos na Saúde.



Alexandre Padilha

“De um lado, os gestores das três esferas de governo devem estreitar a parceria constitucional para enfrentar essa situação. De outro, temos de mobilizar as forças da sociedade e o parlamento para que eles assumam a defesa do SUS, pois sozinhos os gestores pouco conseguirão.”

O presidente da Frente Parlamentar da Saúde (FPS), deputado federal Darcísio Perondi, vê o direito universal à saúde como uma cláusula pétrea do SUS da qual não se pode abrir mão. “Essa é uma conquista da sociedade. Cobrar de quem pode pagar não irá resolver o problema do financiamento”. Para o presidente do Idisa, Nelson Rodrigues dos Santos, o Nelsão, a questão da universalidade é complexa. Ele entende que três pontos básicos sobre esses aspectos da construção da universalização precisam ser abordados. “O primeiro é que a universalidade só pode ser concebida e, principalmente, efetivada se tiver início pela construção da universalidade da Atenção Primária à Saúde. É impensável conceitualmente, estrategicamente e na prática universalizar a totalidade do serviço de saúde em todos os níveis de densidades

tecnológicas e todos os níveis de custo. Nenhum país consegue fazer isso. Isso não é só uma expressão de pensamento de reflexão, é uma expressão prática. Os países onde existem sistemas universais iniciaram o processo universalizando a Atenção Primária à Saúde”. Sobre o segundo aspecto, Nelsão explica que a universalização da APS não pode ser restrita somente a serviços simples e de menor custo. Segundo ele, pressupõe-se que essa construção também implique a universalização da atenção integral à saúde, da equidade e da resolutividade. O terceiro e último ponto definido por ele diz respeito à necessidade de novo modelo de Atenção à Saúde em que efetivamente a APS configure-se como a grande porta de entrada preferencial. “Nesse terceiro ponto, destaco que a efetivação da universalidade implica que todo o modelo de atenção tenha um único e exclusivo ponto de partida dedicado não só às necessidades assistenciais, mas também às necessidades da população em ser protegida dos principais riscos da saúde pelos diagnósticos precoces das suas doenças e à necessidade da população idosa de ter acompanhamento contínuo dos seus estados crônicos e de doenças. Esses três aspectos são o caminho para a universalidade”, finaliza.

Gonzalo Vecina Neto, superintendente Corporativo do Hospital Sírio-Libanês e professor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), vê a universalidade como um desafio a ser pensando junto com a presença do setor privado. Vecina Neto esclarece que o Brasil tem, hoje, 23% da população com plano de saúde. “Nós do SUS ignoramos a existência disso e dos quase R\$ 70 bilhões que eles acrescentam ao gasto de saúde no Brasil. Temos de rever essa forma e esse contexto para concatenar a assistência pública com a privada. Não gosto da ideia do lucro gerado pelo sistema privado, embora saiba que isso faz parte de uma equação, pois vivemos em um modelo capitalista e o lucro

faz parte disso. Mas isso é necessário para que o serviço seja prestado de maneira satisfatória para a sociedade. Nós temos de pensar em uma solução.”

### O SUS ontem, hoje e no futuro

“Infelizmente, temos de conviver com um distanciamento entre o SUS ideal e o que realmente acontece hoje” é o que afirma o gestor de relações institucionais da Pastoral da Criança e membro do Conselho Nacional de Saúde, Clóvis Bouffleur. Segundo ele, as áreas sociais precisam ter o mesmo ritmo de avanços proporcionados pelo desenvolvimento econômico do país. “O perigo do descompasso é a diminuição da oferta de serviços públicos, maior busca por serviços privados e o crescimento da desigualdade, o que representa uma ameaça para o SUS.”

Para a presidente do CONASS, o Sistema Único de Saúde avançou muito. Dobashi cita algumas ações extremamente importantes que o SUS realiza, como o Programa Nacional de Imunização, a cobertura da Atenção Primária, o atendimento pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), a ampliação do acesso aos medicamentos e a política de educação permanente, entre outros.

Ao falar sobre o SUS e as suas perspectivas, Alexandre Padilha cita a presidente do Brasil, Dilma Rousseff. “Em seu discurso de posse, a presidenta Dilma nos lembrou que o SUS ainda não está completamente implementado. Desde a sua criação, passaram-se 22 anos e muito ainda precisa ser feito para melhorar este Sistema. Por outro lado, creio ser importante que os brasileiros conheçam o conjunto de ações desenvolvidas pelo SUS para melhor usá-lo, valorizá-lo e até criticá-lo, quando for necessário.” Segundo o ministro, ao falar-se sobre o SUS, é importante que sejam destacados os benefícios que ele trouxe para a saúde da população brasileira, desde a sua criação. “Por meio da atenção básica, con-

seguimos, por exemplo, atingir coberturas vacinais e de pré-natal que se aproximam da universalidade. Na outra ponta, temos serviços de excelência nas diversas especialidades, em várias regiões do país.”

Do ponto de vista do presidente da Frente Parlamentar da Saúde, o SUS precisa ser revisado. “O SUS tem de enfrentar a precariedade e valorizar o capital humano, que passa do porteiro do posto de saúde aos médicos. Capacitação, treinamento, meritocracia. Retomar o projeto da fundação estatal do direito privado. Muitas instituições de saúde, de educação, vão melhorar com essa nova forma de gestão”, finaliza Perondi.

### A ameaça do subfinanciamento e o discurso da má gestão

“Acredito que o SUS é absolutamente inviável com essa estrutura de financiamento que ele tem hoje. Dizer que o grande problema da saúde pública é a gestão é discurso de quem não quer pôr um centavo no SUS” — é o que acha o ex-ministro da Saúde, deputado federal e presidente da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados

Beatriz Dobashi



(CSSF), Saraiva Felipe. O parlamentar demonstra preocupação com os rumos que o Sistema pode tomar caso seu financiamento não seja melhorado e afirma estar trabalhando intensamente pela regulamentação da Emenda Constitucional n. 29.

Para o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, é preciso, sim, lutar por um financiamento adequado, mas é preciso também aperfeiçoar a gestão do SUS e executar as ações do Sistema com os recursos previstos no orçamento. “Para mais bem gerenciar esses recursos e elevar a eficácia da gestão do SUS, vamos aumentar o controle social e firmar pactos que visam aprimorar este modelo. A adoção dessas medidas, no entanto, será feita de forma conjunta, com a participação da sociedade, dos trabalhadores de saúde, dos usuários e, sobretudo, dos gestores, federais, estaduais e municipais. Isso não significa que não devamos continuar a lutar por mais recursos para o Sistema”, finaliza.

