

ano III, número 7
abril, maio e junho de 2013
www.conass.org.br

consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE



SAÚDE:

PARA ONDE VAI A CLASSE MÉDIA

CONFIRA TAMBÉM A ENTREVISTA COM
O SOCIÓLOGO **BOLÍVAR LAMOUNIER**

consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Ano III | Número 7 | abril, maio e junho de 2013



CAPA AGÊNCIA I COMUNICAÇÃO

6

consensus entrevista

Bolívar Lamounier, um dos principais sociólogos do Brasil na atualidade, fala com exclusividade à Revista Consensus, sobre a ascensão de um novo estrato da sociedade que tem desenhando um país com novos interesses, comportamentos e principalmente novas aspirações, interferindo diretamente no processo de desenvolvimento do Brasil

12

especial

Saúde: para onde vai a nova classe média é o tema da reportagem que aborda a nova realidade socioeconômica do país advinda com o surgimento da nova classe média brasileira e os possíveis impactos que esse movimento de mobilidade social pode causar no Sistema Único de Saúde

20 *Inovação, desafios e dissensos: conheça a nova linha de atuação do CONASS*

26

saúde em foco

E-SUS Atenção Básica é lançado pelo Ministério da Saúde. Ferramenta pública pretende integrar as informações de todos os sistemas que hoje são utilizados

30 institucional

Santo Antônio do Monte/MG recebe o Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas

32 *CONASS promove debate sobre o Planejamento da Atenção Primária à Saúde nos Estados*

34 *Eleita a nova diretoria do CONASS para a gestão 2013/2014*

36 relações internacionais

CONASS renova acordo de cooperação com entidades Canadenses

38 opinião

Os hospitais e a rede Urgências e Emergências: desafios, por Nelson Ibañez

44 *A crise dos Serviços Hospitalares de Urgências no Brasil: elementos para uma agenda transformadora em prol dos direitos humanos, por Armando De Negri Filho*

50 curtas

O Brasil assiste, há aproximadamente duas décadas, à ascensão de uma nova classe média, que, cada vez mais, demonstra novos interesses e anseios com impactos significativos determinando, sobretudo, nova realidade socioeconômica do País.

Com o entendimento de que é preciso conhecer melhor esse movimento e suas implicações no Sistema de Saúde – público e privado –, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), realiza, no dia 24 de abril, em Brasília, o seminário *Saúde: para onde vai a nova classe média* – o primeiro de uma série que visa aprofundar as discussões sobre o tema dentro do Projeto CONASS Debate.

Por oportuno, a discussão desse tema acontece em um momento delicado em que o Brasil se inquieta com o surgimento de notícias sobre possíveis “negociações” do governo federal com as operadoras de planos privados de saúde visando oferecer um pacote de medidas de estímulo ao setor em troca de garantias de melhoras no atendimento e ampliação de cobertura.

Enquanto protagonista há 31 anos, o CONASS tem discutido novas perspectivas para a saúde do Brasil e manifestado preocupação em relação à consolidação do Sistema Único de Saúde que, apesar de 25 anos de existência, ainda encontra-se ameaçado em seus princípios constitucionais.

Nesta edição da Revista Consensus, levantamos essa reflexão para que sejam descobertos novos caminhos que levem à susten-

tação e principalmente à efetivação do SUS como sistema público merecedor da credibilidade da sociedade.

Com a intenção de fomentar esse debate a equipe da Revista Consensus entrevistou o sociólogo Bolívar Lamounier, que expõe opiniões qualificadas, contribuindo para a compreensão desse relevante fenômeno social.

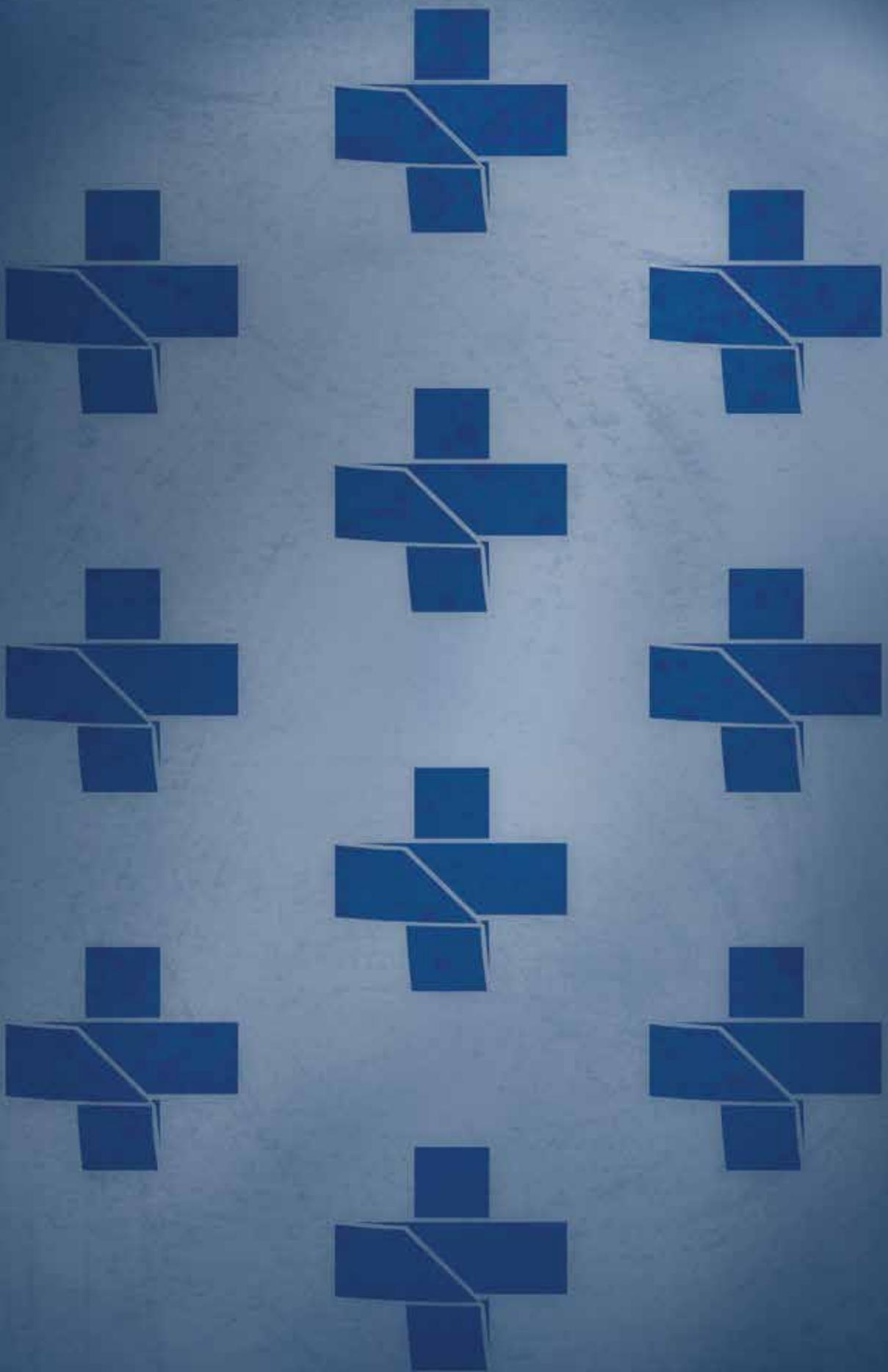
Seguindo essa discussão, são apresentadas as opiniões de expositores do seminário, sobre a saúde pública no Brasil na perspectiva da nova classe emergente.

Na reportagem especial, foi traçado um panorama sobre o papel dos estados na implantação da ferramenta e-SUS Atenção Básica, lançada pelo Ministério da Saúde com o objetivo de qualificar a Atenção Primária à Saúde no Brasil.

Trazemos também, nesta edição, algumas ações institucionais do Conselho, como a cobertura da 1ª Oficina de Planejamento da Atenção Primária à Saúde; da instalação do Laboratório de Inovações de Atenção às Condições Crônicas em Santo Antônio do Monte/MG; e da posse da nova diretoria do CONASS para a gestão 2013/2014.

Por fim, apresentamos artigos escritos pelo consultor do CONASS, Nelson Ibañez, e pelo médico sanitário, Armando De Negri, sobre a organização efetiva das emergências dos hospitais brasileiros, que se configura, hoje, como um dos maiores desafios do SUS.

Boa leitura!



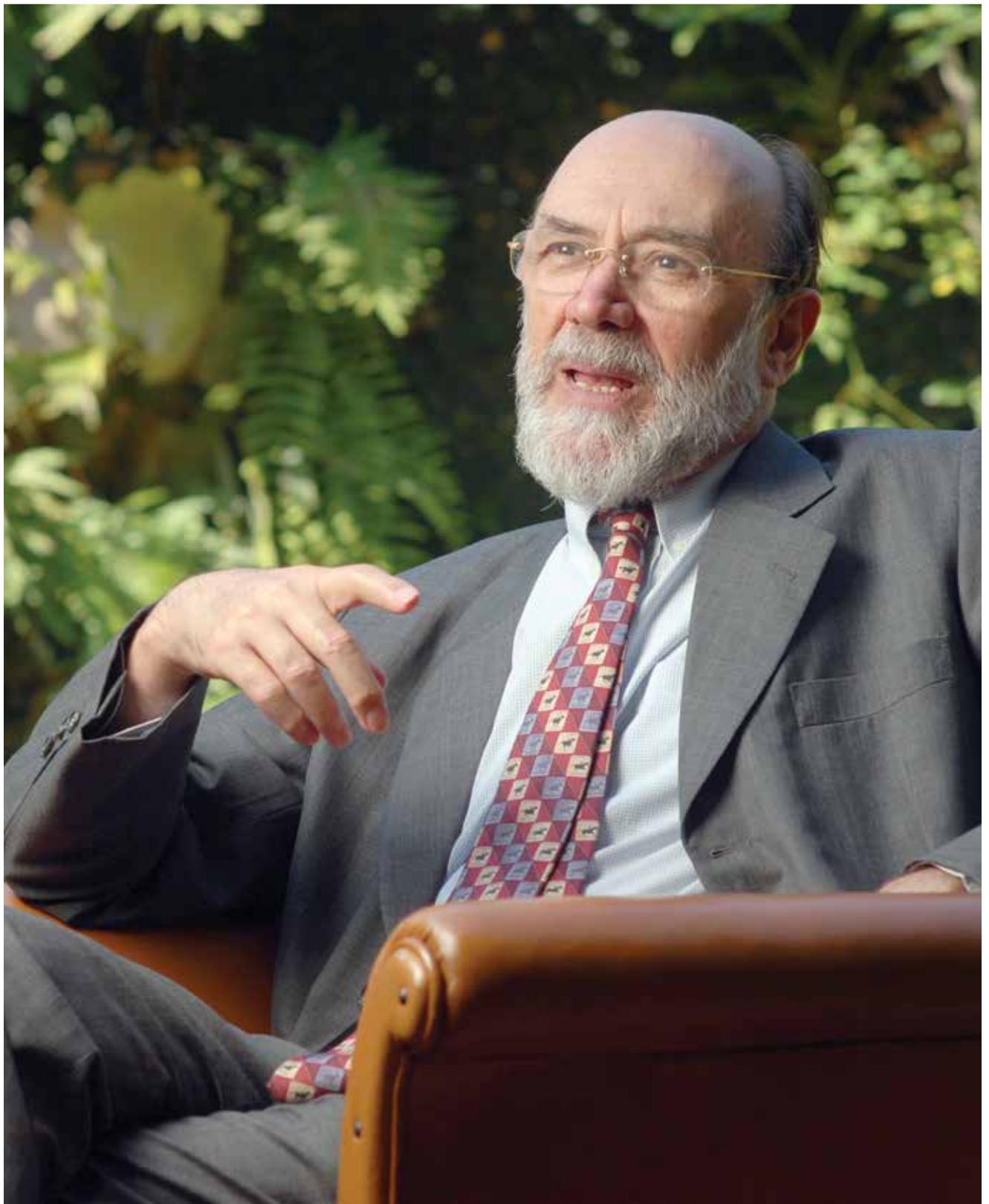
ENTREVISTA

Bolívar Lamounier

As transformações econômicas ocorridas no Brasil nos últimos anos têm chamado a atenção para um novo estrato social, que cada vez mais ocupa um espaço importante na sociedade, com impactos diretos tanto na economia como na estrutura governamental do País. Trata-se do surgimento da nova classe média brasileira – um fenômeno com grande significado social e político. Para falar sobre este assunto, a Revista Consensus, ouviu Bolívar Lamounier.

Sociólogo e Ph.D. em Ciência Política pela Universidade da Califórnia, em Los Angeles, Lamounier é também membro do Comitê Assessor Acadêmico do Clube de Madri, entidade integrada por ex-chefes de Estado e criada em outubro de 2002 com o objetivo de promover internacionalmente a democracia.

Com a propriedade de quem já escreveu numerosos estudos sobre Ciência Política, publicados no Brasil e no exterior, o sociólogo falou sobre essa nova classe social em ascensão no país, especialmente no que diz respeito às expectativas dessa parcela da população em relação às políticas públicas brasileiras, mais precisamente quanto ao Sistema Único de Saúde.



Consensus A nova classe média brasileira vem desenhando um País com novos interesses, comportamentos e principalmente novas aspirações, que interferem no processo de desenvolvimento do Brasil. Como o senhor analisa esse movimento e descreve essa crescente parcela da população?

Lamounier No último quarto de século, praticamente todos os Países emergentes passaram por um intenso processo de mobilidade social vertical. Refiro-me a uma mobilidade estrutural de toda uma camada em decorrência de processos econômicos poderosos, como a abertura das economias, uma fase de vigoroso crescimento da

economia mundial no fim do século; e, no caso brasileiro, o controle da inflação e a consequente expansão do crédito.