“Nós colocamos na Constituição Federal que o financiamento da seguridade seria distribuído paritariamente entre a saúde, a previdência e a assistência social. Na verdade, isso nunca aconteceu”, lembra Beatriz Dobashi.

A presidente do CONASS lembra, ainda, que hoje, quase 11 anos depois de uma luta intensa pela sua regulamentação, a Emenda Constitucional n. 29 já está desgastada e pouco irá acrescentar aos recursos da saúde. Segundo ela, o Brasil gasta muito menos em saúde que vários países em que a universalidade não existe. “Além disso, há muito mais dinheiro privado que dinheiro público na Saúde. Isso tudo é devastador para garantir o direito à saúde para toda a população brasileira”, afirma. Dobashi é enfática ao assegurar que, sem o financiamento adequado, as perspectivas para o SUS são ruins. “A oferta dos serviços vai sofrendo restrições gradativas, pois não se conseguirá ampliar o quadro de profissionais, renovar o parque tecnológico, manter em boas condições as estruturas físicas, enfim, a qualidade e a resolutividade do atendimento estarão seriamente comprometidas se não resolvermos a insuficiência do financiamento da Saúde”. Segundo ela, o financiamento insuficiente é realidade comprovada em pesquisas sérias e não pode ser negado, mas também não se pode deixar de reconhecer que, em algumas situações, há problemas de gestão. “Não conheço nenhuma atividade humana que se desenvolva com perfeição. O importante é que tenhamos clareza das duas questões e evide-mos esforços para equacioná-las.”

“Nós somos os três últimos países na América Latina em investimentos em saúde. Nós gastamos mais com plano de saúde. Hoje, o gestor público, estadual, municipal, faz milagres com os recursos que tem. Estamos vivendo um momento dramático, em uma onda cruel que afirma que existe dinheiro e o que falta é gestão”, opina o presidente da FPS, Darcísio Perondi. Segundo ele, o Brasil é um dos países que menos gasta, e ainda assim o gestor faz muito com o dinheiro que tem. O deputado afirma que o governo precisa priorizar a Saúde. “A forma de a Dilma se consagrar como presidenta é resolvendo o financia-

Antonio  
Carlos Nardi



mento do SUS e também a educação média e fundamental. Temos um ministro muito disposto que tem ótima relação com a casa, mas temos também um palácio silencioso. O discurso de posse da Dilma foi o melhor de todos os presidentes da República dos últimos 16 anos e depois ela se silenciou. Eu tenho impressão de que esse silêncio seja uma reflexão para logo trazer a solução desse financiamento para o Congresso”, finaliza.

Para Nelsão, há 20 anos as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde estão fazendo milagres com um subfinanciamento muito grande e uma gerência pública muito ineficaz. “Ainda assim, os gestores estão tirando água das pedras. Reivindicar uma reforma do estado e um gerenciamento público mais eficiente, com mais financiamento e mais pressão social para dar certo, é o caminho até poder traçar outro rumo para o Sistema Único de Saúde”, explica.

“Jamais será possível chegar ao ideal constitucional de garantir o ‘tudo para todos’ com o atual estado de subfinanciamento ao qual o SUS está submetido”, acredita o presidente do Conasems, Antonio Carlos Nardi. Ele cita alguns estudos feitos por técnicos do Conasems que demonstram sobejamente a perda de recursos no decorrer do período pós-constitucional. “Se estados e municípios, principalmente estes, aportaram mais recursos, o mesmo não se deu com recursos federais”. Quando o assunto é o discurso da má gestão, Nardi é enfático: “Esse é um falso dilema que interessa a determinados grupos. Desde muitos anos, o Conasems vem mostrando que os problemas do SUS estão ligados e fundados nas duas questões. É um problema de insuficiência e de ineficiência. Mas qualquer saída que seja vista apenas por um lado não dará certo. Não se melhora a eficiência sem melhorar a insuficiência de recursos. É necessário ter mais recursos e melhor uso dos poucos recursos”, finaliza.



Darcísio Perondi

## O SUS e a sociedade

O serviço público de saúde ainda é malvisto por parte da sociedade. A mídia e a opinião pública, quase que diariamente, execram o Sistema Único de Saúde e ignoram sumariamente todos os avanços e os benefícios que ele proporciona à população. Trazer a sociedade para a defesa do SUS é fundamental para garantir que seus princípios sejam garantidos, afinal o Sistema Único de Saúde é uma conquista da população e por ela também precisa ser defendido.

“Realmente não temos conseguido demonstrar à população brasileira a importância de ter a saúde como direito de cidadania em um sistema pautado pela universalidade. Talvez porque ainda não tenhamos garantido o acesso em sua totalidade”, afirma Beatriz Dobashi. A presidente do CONASS acredita que a população pode, sim, ajudar exigindo seus direitos que incluem financiamento adequado e serviços de qualidade e finaliza falando sobre a 14.<sup>a</sup> Conferência



À esquerda:  
Saraiva Felipe

À direita:  
Nelson  
Rodrigues  
dos Santos



Nacional de Saúde (CNS). “Em 2011, teremos uma ótima oportunidade para isso com a 14.<sup>a</sup> CNS. Será um momento importante para a construção e a troca de ideias para a formulação de políticas públicas em saúde. O próprio tema da Conferência vai levar a isso”.

Para o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, o SUS está vivendo um momento de fortalecimento e, neste ano, o tema da 14.<sup>a</sup> CNS está em consonância com as metas de gestão do ministério. “Teremos nesse grande encontro uma importante oportunidade de discutir o SUS como um todo, desde os seus avanços até os desafios que teremos de enfrentar para melhorar o Sistema. Os debates que irão ser produzidos lá servirão para balizar futuras

ações. O nosso tema principal na Conferência será acesso e acolhimento com qualidade.”

“A cada nova pesquisa, confirma-se o diagnóstico: aqueles que não usam o SUS por não o procurarem, não conhecerem ou por não conseguirem acesso são os maiores críticos do Sistema. Temos a obrigação de divulgar cada vez mais para a sociedade o ‘SUS que dá certo’ e nos engajarmos em sua defesa”, conclui o presidente do Conasems. Para ele, é preciso saber mostrar às pessoas que até quando dormem estão sendo usuários do SUS. “Temos de colocar o SUS como a política pública de defesa da vida, junto com as duas outras áreas de seguridade social (previdência e assistência social). Somos todos donos



À esquerda:  
Gonzalo Vecina

À direita:  
Clóvis Boufleur

do SUS que se constitui em nosso patrimônio, de nossa posse. O tema da 14.<sup>a</sup> CNS deve servir para nos conscientizar e nos levar à defesa desse SUS que é a maneira de garantir aos brasileiros melhor qualidade de vida e saúde”, conclui.

O representante da sociedade no Conselho Nacional de Saúde, Clóvis Boufleur, cita as pesquisas realizadas em 2010 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e que instituem o Sistema de Indicadores de Percepção Social (Sips). Elas mostraram certo grau de satisfação das pessoas que usam o SUS. Segundo ele, é preciso saber qual a situação social e econômica e onde vivem essas pessoas que responderam à pesquisa. “Vários

aspectos precisam ser levados em conta para evitar a chamada ‘confusão estatística’. O que pensam as pessoas que precisariam ser atendidas pelo sistema e que sequer sabem que podem dispor do SUS. Como avaliam o SUS as pessoas que têm planos privados e que conhecem o SUS pelo que os outros dizem?”, explica. Para Boufleur, ainda é baixa a participação da comunidade nos Conselhos de Saúde. “Com mais participação seria possível rever, ajustar, aperfeiçoar os instrumentos e os mecanismos para o exercício do controle e da fiscalização, como os planos de saúde, os relatórios de gestão e as prestações de contas da gestão governamental”, finaliza. ■

# *Redes de Atenção à Sa* UMA PROPOSTA CONC FORTALECIMENTO DA À SAÚDE E PARA A CO

TATIANA ROSA

O que são Redes de Atenção à Saúde? Como a população, de fato, percebe o seu funcionamento quando recorre a um atendimento no SUS? Como elas contribuem para viabilizar o acesso e o tratamento adequado à população?



# úde:

## RETA PARA O ATENÇÃO PRIMÁRIA NSOLIDAÇÃO DO SUS

**P**ara responder a essas dúvidas, ouvimos a assessora técnica do CONASS, Maria José Evangelista, que, em uma longa conversa, abordou questões referentes ao atendimento à população, antes mesmo da concepção do Sistema Único de Saúde, quando apenas aqueles cidadãos com carteira assinada tinham direito a atendimento médico, chegando até a criação do Programa Saúde da Família (PSF).

“Quando se criou o PSF, a ideia era mudar o modelo de atenção, de maneira que ele não fosse esse voltado para a doença, mas para a saúde, acompanhando o indivíduo dentro do contexto familiar e dentro da comunidade”, explicou Evangelista.

Segundo ela, quando o programa começou a expandir-se, de forma desordenada em alguns locais, foi que os problemas começa-

ram a surgir, pois o modelo continuou com a atenção fragmentada. “Em 1994, tínhamos em torno de 55 equipes. Hoje já são mais de 30 mil. O crescimento foi muito grande, o que foi bom para consolidar o programa, mas as equipes não conseguiram seguir o modelo proposto. Hoje, poucas equipes funcionam como deveriam, por isso digo que o modelo está atendendo do mesmo jeito que antes: fragmentado, sem resolutividade, sem qualidade, levando as pessoas a procurarem especialistas e/ou hospitais sem antes passarem por uma Unidade Básica de Saúde. Essa, sim, deveria ser sempre o primeiro contato do usuário no sistema de saúde, excetuando as situações de urgência e/ou emergência.”

A assessora explica, ainda, que a proposta de se implantarem as Redes de Atenção à

Saúde no SUS tem o propósito de integrar os níveis de atenção e fortalecer a Atenção Primária à Saúde atendendo às necessidades da população e tendo a APS como o centro de comunicação da rede e a ordenadora do cuidado. Maria José esclarece que uma Atenção Primária de qualidade consegue sanar 85% dos problemas de saúde de uma população. “Os especialistas de hospitais devem ser procurados apenas quando o problema não é resolvido no primeiro nível da Atenção. Quando essa procura torna-se menor em termos percentuais, os serviços e os profissionais que existem, teoricamente, dão conta do recado. Mas aqui no Brasil essa lógica é inversa”, afirma.

Essa proposta vem sendo discutida e implantada em vários países, até mesmo nos ricos. A assessora cita estatísticas dos Estados Unidos da América que comprovam que cerca de 30% das mortes são por conta de iatrogênicas médicas, ou seja, procedimentos invasivos, que acabam matando a pessoa. “São tantos exames inadequados, tantas intervenções desnecessárias, que o paciente acaba morrendo durante o tratamento. Os estudos revelam que isso é um erro e não melhora a saúde da população.”

Com isso, a proposta das Redes de Atenção à Saúde surgiu com o objetivo de integrar os diversos níveis de atenção, uma vez que o modelo não poderia ser centrado no médico e no especialista, sendo necessária uma equipe multidisciplinar, que atenda às atuais necessidades da população, tendo em vista a transição demográfica do nosso país, as mudanças de hábitos e padrões de consumo e a tripla carga de doenças.

“Nós temos três níveis de atenção: o primário — que são as Unidades Básicas de Saúde; o secundário — em que estão os especialistas; e o terceiro nível — os hospitais.

O importante é que, caso o paciente precise transitar entre esses três níveis, o sistema esteja integrado. Um diabético, por exemplo, que esteja recebendo atendimento no primeiro nível, pode ter sua doença descontrolada e precisar de um endocrinologista, indo para o segundo nível de atenção, mas sempre sendo monitorado pela Atenção Primária, que está no território onde o usuário mora.” Um modelo de Atenção precisa dar conta das condições crônicas e agudas. “As condições agudas são aquelas imediatas, como um atropelamento, por exemplo. São situações que não existiam e passaram a existir. Já as condições crônicas vão além das doenças crônicas. Uma gravidez, por exemplo, é uma condição crônica, porque a gestante, por pelo menos um ano, vai precisar de atendimento contínuo. Em resumo, a proposta de redes é dar conta do usuário ainda na APS, mas com os outros níveis de atenção conectados ao seu redor.”

### O CONASS e as Redes de Atenção

Por volta de 2005, o CONASS começou a estudar e a discutir mais efetivamente as Redes de Atenção à Saúde sob a consultoria do professor Eugênio Villaça. Com base na experiência pioneira de Minas Gerais na implantação das Redes de Atenção à Saúde, o CONASS iniciou, em 2006, uma proposta concreta nos estados: as Oficinas de Redes de Atenção à Saúde no SUS, que consistem em desenvolver competências e instrumentalizar os técnicos das Secretarias Estaduais de Saúde no desenho e na implementação dessas Redes.