Ao mesmo tempo, um amplo leque de novos bens de consumo e novos serviços chegou aos mercados do mundo inteiro, propiciando uma marcante mudança em gostos e estilos de vida. Ao contrário dos integrantes da classe média tradicional, que apenas almejavam reproduzir o *status* dos pais, em um universo mais ou menos estático, os filhos dessa “nova” classe média querem “subir na vida”, viver melhor, consumir mais. Mas, para isso, precisam de mais e melhores empregos ou melhores chances de trabalhar por conta própria, a fim de gerar uma renda consentânea com essa nova forma de viver.

A classe média antiga tinha no serviço público – civil e militar – uma base econômica razoável e relativamente segura. A “nova classe média” de que estamos falando precisará de um esquema de vida diferente, de uma solução múltipla, eu diria, com uma participação relativa muito maior do setor privado.

Consensus Quais são as expectativas da nova classe média e como elas podem influenciar os fenômenos sociais, políticos e econômicos no Brasil?

Lamounier A classe média antiga tinha no serviço público – civil e militar – uma base econômica razoável e relativamente segura. A “nova classe média” de que estamos falando precisará de um esquema de vida diferente, de uma solução múltipla, eu diria, com uma participação relativa muito maior do setor privado. É no mercado que ela vai se sustentar, batalhando por empregos ou estabelecendo-se por conta própria.

Quanto à influência política, descartemos, desde logo, a ideia de um comportamento homogêneo. O conjunto de que estamos falando representa cerca de 50% da população, quase 100 milhões de pessoas, algo entre 60 e 70 milhões de eleitores. Não é concebível que um agregado desse tamanho vá votar do mesmo jeito ou agir da mesma forma, seguindo os mesmos valores e objetivos de antes.

Como qualquer grupo social, essa nova “Classe C” penderá para um lado em uma eleição e para outro na eleição seguinte, dependendo das questões que estejam chamando a atenção do País no momento, da credibilidade com que os candidatos e partidos encarnem as alternativas etc. Basta lembrar que a maioria dessa classe ajudou a eleger Fernando Henrique Cardoso duas vezes no primeiro turno, e depois apoiou Lula em outras duas eleições.

Especulando, creio que uma distinção importante aparecerá ao longo do tempo: uma bifurcação mais nítida, com uma parte dessa classe apoiando ainda um intervencionismo do Estado na economia e na vida do País e outra parte vendo a nossa cultura intervencionista como um conjunto quase insuperável de impedimentos às suas aspirações.

Consensus Como dar sustentabilidade às políticas públicas, considerando as mudanças decorrentes do advento da nova classe média?

Lamounier De fato, estamos falando de um megaprocesso de mobilidade social ascendente, uma mudança portentosa, com mudança de hábitos e comportamentos, novos objetivos de vida e – sublinhemos este ponto – uma pressão crescente por melhores serviços públicos, melhor atendimento, redução das desigualdades sociais e regionais, e por aí afora.