É importante lembrar que, ao iniciar-se esse trabalho, percebeu-se a fragilidade da Atenção Primária à Saúde e que, para se implantarem as Redes, seria necessário também fortalecer a APS nos estados. “Não há como se implantar Redes sem uma APS forte e re-

solutiva. A partir daí, criamos 11 oficinas de Planificação da APS que temos realizado após as Oficinas de Redes.”

A assessora explica, ainda, que, ao perceber a complexidade dos problemas nesses estados, foi proposto o surgimento de Redes Temáticas. “Temos sugerido aos Estados que iniciem utilizando o critério epidemiológico, ou seja, priorizando o que é mais necessário. Vale ressaltar que o desenho da rede deve ser feito de forma regionalizada, por meio de um Plano Diretor de Regionalização (PDR) bem feito, de forma que a população possa andar por aquela região e as suas necessidades possam ser atendidas”, finalizou.

Desde que começou esse trabalho, o CONASS já realizou essas oficinas em 17 estados e no Distrito Federal: AC, AL, AM, AP, CE, ES, GO, MS, MT, PE, PI, PR, RN, RO, RR, SC e TO. ■

#### PARA SABER MAIS SOBRE REDES

O CONASS lançou, em abril de 2010, o livro *CONASS Documenta n. 21 — As Oficinas para a Organização das Redes de Atenção à Saúde*, em que apresenta a proposta metodológica da oficina de Redes.

Neste ano, foi a vez do livro *CONASS Documenta n. 23 — Planificação da Atenção Primária nos Estados*, que apresenta os objetivos propostos nas 11 oficinas, bem como as orientações para a sua realização no âmbito das SES.

Ambos estão disponíveis no portal do CONASS [www.conass.org.br](http://www.conass.org.br)

Também em 2010, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM n. 4.279, de 30/12/2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

# OS CLÁSSICOS PARA QUEM TRABALHA COM SAÚDE.



## Coleção para Entender a Gestão do SUS. Edição 2011, revisada e ampliada.

A nova edição apresenta informações completas sobre o funcionamento dos Sistemas de Saúde desde a sua legislação até as práticas mais atuais. A versão 2011 incorpora, ainda, novos temas que foram prioridades do CONASS nos últimos quatro anos. Dividido em 13 volumes é leitura fundamental para entender toda a abrangência do Sistema Único de Saúde e suas interações.

- 1- Sistema Único de Saúde
- 2- O Financiamento da Saúde
- 3- Atenção Primária e Promoção da Saúde
- 4- Assistência de Média e Alta Complexidade
- 5- Vigilância em Saúde - parte I
- 6- Vigilância em Saúde - parte II
- 7- Assistência Farmacêutica no SUS
- 8- A Gestão Administrativa e Financeira no SUS
- 9- Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
- 10- Regulação em Saúde
- 11- Ciência e Tecnologia em Saúde
- 12- Saúde Suplementar
- 13- Legislação Estruturante do SUS.

Os volumes estão disponíveis para leitura e download em arquivo pdf.  
no site: [www.conass.org.br/](http://www.conass.org.br/).



**CONASS**

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

# APÓS 21 ANOS, *Lei n. 8.080/90, enfim, é regulamentada*

TATIANA ROSA  
INFORMAÇÕES TÉCNICAS:  
LOURDES LEMOS ALMEIDA

O decreto representa um avanço significativo na consolidação do Sistema Único de Saúde

No dia 29 de junho de 2011, foi publicado o Decreto Presidencial n. 7.508, que regulamenta a Lei n. 8.080/1990 e que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, ou seja, trata de aspectos da reorganização da gestão do SUS.

O decreto aprofunda os processos já preconizados no Pacto pela Saúde, ao exercer a importante função de regular a estrutura organizativa do SUS, pois garante maior segurança jurídica para o gestor, fixando as responsabilidades das três esferas de gestão, consolidando alguns entendimentos sobre aspectos que historicamente têm gerado interpretações diversas e conflitantes e reafirmando o papel do controle social no estabelecimento de diretrizes para o planejamento no SUS.

Além disso, ordena com mais clareza e ratifica, em alguns aspectos, nova conformação na organização do Sistema em três pon-

tos: 1. a formatação da região de saúde, que, para ser instituída, precisa conter no mínimo ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde; 2. a definição do que são Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde: serviços de atenção primária, de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e serviços especiais de acesso aberto; e 3. o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica ao aprofundar o entendimento e ordenar que seja para o usuário do SUS, que seja prescrito por profissional de saúde do SUS, e em unidade do SUS, e a prescrição esteja em conformidade com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

É importante dizer que o decreto também firma os conceitos de Região de Saúde,

Comissões Intergestores, Rede de Atenção à Saúde e Portas de Entrada, já introduzidos em portarias do Ministério da Saúde, e repete o conceito de Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica, apresentado na Lei n. 12.401, de 28/4/2011, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS.

Sua publicação introduz alguns conceitos novos na organização do SUS, como o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap) – que formaliza o acordo de colaboração firmado entre Entes Federativos que hoje é expresso por meio do instrumento do Pacto pela Saúde denominado Termo de Compromisso de Gestão e tem por objetos a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos Entes Federativos em uma Região de Saúde, para garantir a integralidade da assistência aos usuários –, o Mapa da Saúde e os Serviços Especiais de Acesso Aberto.

Vale ressaltar o fato de que ele denomina de Atenção Primária os primeiros cuidados em saúde, diferentemente do termo Atenção Básica constante nos documentos editados pelo Ministério da Saúde, e a menciona em três artigos – na instituição da Região de Saúde, como uma das Portas de Entrada e como ordenadora do acesso às ações e aos serviços de saúde.

O decreto também define quais são os serviços de saúde que estão disponíveis no SUS para o atendimento integral dos usuários, por meio da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases), que deve ser atualizada a cada dois anos, e da Rename, que será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional, como forma de subsidiar a prescrição, a dispensação e o uso dos medicamentos.

## Repercussão

A presidente do CONASS, Beatriz Dobashi, vê o decreto de maneira positiva para os gestores, pois ele fortalece as relações interfederativas

e qualifica a relação tripartite das instâncias do SUS. No entanto, Dobashi faz uma ressalva: “Apesar do avanço, o decreto ainda mantém a lacuna de não retomar o artigo 35 da Lei n. 8.080, que trata dos critérios para financiamento do SUS, agrega princípios importantes para organização de redes regionalizadas de serviços de saúde, dá visibilidade aos atendimentos oferecidos, trata do conceito de integralidade da atenção e, principalmente, efetiva a territorialidade como diretriz do planejamento em saúde, até mesmo abordando a articulação dos processos nos três níveis: municipal, estadual e federal”.

Para ela, a adoção de ferramentas como o Mapa Sanitário e a Renases revela a otimização e a substituição dos instrumentos atuais como a Programação Pactuada e Integrada (PPI) e a Tabela SUS, cuja evolução não foi suficiente para garantir a responsabilidade solidária tripartite, no primeiro caso, nem a adequação dos critérios de financiamento.

E finaliza: “Ainda são necessários ajustes, principalmente quanto aos contratos organizativos de ação pública, mas sem dúvida o decreto é um efetivo avanço para a gestão em saúde pública”.

Já a vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Lígia Bahia, considera que a iniciativa de um conjunto de definições essenciais para a organização do SUS em um texto legal é relevante e oportuna. “Com esse detalhamento normativo, as instituições executivas das ações e dos cuidados de saúde passam a contar com uma institucionalidade que une território-população bem como com uma moldura para transferência de recursos e atribuição de responsabilidades assistenciais entre esferas de governo mais sensível à captação e à organização de respostas às necessidades de saúde.”

Lígia Bahia diz que o Decreto n. 7.508 é bem-vindo, mas ressalta que toda norma carece de legitimidade, requerendo a mobilização

de recursos políticos para ser implementada, e afirma que a sua principal expectativa em relação ao decreto refere-se ao seu potencial de mudanças das estruturas contratuais informais vigentes. “Espero que seja instrumento concreto de mudança das perversas relações entre o público e o privado subjacentes ao estabelecimento de preços diferentes para os mesmos procedimentos, ajustados por critérios *ad hoc* da oferta. Sabe-se que é muita pretensão supor que uma regra legal por si só dissolva iniquidades. No entanto, é exatamente disso que estamos precisando: sinais efetivos de avanço”, conclui.

Odorico Monteiro, secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, cita dispositivos importantes criados pelo decreto e que servirão para qualificar a gestão do sistema, como a criação do conceito de Região de Saúde. Segundo ele, o SUS, apesar de ser um sistema universal e único, é gerenciado pelos mais de 5 mil municípios brasileiros, sendo 4 mil de pequeno porte. Ele explica que o cidadão de uma cidade pequena acaba indo para outro município maior quando precisa resolver determinado problema de saúde, e a relação entre essas cidades não estava nem contemplada, nem estruturada na lei. “O conceito de Região de Saúde abrange uma área que resolve os problemas de saúde da população, uma vez que o município por si só não consegue resolver tudo. O objetivo é articular esses municípios, envolvendo prefeituras, governos estaduais e o Ministério da Saúde, resultando em um sistema de parceria entre os municípios de maneira que seja ofertado à população um atendimento de saúde que contemple desde consultas de rotina até tratamentos mais complexos.”

O secretário acredita que o decreto servirá para organizar a gestão, pensar o planejamento e estabelecer metas para o processo de avaliação do SUS. “Com esse decreto, vamos pensar na estrutura organizacional para dar

garantia de acesso aos serviços de saúde para a população.”

“O decreto significa grande avanço para o SUS, pois permitirá melhor compreensão e conseqüentemente maior facilidade no momento da implementação das ações e dos serviços de saúde, de conceitos centrais do sistema, tais como: Regiões de Saúde, regionalização e hierarquização”, afirma o presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Antonio Carlos Nardi.

Assim como a presidente do CONASS, Nardi também enfatiza as novas ferramentas conformadas pelo decreto que contribuirão para o amadurecimento e o aperfeiçoamento do SUS: o Mapa Sanitário, a Renases, além dos Contratos Organizativos da Ação Pública. “Este último é sem dúvida a grande inovação e permitirá a clara definição das responsabilidades de cada Ente Federado na realização das ações e dos serviços de saúde, até mesmo no tocante ao financiamento, além de atribuir valor jurídico às pactuações celebradas no âmbito do SUS.”

O presidente do Conasems também faz questão de destacar a inserção das Comissões Intergestores no texto do decreto. “Antes, elas estavam formalizadas apenas em portarias e, agora, passaram a ter novo *status* jurídico, além de terem suas funções explicitadas e aprofundadas. Temos muito o que comemorar, além de parabenizar o Sistema Único de Saúde por esse importantíssimo passo em sua trajetória”, finaliza.

A perspectiva é que os usuários do SUS ganhem mais qualidade nos serviços que lhes são oferecidos e que, a partir de agora, obrigatoriamente, devem ser organizados na Região de Saúde em Redes de Atenção à Saúde, visando garantir a continuidade do cuidado em saúde, quer seja nas unidades de atenção primária quer seja nos serviços de maior complexidade dessa Rede. ■



JAIRNILSON SILVA PAIM<sup>1</sup>

# SUS: *Desafios e Perspectivas*

Entre os componentes de um sistema de saúde, destacam-se o financiamento, a infraestrutura, a organização, a prestação de serviços e a gestão, além da acessibilidade, da cobertura e da regulação. Este artigo procura contemplar o componente gestão, discutindo obstáculos, desafios e perspectivas do SUS.

<sup>1</sup> Professor titular em Política de Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Autor de Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica (2008) e O que é o SUS (2009), publicados pela EDUFBA e Editora Fiocruz.

## Além da retórica e das aparências

Ao examinar-se o SUS, cabe considerar as *condições subjetivas* traduzidas em valores, crenças, ideologias e projetos, mas, fundamentalmente, analisar as *condições objetivas*, tais como o financiamento, a infraestrutura e a organização dos processos de trabalho e das tecnologias que conformam os modelos de atenção.