Dentro desse quadro, a ideia de sustentabilidade envolve três aspectos. O primeiro é o crescimento da economia e a manutenção de um viés distributivo – como a correção do mínimo acima da inflação e políticas sociais de amplo espectro – iniciado no governo Fernando Henrique e mantido por Lula e Dilma. O segundo é o aprimoramento da administração pública. Este ponto inclui as parcerias com orga-

[...] estamos falando de um megaprocesso de mobilidade social ascendente, uma mudança portentosa, com mudança de hábitos e comportamentos, novos objetivos de vida e – sublinhemos este ponto – uma pressão crescente por melhores serviços públicos, melhor atendimento, redução das desigualdades sociais e regionais, e por aí afora.

nizações privadas por meio de convênios e diversas outras formas, mas é preciso lembrar que há muita corrupção e tráfico de influência nessa área. Isso terá que ser resolvido. O combate ao corporativismo também é essencial, a administração pública tem que ser de fato pública, e não um conjunto de nichos de grupos em busca de privilégios.

O terceiro e último aspecto, como já assinaléi, é que as famílias de classe média terão que gerar uma renda regular e cada vez mais alta; para isso terão que proporcionar um nível educacional e de qualificação profissional adequado a seus filhos.

Não menos importante, os jovens da nova classe média sabem ou vão rapidamente descobrir que o emprego público por si só não será suficiente. Não poderá oferecer vagas no volume necessário, e muito menos de boa qualidade, com reais perspectivas de carreira etc. Ou seja, eles vão depender muito mais do setor privado. É no mercado que eles vão precisar procurar sustentação: batalhando por bons empregos ou estabelecendo-se por conta própria. E a competição será dura. Eles rapidamente entenderão que o diploma tem valor decrescente. Se optarem por se estabelecer como pequenos empresários, logo perceberão que o Estado brasileiro tem uma voracidade tributária insaciável e um gosto também insaciável por papelório inútil, conforme as tradições que herdamos da Península Ibérica de 500 anos atrás.

Consensus Considerando os princípios constitucionais do SUS – como a universalidade, a gratuidade e a equidade – e as aspirações da nova classe média em relação à saúde, em sua opinião, o sistema público de saúde brasileiro é capaz de atender a esses anseios?

Lamounier A curto prazo, certamente não, e duvido que ele venha a ter tal capacidade mesmo em um horizonte mais dilatado, digamos de uma ou duas décadas. Meu relativo pessimismo a respeito do SUS tem a ver, por um lado, com a imagem negativa do sistema e, por outro, com o fato de a classe média provavelmente vir a ter anseios ainda mais altos no horizonte de tempo a que me referi.

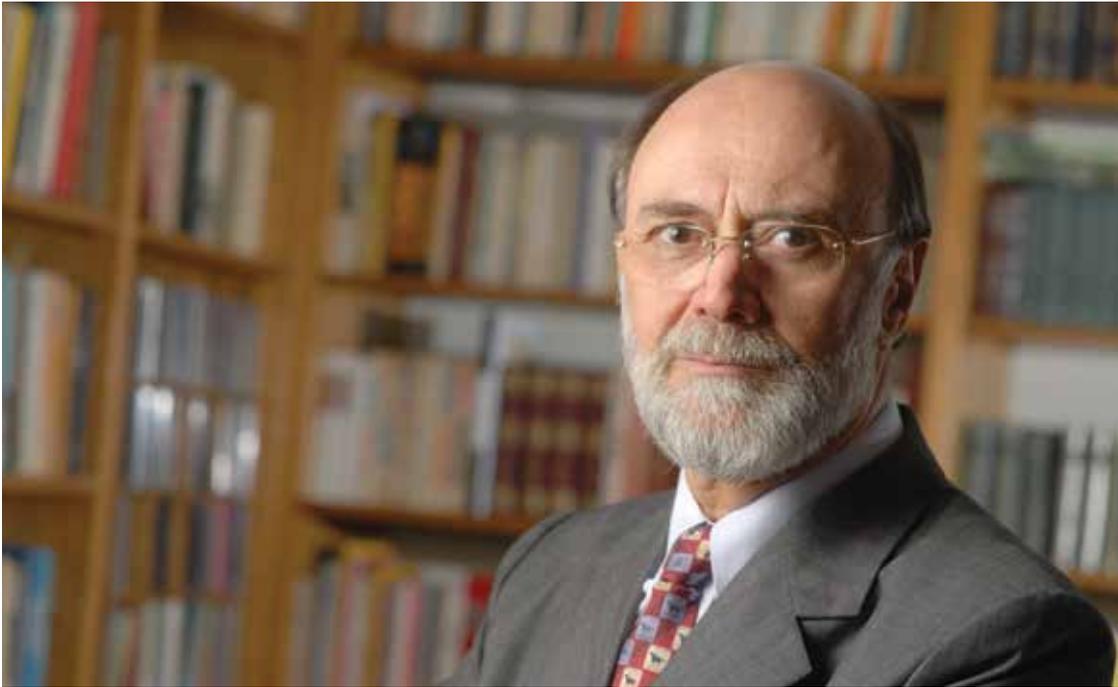
Consensus Até que ponto a percepção da população a respeito do SUS influencia na procura cada vez maior pelos planos privados de saúde?

Lamounier Não conheço pesquisas específicas sobre o tema, mas me parece muito provável que esse seja um fator influente. No processo de mobilidade, as pessoas que ascendem na escala social tendem a tomar como referência os valores e padrões dos que estão acima. Acrescentemos que, no Brasil, a maioria das pessoas crê que a medicina privada é melhor.

Consensus Recentemente, a imprensa divulgou informações de que o governo estaria negociando, com as empresas responsáveis pelos planos privados de saúde, um pacote de medidas de estímulo a esse mercado a fim de garantir melhorias no atendimento. Tendo em vista a característica de consumo de bens e de serviços dessa nova classe média, este movimento pode se concretizar ou evoluir futuramente?