No caso do *financiamento*, ainda não há garantia de estabilidade nem dos recursos necessários. Mesmo com a CPMF, a saúde só recebeu 40% dos recursos arrecadados em 2006 e parte restante dos fundos foi utilizada para o pagamento de juros. A despesa federal com saúde, apesar da Emenda Constitucional n. 29, tem crescido apenas em termos nominais, reduzindo-se quando corrigida pela inflação. A queda da participação relativa do governo federal na despesa pública da saúde vem sendo compensada precariamente pelo aumento das contribuições dos municípios e dos estados. Embora 8,4% do Produto Interno Bruto gasto com saúde em 2007 representem um valor razoável, quase 60% desse gasto são privados. Assim, o que chama a atenção no Brasil é a baixa proporção da participação pública na estrutura de gastos de saúde (41%). Nos EUA e no México, que não dispõem de um sistema de saúde universal, a despesa pública alcançou valores de 45,5% e 46,9%, respectivamente, da fração do Produto Interno Bruto (PIB) destinada à saúde. Já na Espanha, foi de 71,8%, na Itália, 77,2%, e no Reino Unido, 82%.<sup>2</sup> A manutenção da Desvinculação de Receitas da União (DRU) compromete os recursos financeiros para a saúde, diferentemente da educação que conseguiu livrar-se desse estorvo no fim do governo Lula.

Do orçamento geral da União em 2010 (R\$ 1,414 trilhão), 44,93% foram destinados ao pagamento de juros, amortizações e refinanciamento da dívida. Apenas 3,91% foram alocados para saúde, 0,56% para segurança

pública e 0,04% para saneamento.<sup>3</sup> Os empresários que tanto reclamam dos impostos, denunciando que o Estado não retribui com serviços de educação, saúde e segurança pública de qualidade, esquecem-se de questionar os privilégios do capital financeiro, além de omitirem o fato de que quem paga, proporcionalmente, a maior carga tributária é o povo por meio dos impostos indiretos. A estrutura tributária no Brasil é uma das mais iníquas do mundo e os 16 anos de FHC-Lula mantiveram o seu caráter regressivo. A reforma tributária atualmente proposta tem representado muito mais uma ameaça ao SUS do que uma solução para o seu financiamento.

No que tange à *infraestrutura*, apesar da expansão de unidades de saúde, especialmente na atenção básica, verifica-se distribuição desigual de instalações, equipamentos e do pessoal de saúde, com expressivos vazios assistenciais, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste. Enquanto as unidades de atenção básica e de emergência são predominantemente públicas, 69% dos hospitais e a maioria dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) são privados. Apenas 6,4% dos SADT, em 2010, e 35,4% dos leitos são públicos. Entre os leitos do setor privado, somente 38,7% estão disponíveis para os usuários do SUS, enquanto 28,4% dos mamógrafos, 24,1% dos tomógrafos e 13,4% dos aparelhos de ressonância magnética são públicos. Verifica-se uma redução do número de leitos por habitantes (3,3 leitos por 1.000 habitantes, em 2003, e 1,9, em 2009)<sup>4</sup> e, negligenciando o sufoco que é conseguir uma internação no SUS, há quem defenda a dupla-porta e a reserva de leitos públicos para pacientes particulares ou de planos de saúde, como forma de “ajudar o atendimento dos pacientes do SUS”!

No que diz respeito aos *modelos de atenção*, predominam as combinações tecnológicas centradas na demanda espontânea, de modo que a organização dos processos de tra-

<sup>2</sup> PAIM, J. S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The brazilian health system: history, advances and challenges. *The Lancet*, 377, p. 1778-1797, May 21, 2011.

<sup>3</sup> FATTORELLI, M. L. A inflação e a dívida pública. *Le Monde Diplomatique Brasil*, 47, p. 6-8, jun. 2011.

<sup>4</sup> PAIM *et al.*, *op. cit.*

balho em saúde e o modelo médico hegemônico estimulam as forças expansionistas do mercado. Em contrapartida, desenvolvem-se propostas racionalizadoras como saúde da família, vigilância da saúde, acolhimento, gestão de riscos, regulação, redes assistenciais, avaliação tecnológica em saúde, protocolos assistenciais, reformas da educação do pessoal de saúde, educação permanente, qualificação de gestores e criação de carreiras para os servidores do SUS. Entretanto, esses esforços enfrentam-se com obstáculos políticos, tais como alta rotatividade de dirigentes e técnicos, descontinuidade administrativa, baixa responsabilização dos atores e assimetria nas relações de poder, até mesmo entre Entes Federativos. Assim, a organização e a regulação do SUS sofrem influências de grupos de interesse e de constrangimentos burocráticos, de modo que os mecanismos adotados têm sido insuficientes para promover mudanças significativas na gestão do SUS. O decreto presidencial n. 7.508, de 28 de junho de 2011, como tentativa de regulamentação da Lei n. 8.080/1990, 21 anos depois da sua promulgação, é um indicativo desses fracassos.

### A expansão do setor privado e a contenção do SUS

Antes do SUS (1981), 68% dos atendimentos de saúde eram financiados com recursos públicos, 9% por planos de saúde privados e 21% por desembolso direto. Já em 2003, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicava que os atendimentos de saúde utilizando recursos públicos caíram para 56%. Na Pnad de 2008, a participação dos seguros privados e dos planos de saúde cresceu para 21% da despesa total. O pagamento do próprio bolso passou de 9%, em 1981, para 15%, em 2003, e 19%, em 2008.

A contenção do setor público e a ampliação do privado também expressam-se

nas internações hospitalares. Em 1981, a previdência social pagou 75% das internações, enquanto o SUS, em 2008, responsabilizou-se por apenas 67%. Os planos de saúde privados, por sua vez, pagaram 6% das internações, em 1981, e 20%, em 2008, com quase 20 anos de SUS.<sup>5</sup>

Apesar da existência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde e regida por contrato de gestão, as operadoras de planos e seguros privados de saúde seguem as leis do mercado, com limitada regulação federal, quando supostamente caberia ao gestor nacional do SUS fixar as diretrizes e as metas a serem pactuadas. Gestores estaduais e municipais são solenemente ignorados no controle e na avaliação dos serviços prestados pelas operadoras, apesar das relações espúrias e parasitárias estabelecidas com serviços próprios e contratados do SUS. A Lei n. 9.656/1998 que procurou regular os planos de saúde privados tem sido descumprida em vários aspectos que são lesivos ao SUS, enquanto o governo federal pratica a renúncia fiscal, subsidiando o crescimento desse subsector.

### Comentários finais

Diante dessa realidade, é um equívoco afirmar-se que o SUS é irreversível. Ao contrário, o SUS estabelecido na Constituição e nas leis encontra-se ameaçado diante da expansão do setor privado, do subfinanciamento público, da tímida regulação estatal, da “dupla militância” de dirigentes e profissionais nos setores público e privado, além da limitada participação social.