Lamounier Cobrar a melhoria dos serviços será uma tendência forte e generalizada, com ou sem uma intervenção adequada por parte dos governos. Este é o principal efeito do que costumamos chamar de “politização”. O termo é, muitas vezes, entendido como referência a coisas muito sofisticadas, como se milhões de pessoas fossem, de repente, se comportar conforme os ditames do último filósofo da moda. Deixemos essa bobagem de lado. O significado primeiro e básico de politização é a pessoa investir mais tempo e energia na defesa de seus interesses, em vez de ficar esperando milagres. Ser mal atendido quando se precisa de um serviço é um cutucão politizador, se posso dizê-lo dessa forma.

O que eu imagino como politização é, portanto, um processo complicado, talvez não muito perceptível: uma pressão crescente sobre o governo, nos três níveis – municipal, estadual e federal. As pessoas vão reclamar cada vez mais da tributação e dos serviços



públicos de modo geral: da insegurança, da má qualidade da educação. E não nos esqueçamos de que a educação é chave para a sustentação da mobilidade; muitas famílias de classe média estão fazendo um enorme esforço para que seus filhos possam frequentar escolas privadas. Desse modo, evidentemente, vão gritar contra a corrupção, pois quanto mais conscientes da quantidade de impostos que pagam, mais vão esbravejar. É normal e salutar que isso aconteça.

Consensus Como o senhor responderia a questão central do seminário – Saúde: para onde vai a nova classe média?

Lamounier Essa é uma pergunta muito relevante, pois há muita gente batendo o bumbo do “grande avanço social” e quase ninguém discutindo a sustentabilidade de tal processo. Amaury de Souza e eu suscitamos essa questão em nosso livro *A classe média brasileira* – Editora Elsevier,

2009. Consumir é ótimo, mas cada família tem de gerar renda para financiar seu consumo. No mundo atual, a educação é um ponto crítico, e sabemos todos que a situação educacional brasileira é catastrófica. Se fosse uma questão só de gogó, já estaríamos no Primeiro Mundo, mas a realidade é bem outra.

O que vale para a educação vale evidentemente para a saúde. Esse conjunto de 100 milhões de pessoas que agora estamos chamando de nova classe média tem carências enormes na área da saúde, tanto de educação e prevenção quanto de atendimento médico-hospitalar, custo dos medicamentos etc. Para onde, então, vai a classe média? Eu penso que a situação dela vai melhorar, até porque ela está aprendendo a exigir o que lhe é devido, mas conviria pararmos de contar mentiras para todo mundo e para nós mesmos. A realidade do País é muito dura e não vai mudar da noite para o dia. ■

especial



SAÚDE: *para onde vai a nova classe média*

Como dar sustentabilidade ao Sistema Único de Saúde, considerando as mudanças decorrentes do advento da nova classe média

TATIANA ROSA

Nas últimas décadas, uma nova realidade socioeconômica desenha-se no Brasil e, diretamente ligado a ela, surge um novo fenômeno social conhecido como “o nascimento de uma nova classe média”, representada por brasileiros que, seja por meio de políticas públicas de redistribuição de renda, seja pelo aumento real do salário mínimo ou ainda pelo aumento do emprego formal e da oferta de crédito, têm deixado a condição de pobreza e demonstrado novos interesses e anseios com impactos significativos em várias áreas estruturantes do País.

Entender que tipos de impactos esse movimento de mobilidade social pode causar ao Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista a migração desse novo estrato da sociedade para os planos privados de saúde, é fundamental para o fortalecimento do SUS, principalmente neste momento em que surgem na mídia rumores sobre uma possível desoneração fiscal para as operadoras criarem planos de saúde a preços populares.

Criado para ser um sistema universal que atendesse a todos os brasileiros, o SUS padece com o subfinanciamento e, cada vez mais, tem sido desacreditado pela sociedade, que busca,

nos planos privados, a segurança de poder contar com o atendimento adequado em um momento de necessidade desses serviços, além de enxergá-lo como um símbolo de *status*.

Assim pensa a jornalista Maíra Elluké. Filha de pais de classe média de Brasília, ela afirma usar o SUS apenas para se vacinar e retirar anticoncepcionais, gratuitamente, medicação que, segundo ela, falta constantemente. Elluké revela que todos na sua casa pagam por um plano de saúde, pois não veem no sistema público, a segurança necessária de que precisam. “O SUS não é sinônimo de segurança. Os hospitais estão sempre cheios. Acho que é um sistema que tinha tudo para dar certo, mas, por conta da má gestão, ainda precisa melhorar muito”.

A jornalista de 28 anos revela, porém, que não vê o plano de saúde como uma questão de *status* social, mas sim de necessidade. “Não vejo razão para as pessoas pagarem um plano para ter *status*, mas sim por necessidade, e porque o SUS não tem credibilidade. Eu mesma abriria mão de pagar por um plano de saúde, que é caro, mas só faria isso se eu tivesse a certeza de que teria um serviço de qualidade na rede pública”, reflete.



Procedente de classe com menores poderes aquisitivos, a passagem para a classe média, advinda dos expressivos aumentos nas rendas e acoplada à maior segurança de emprego, permite aumentos de consumo como um todo e, inegavelmente, o plano de saúde tem alta cotação na cesta de aquisições dessa nova classe média

JOSÉ CECHIN, Diretor do FenaSaúde.

Dono de opinião oposta, o diretor executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), José Cechin, acredita que o plano de saúde representa sim um símbolo de *status*. “Procedente de classe com menores poderes aquisitivos, a passagem para a classe média, advinda dos expressivos aumentos nas rendas e acoplada à maior segurança de emprego, permite aumentos de consumo como um todo e, inegavelmente, o plano de saúde tem alta cotação na cesta de aquisições dessa nova classe média”, afirma.