Faz-se necessário explicitar de qual SUS se fala, diante de um falso consenso em que muitos já não o combatem, pelo menos publicamente. Na realidade, existem várias concepções e projetos de SUS que disputam a direção política e cultural na saúde: 1) o *SUS democrático*, concebido pela Reforma Sanitária

<sup>5</sup> PAIM *et al.*, *op. cit.*

ria Brasileira, vinculado a uma democracia substantiva, comprometida com os direitos da cidadania, com a participação política e com os valores da igualdade, da solidariedade e da emancipação; 2) *SUS formal*, assegurado pela legislação, ainda que distante do cotidiano dos cidadãos e dos trabalhadores de saúde; 3) *SUS para pobres*, vinculado à ideologia liberal e derivado das políticas focalizadas em que a falta de recursos é a regra; 4) *SUS real*, subordinado à saúde da moeda e aos desígnios das áreas econômicas e sistêmicas dos governos, no qual viceja o pragmatismo dos dirigentes, conciliando interesses clientelistas, partidários, corporativos e econômicos.

Este SUS realmente existente e o SUS pobre para pobres são difundidos pela mídia e percebidos por milhões de usuários, enquanto o *SUS democrático* e o *SUS formal* parecem ficções para a maioria da população. O SUS nessas representações não é aquele no qual prevalece o interesse público e respeitam-se os direitos dos cidadãos. Portanto, não bastam apelos ideológicos para a população mudar a sua visão do SUS, nem impedir que a “classe C” tenha os planos de saúde como objeto de desejo. Por mais enganosa que seja essa opção, o povo não é bobo e conhece as dificuldades de resolver seus problemas no *SUS real*.

É certo que muitos indicadores revelam conquistas relevantes do SUS, como o aumento do acesso, a expansão da atenção básica, o Programa Nacional de Imunizações, o controle da Aids e do tabagismo, entre outras. Todavia, o ufanismo é insustentável se não forem alteradas, concretamente, as formas de acesso e os modos de atenção e cuidado. E isso

não será possível sem aumentar o financiamento público para ampliar a infraestrutura e a operação dos serviços de saúde. Do mesmo modo, uma gestão fatiada por partidos e refém do clientelismo e do fisiologismo, cuja moeda de troca tem sido o preenchimento dos cargos de confiança por afilhados, não é compatível com o mérito, o profissionalismo e a competência técnica.

Enfim, observa-se uma espécie de “hegemonia às avessas”,<sup>6</sup> pois, na aparência, destaca-se a direção cultural e moral do SUS, quando lideranças do movimento sanitário chegam a ocupar posições importantes de governo, mas na essência prevalecem os interesses do capital, assegurados por seus representantes dentro e fora do Estado. Assim, a sustentabilidade do SUS, seja econômica, política, institucional ou científico-tecnológica, não está dada. Os gestores, representados pelo CONASS e pelo Conasems, tiveram expressivo protagonismo na implementação do SUS e tal compromisso pode ser ampliado. Entretanto, essa participação tem limites decorrentes da sua inserção político-institucional. Portanto, os desafios do SUS passam pela ampliação das suas bases sociais e políticas, de modo que a sua sustentabilidade possa ser conquistada pelas forças que apostam no primado do interesse público e em um sistema de saúde centrado nas necessidades dos cidadãos. Nessa perspectiva, a radicalização da Reforma Sanitária poderá ensejar a constituição de sujeitos capazes de engendrar nova correlação de forças a partir da conquista do apoio da população. ■

<sup>6</sup> Entrevista Chico de Oliveira. *Cult – Revista Brasileira de Cultura*, 146, p. 12-18, maio 2010.

# BEATRIZ DOBASHI É REELEITA PRESIDENTE DO CONASS

“**B**eatriz representa uma geração de gestores que assumem a responsabilidade cada vez maior com a saúde pública no país”, afirmou o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, durante cerimônia de posse da Diretoria do CONASS para o período 2011-2012. Em sua segunda gestão à frente do Conselho, Dobashi propõe o debate a respeito de questões como as relações interfederativas; o acesso e a qualidade dos serviços; a retomada dos critérios de financiamento do SUS; a qualificação da Atenção Primária à Saúde para que se torne mais resolutiva, oportuna e acolhedora; a gestão do trabalho e da educação na saúde; o modelo de Atenção à Saúde; e o cuidado com doenças e agravos das condições crônicas, entre outros pontos.

Além disso, a presidente do CONASS tem participado ativamente do processo de planejamento estratégico do Conselho. Nesse processo, toda a missão institucional, a visão de futuro e os valores da instituição, bem como seus principais objetivos e as estratégias para alcançá-los, estão sendo redefinidos. Como prioridades da Diretoria, a presidente cita aquelas estabelecidas para os próximos dois anos e que, segundo ela, são muito maiores que a sua atuação à frente da presidência do

Conselho, mas que se devem constituir na agenda permanente, de modo que sua atuação contribua para o alcance dessas prioridades. São elas: a busca pela universalidade do acesso à saúde; o enfrentamento do subfinanciamento do setor; a redução dos problemas relacionados à gestão do SUS; a promoção adequada do modelo de atenção vigente; e a promoção da redução das desigualdades na capacidade de gestão das SES.

A posse da diretoria do CONASS 2011/2012 aconteceu no dia 28 de abril, em Brasília. Confira abaixo a composição:

## Presidente

Beatriz Dobashi (MS)

## Vice-presidentes e adjuntos

### Região Centro-Oeste

Rafael de Aguiar Barbosa (DF)

Antônio Faleiros (GO)

### Região Nordeste

Raimundo José Arruda Bastos (CE)

Antônio Carlos dos Santos Figueira (PE)

### Região Norte

Wilson Duarte Alecrim (AM)

Evandro Costa Gama (AP)

### Região Sudeste

Antônio Jorge de Souza Marques (MG)

José Tadeu Marino (ES)

### Região Sul

Michele Caputo Neto (PR)

Ciro Carlos Emerim Simoni (RS)

## Comissão Fiscal

### Titulares

Waldson Dias de Souza (PB)

Lilian de Almeida Veloso Nunes Martins (PI)

Leocádio Vasconcelos Filho (RR)

### Suplentes

Alexandre Carlos Macedo Muller (RO)

Antônio Carlos Guimarães S. Pinto (SE)

Domício Arruda Câmara Sobrinho (RN)

Neste ano, teremos a **14.<sup>a</sup> CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**, momento importante para a construção e a troca de ideias para a formulação de políticas públicas em saúde. Com o tema “Todos usam o SUS! SUS na seguridade social, política pública, patrimônio do povo brasileiro”, a 14.<sup>a</sup> CNS será realizada de 30/11 a 4/12, em Brasília. Até lá, todos os estados e os municípios brasileiros já terão realizado as suas conferências estaduais e municipais.

No último dia 10 de junho, a Saúde Pública sofreu grande perda com a morte da americana **BARBARA STARFIELD**, pediatra e Mestre em Saúde Pública. Starfield teve participação fundamental na definição da Política Nacional de Atenção Básica e na estruturação do trabalho das Equipes de Saúde da Família no Brasil.

Conheça o Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (**SISMAC**) desenvolvido pelo Ministério da Saúde para acompanhar os recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde do Bloco de Financiamento da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

Acesse: <http://sismac.saude.gov.br>

O Ministério da Saúde publicou, no dia 27 de junho, a Portaria GM n. 1.459, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a **REDE CEGONHA**, que se constitui em um conjunto de medidas para garantir a todas as brasileiras, pelo SUS, atendimento adequado, seguro e humanizado desde a confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal e pelo parto, até os dois primeiros anos de vida do bebê.

O CONASS foi aprovado, no último dia 22 de julho, como **OBSERVADOR CONSULTIVO DA COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA** – CPLP. O fato aconteceu durante a XVI Reunião Ordinária do Conselho de Ministros da CPLP, em Luanda.

Manifestamos os nossos agradecimentos ao Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (Dr. Paulo Ferrinho), à Fiocruz (Dr. Paulo Gadelha e Dr. Paulo Buss), à Missão Permanente do Brasil junto à CPLP (Embaixador Pedro Motta Pinto Coelho) e à Assessoria Internacional do Ministério da Saúde (Embaixador Eduardo Barbosa) e ao trabalho realizado pelo assessor para Relações Internacionais do CONASS, Fernando Cupertino Barros.

Você sabia? A **LUTA CONTRA A AIDS** completou 30 anos e o Programa Brasileiro de Combate à Aids é referência no mundo inteiro ao beneficiar 210 mil brasileiros com políticas de prevenção, diagnóstico precoce e acesso universal e gratuito ao tratamento antirretroviral. (Fonte: Ascom/MS)

Mais Curtas podem ser acompanhadas nas Redes Sociais!



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



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

# consensus

Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

## PRESIDENTE

Beatriz Dobashi (MS)

## VICE-PRESIDENTES E ADJUNTOS

**Região Centro Oeste:** Rafael de Aguiar Barbosa (DF), Antônio Faleiros (GO); **Região Nordeste:** Raimundo José Arruda Bastos (CE), Antônio Carlos dos Santos Figueira (PE); **Região Norte:** Wilson Duarte Alecrim (AM), Evandro Costa Gatma (AP); **Região Sudeste:** Antônio Jorge de Souza Marques (MG), José Tadeu Marinho (ES); **Região Sul:** Michele Caputo Neto (PR), Ciro Carlos Emerim Simoni (RS).

## COMISSÃO FISCAL

**Titulares:** Leocádio Vasconcelos Filho (RR), Lilian de Almeida V. Nunes Martins (PI), Waldson Dias De Souza (PB); **Suplentes:** Antônio Carlos Guimarães S. Pinto (SE), Domício Arruda Câmara Sobrinho (RN)

## REPRESENTANTES DO CONASS

**na Hemobrás:** Antônio Carlos dos Santos Figueira (PE); **na ANS:** Pedro Henry Neto (MT); **na Anvisa:** Dalmo Claro de Oliveira (Titular, SC), Viviane Rocha de Luiz (Suplente, assessora técnica do CONASS)

## SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

Alexandre de Melo Toledo (AL); Antônio Carlos dos S. Figueira (PE); Antonio Carlos G. Souza Pinto (SE); Antonio Faleiros (GO); Antônio Jorge de S. Marques (MG); Arnaldo Alves Nunes (TO); Beatriz Figueiredo Dobashi (MS); Ciro Carlos Emerim Simoni (RS); Dalmo Claro de Oliveira (SC); Domício Arruda (RN); Edilson Afanso Mendes Pereira (AP); Giovanni Guido Cerri (SP); Hélio Franco de Macedo Júnior (PA); Jorge José Santos Pereira Solla (BA); José Tadeu Marino (ES); Leocádio Vasconcelos Filho (RR); Lilian de Almeida V. N. Martins (PI); Mário Toscano de Brito Filho (PB); Michele Caputo Neto (PR); Orlando Ramires (RO); Pedro Henry Neto (MT); Rafael de Aguiar Barbosa (DF); Raimundo José Arruda Bastos (CE); Ricardo Murad (MA); Sérgio Luiz Côrtes (RJ); Suely de Souza Melo da Costa (AC); 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

Tatiana Rosa | RP 7653 DF

## PROJETO GRÁFICO

Clarice Lacerda  
Thales Amorim

## DIAGRAMAÇÃO

Clarice Lacerda  
Thales Amorim

## IMPRESSÃO

Gráfica Positiva

## TIRAGEM

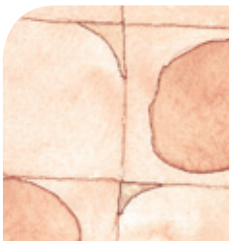
8.000 exemplares

Capa foi impressa em papel Starmax brilho 80g/m<sup>2</sup> e miolo em papel Kromma Silk 70g/m<sup>2</sup>. O projeto gráfico foi composto com as Famílias Tipográficas Proforma, Liga Sans LT Std e Frutiger LT Std.

## Opiniões, sugestões e pautas

Assessoria de Comunicação Social  
E-mail: [ascom@conass.org.br](mailto:ascom@conass.org.br)

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

# Sua participação vai fazer bem para a saúde.



## 14ª Conferência Nacional de Saúde

Brasília, DF - 30 de novembro a 04 de dezembro de 2011

**Tema: Todos usam o SUS! SUS na seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro.**

**Eixo: Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS.**

As principais políticas de saúde pública em vigor foram construídas a partir das últimas Conferências. Por isso é importante reunir todos aqueles que acreditam e lutam por um país onde impere a justiça social, a democracia e a participação popular na definição de políticas públicas. Vamos debater a política nacional de saúde segundo os princípios da integralidade, da universalidade e da equidade.

As conferências estaduais e municipais já começaram em todo o país.  
Somos muitos e juntos fazemos mais pela saúde do Povo Brasileiro.  
Participe!!!

Saiba mais em [www.conselho.saude.gov.br/14cns/](http://www.conselho.saude.gov.br/14cns/)