Ao ser questionado sobre quais seriam as expectativas dessa nova classe média em relação ao SUS, Cechin, assegura que, à medida que as pessoas melhoram a renda, desejam mais saúde e, com isso, procuram os serviços de assistência com maior frequência e intensidade. “Uma das formas para equacionar esse desejo por mais serviços de saúde é buscar os planos privados, porém, essa demanda também é do SUS. Não existe outra razão para o grande fluxo de pessoas nos prontos-socorros e hospitais, quer públicos, quer privados”, explica.

Para ele, com o aumento da renda, também crescem o grau de instrução e as exigências quanto aos serviços buscados. Em sua opinião, os desafios para o SUS são equacionar os investimentos em infraestrutura médica, expandir e aprimorar a formação de profissionais e aperfeiçoar a gestão do sistema, que, segundo classificou, é complexo e politicamente multifacetado.

Cechin acredita, ainda, que o SUS precisa preparar-se para o envelhecimento rápido da população que aumentará a frequência de doenças crônicas e das despesas médico-hospitalares. “Quero acentuar que essa tendência pode ter seu ritmo reduzido, desde que se adotem hábitos de vida adequados. Por isso, entendo que cabe ao setor público uma ampla campanha de promoção de hábitos saudáveis, o que certamente seria acompanhado pelo sistema de saúde suplementar”.

Em contrapartida, a professora titular da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas (Ebape) da Fundação Getúlio Vargas e doutora em Ciência Política pelo Instituto Universitário de Pesquisa do Rio de Janeiro (Iuperj), Sônia Fleury, assegura que o mais importante neste debate é, antes de tudo, entender que o conceito de classe diz respeito não apenas à esfera do consumo, mas também às relações de produção. “Acho que estamos falando de certa fração da classe trabalhadora que aumentou a renda e não possui os outros bens públicos e que a classe média tradicional dispõe”, rebate ao ser questionada sobre esse novo segmento da sociedade.

E vai além. “Eu evitaria chamar de nova classe média, porque isso confunde mais do que explica. Essas pessoas não têm acesso a saneamento, moram em locais extremamente precários e o acesso ao SUS é muito restrito também. Então, acho que são pobres que tiveram uma melhoria de renda, mas ainda não têm acesso aos bens essenciais”.

Segundo a professora, abarcar o conceito de que esse segmento configura-se como uma nova classe média tende a dirimir os conflitos que existem em torno da redistribuição. “O Estado vai colocar dinheiro onde? É para essa população? Além de fazer transferências por meio dos programas assistenciais, ele vai melhorar os serviços públicos? Essa é a questão”, reflete.

Fleury explica que existe uma individualização dos riscos, pois do mesmo jeito que a classe média tradicional comprou seu plano de saúde, tudo é individualizado. Segundo ela, a bolsa família também trata os pobres individualmente ou familiarmente. “Esse não é um movimento igual ao movimento da classe operária, que foi coletivo e lutou para ter um sistema de saúde. Essas pessoas não têm um projeto social coletivo. Elas querem agarrar o que está sendo oferecido”.

Para Sônia Fleury, a pobreza só será superada por meio de sistemas universais de quali-



Acho que estamos falando de certa fração da classe trabalhadora que aumentou a renda e não possui os outros bens públicos que a classe média tradicional dispõe

SÔNIA FLEURY, Professora titular da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas (Ebape) da Fundação Getúlio Vargas.



O grau de exigência que esse consumidor passa a ter com relação aos serviços e ao atendimento passa a ser mais criterioso. É como se você mudasse a régua de exigência do que é o serviço público, em especial do serviço de saúde, que aparece sempre como um dos grandes problemas dos brasileiros

RENATO MEIRELLES, Diretor do Instituto de Pesquisa Data Popular.

dade. “Ou nós fazemos um sistema universal de qualidade nas áreas de saúde e educação, que são áreas que podem romper o ciclo da pobreza, ou vamos ter cidadãos que os pais eram pobres, saíram daquela linha de pobreza, mas não têm educação e nem saúde de qualidade. Eles estarão endividados pagando por planos privados de saúde e por escolas privadas de péssima qualidade”, ressalta.

Ela explica que o SUS está desacreditado pela população já que, hoje, não tem capacidade de garantir a exigibilidade do direito à saúde. “Os serviços que puderem funcionar têm de ser de excelência, e quando não puderem funcionar, têm de fechar. Está acontecendo uma queda na qualidade dos serviços prestados pelo setor privado, pois quem dá o parâmetro é o setor público”.

O que preocupa para a professora é que a classe emergente comprará um serviço de péssima qualidade, e o SUS, que deveria ser o projeto para igualar as pessoas dando a elas um serviço qualificado, continua a ser um sistema fragilizado.

Fleury finaliza com firmeza. “O que tem de ser bom é o setor público. No Chile, quando o governo investiu seriamente no setor público, muita gente que estava endividada, pagando por escola e por plano de saúde, voltou para o setor público. Toda a minha geração estudou em escola pública. Hoje, quem pode, não estuda mais porque o sistema é ruim e ninguém quer ir para um lugar que não tem a sua atenção assegurada”.

Já o diretor do Instituto de Pesquisa Data Popular, Renato Meirelles, esclarece que o aumento do emprego formal na classe média brasileira tem proporcionado acesso desse grupo social a planos privados de saúde, o que faz com que o parâmetro de comparação mude. “O grau de exigência que esse consumidor passa a ter com relação aos serviços e ao atendimento passa a ser mais criterioso. É como se você mudasse a régua de exigência do que é o serviço público, em especial do serviço de saúde que aparece

sempre como um dos grandes problemas dos brasileiros”, afirma o diretor.

Em seguida, Meirelles compara: “a educação pode estar ruim, mas o cidadão leva um tempo para sentir os impactos de uma educação de má qualidade. No entanto, quando ele demora para ser atendido, especialmente em uma emergência, ele rapidamente sente o problema. A descoberta dessas eventuais dificuldades que existem no SUS acontece em um sistema de urgência no qual o cidadão está mais vulnerável.”

Segundo ele, muitas queixas sobre o SUS dizem respeito aos serviços prestados, como, por exemplo, a falta de atenção do médico, a consulta que é muito rápida etc. “Isso mostra como o consumidor, de alguma forma, procura cada vez mais um atendimento no serviço público com a mesma qualidade que ele encontra no sistema privado”.

Para o diretor do Data Popular, é perfeitamente possível ter um sistema público de saúde que atenda às demandas da nova classe média, que é cada vez mais exigente. Meirelles pondera, no entanto, que para isso acontecer, os desafios do SUS serão muitos. “É preciso um grande investimento em processos, em bons atendimentos e em tecnologia para evitar burocracia e fiscalização de que os funcionários estão de fato, cumprindo o seu dever”.

O diretor finaliza com a opinião de que é importante ao brasileiro entender o conceito de saúde preventiva. “Quero reforçar que o sucesso do SUS está diretamente vinculado ao Programa Saúde da Família, que incentiva essa maneira de prevenir-se. Na verdade, para mim, esse é o grande desafio”, diz.

Já para a professora adjunta e pesquisadora da Escola de Administração de Empresas de São Paulo e coordenadora do Centro de Estudos GVsaúde da Fundação Getúlio Vargas, Ana Maria Malik, pensar em quais são as expectativas de quem quer que seja em relação ao SUS e à saúde como um todo é uma tarefa complexa. “Em relação à saúde, o que todos esperam, tanto da



Em relação à saúde o que todos esperam, tanto de classe média, classe alta ou classe baixa, é acesso aos serviços, de qualidade e seguros, e que atendam aos seus anseios

ANA MARIA MALIK, Coordenadora do Centro de Estudos Gvsaúde da Fundação Getúlio Vargas.



Nos países com sistemas universais de saúde, a crise econômica mundial está provocando a ida de entidades, muitas delas representantes de setores das classes médias, para as ruas para defendê-los. Fica assim comprovado que os sistemas universais são a melhor alternativa para responder aos problemas de saúde

LÍGIA BAHIA, Professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

classe média, classe alta ou classe baixa, é acesso aos serviços de qualidade, seguros, e que atendam aos seus anseios”, reflete.

Assim como o diretor do FenaSaúde, José Cechin, a pesquisadora também acha que os planos de saúde representam um símbolo de *status* e de poder aquisitivo. “Esses planos dão a falsa impressão de oferecer mais facilidade e mais qualidade. Por outro lado, não sei se a população brasileira diferencia corretamente o que é público e o que não é. Portanto, as expectativas são em relação a receber por aquilo que paga”, diz.

No entanto, segundo ela, como o SUS é o sistema único, cabe-lhe garantir a prestação do setor público e regular o acesso ao setor privado e a qualidade de sua prestação.

Para atender às expectativas dessa parcela em ascensão, Ana Maria Malik esclarece que o SUS precisa conhecer as necessidades da população e as suas expectativas e demandas. “É fundamental garantir o acesso, tanto físico quanto telefônico, e isso não somente no setor público. A regulação pode ter muita utilidade, principalmente quando há metas realistas para ambos os subsetores. Além disso, é necessário garantir a presença de profissionais da área, e a partir disso, oferecer educação e treinamento para esses profissionais, tanto do ponto de vista técnico quanto de relacionamento.”

Lígia Bahia, professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, julga importante questionar se esse fenômeno de deslocamento da pirâmide de renda para cima está de fato transformando o Brasil em um país de classe média.

Ela explica que, no sentido clássico da sociologia, classe média é um *status* atingido mediante propriedade ou elevado padrão educacional-cultural, e obter recursos para abrir crediário é uma mudança significativa. “Para quem, como nós, viveu e vive às voltas com uma imensa desigualdade, a ampliação

do acesso ao consumo de bens e serviços e a invasão dos segmentos C e D em ambientes antes exclusivos para poucos, são mudanças muito bem-vindas”.

A professora esclarece que não se trata exatamente de uma nova classe média, mas sim de trabalhadores, em sua maioria, inseridos no setor de serviços e que anseiam e necessitam de suportes sociais sólidos para afirmar e conservar a mobilidade alcançada. “O SUS e as políticas públicas de educação são essenciais. Problemas de saúde que gerem gastos individuais ou familiares catastróficos devolverão esses segmentos populacionais às condições anteriores de estratificação”.

Bahia reforça ainda que, do mesmo modo, o ensino público acessível em todos os níveis é a única garantia de viabilizar uma formação para os segmentos ascendentes, similar ao das classes médias tradicionais.

Para ela, o SUS deve e pode ser o sistema de saúde que responda às necessidades de saúde de todos os brasileiros. Para tanto, é necessário dotá-lo de recursos materiais, políticos e simbólicos que assegurem a prioridade da saúde pública universal de qualidade na agenda governamental e sua consolidação como política de Estado. “Nos países com sistemas universais de saúde, a crise econômica mundial está provocando a ida de entidades, muitas delas representantes de setores das classes médias, para as ruas para defendê-los. Fica assim comprovado que os sistemas universais são a melhor alternativa para responder aos problemas de saúde”.

Nesse sentido, a professora afirma que, para o SUS atender às expectativas de todos os brasileiros, é preciso deixar para trás a falsa ideia de que existe uma divisão “natural” entre um sistema voltado aos ricos e outro destinado aos pobres. “As evidências indicam exatamente o contrário. Os sistemas de saúde com os melhores resultados econômicos e sanitários são os universais”, defende.

Governo Federal e os Planos Privados de Saúde

No final de fevereiro deste ano, a mídia nacional passou a divulgar informações de que o governo federal estaria negociando com os planos de saúde um pacote de medidas de estímulo ao setor em troca de garantias de melhorias ao atendimento.

Entre as possíveis medidas, estariam: a redução de impostos para o setor, um maior financiamento para recuperação da infraestrutura hospitalar, bem como a solução das dívidas das Santas Casas.

Com isso, seria possível oferecer, com preços mais baixos, inúmeras garantias ao usuário de maneira que o acesso aos planos de saúde privados fosse facilitado.

No entanto, após inúmeras manifestações de repúdio, o Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, negou, durante reunião do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que qualquer negociação dessa natureza estaria sendo feita pelo governo federal.

“Nós não permitiremos, no que depender do governo federal, nenhum movimento a favor da saúde suplementar que venha a reduzir o papel, a força e a importância do SUS. Não permitiremos nenhum movimento como esse e não discutiremos nenhuma proposta que venha nesse sentido”, enfatizou.

Padilha disse ainda que debater a Saúde Suplementar não é, em nenhum momento, negar a importância do SUS e o seu papel estratégico.

O secretário executivo do CONASS, Jurandi Frutuoso, participou da reunião e afirmou que a preocupação com o assunto surgiu com a dificuldade que os estados, os municípios e a sociedade têm de colocar o assunto do financiamento na pauta do governo. “Há anos, tentamos conquistar um financiamento definitivo e suficiente para o SUS. De repente, surgem boatos de uma possível negociação no sentido de fragilizar ainda mais esse financiamento, então não teve como não se preocupar”, declarou. ■

INOVAÇÃO, DESAFIOS E DISSENSOS: CONHEÇA A NOVA LINHA DE ATUAÇÃO DO CONASS

A partir de abril deste ano, serão ouvidas diversas opiniões sobre temas estruturantes para o setor saúde

TATIANA ROSA

Ouvir outras pessoas da sociedade e discutir com elas as macro, e não as micro, políticas de saúde. Foi com base nessa ideia que surgiu o projeto **CONASS Debate**, novo eixo de atuação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde que, a partir de abril deste ano, marcará o início de uma série de debates sobre temas relevantes para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerado por seus coordenadores como uma evolução da atuação do CONASS, o projeto tem o objetivo de explicitar os dissensos fundamentados na diversidade de opiniões de palestrantes de dentro e fora do setor saúde.

“Sou daqueles que pensam que o futuro não está determinado. Não é porque já existe uma definição constitucional com leis que necessariamente as coisas funcionarão da melhor forma”, reflete o consultor do CONASS e um dos coordenadores do projeto, Renilson Rehem, ao ser questionado sobre essa nova frente de atuação do Conselho.

Rehem explica que ter disposição de fazer debates, a fim de promover a multiplicidade de opiniões, é importante para apontar quais os caminhos possíveis em termos de

sistema de saúde do País, analisando tanto o setor privado quanto o público.

Com apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e financiamento do Ministério da Saúde, o projeto **CONASS Debate** evidencia a relevância de as entidades acompanharem as mudanças ocorridas no País e, por que não, no mundo ao longo dos últimos anos.

“É uma novidade em termos das instituições gestoras do SUS. O CONASS tem de seguir os tempos. As instituições precisam se renovar. Estou extremamente feliz por termos criado essa nova linha. Esse projeto sinaliza a necessidade de o CONASS, de vez em quando, refletir e se reinventar, mas sem deixar de lado a sua posição de defesa do SUS”, disse, com satisfação, o coordenador de Desenvolvimento Institucional do CONASS, e também coordenador do projeto, Ricardo Scotti.

Para ele, antes de falar sobre o projeto, é necessário reforçar o amadurecimento das funções exercidas pelo Conselho. “Estamos com 31 anos e nascemos com a função específica de, basicamente, representar os secretários nas negociações com o Ministério da Saúde. Depois, evoluímos em termos de pro-



Acho que esse é um tema altamente relevante para que possamos pensar o futuro da saúde pública no Brasil

RENILSON REHEM, Consultor do CONASS.



Esse projeto sinaliza que o CONASS, de vez em quando, precisa refletir, se reinventar

RICARDO SCOTTI, Coordenador de Desenvolvimento Institucional do CONASS.

posta técnica, interpretação das novas regras do SUS e, em seguida, evoluímos na produção científica com a criação do Programa de Apoio aos Gestores (Progestores)”.
Apesar de trabalhar com a construção de consensos, o Conselho, ao construir o projeto **CONASS Debate**, entende a importância da promoção de diferentes opiniões sobre temas relevantes para o SUS na atualidade; no entanto, mantém a sua posição política,

que é a construção de consenso dos 27 secretários estaduais de saúde, mas sem abrir mão de discussões mais amplas que explicitem os dissensos.

Para o secretário executivo do CONASS, Jurandi Frutuoso, a instituição é protagonista das ações de saúde no Brasil, sempre com a preocupação de descobrir, estudar, propor e colocar em discussão novas perspectivas da saúde no País. “Após 25 anos da cria-

ção de consenso dos 27 secretários estaduais de saúde, mas sem abrir mão de discussões mais amplas que explicitem os dissensos.

ção do SUS, novos desafios surgem a cada tempo. Obviamente, já é hora de descobrir novos caminhos que levem à sustentação do sistema e, principalmente, à sua efetivação como sistema público acreditado pela população”, reforçou.

Para ele, as mudanças ocorridas na sociedade, na conjuntura política e, em especial, no perfil social do povo brasileiro, induzem a novas descobertas e novas estratégias para dar à população um sistema de saúde que responda aos anseios desta sociedade em mudança.

Frutuoso explica que, após longos debates entre os componentes da Secretaria Executiva do CONASS, percebeu-se que era hora de colocar em pauta o surgimento de uma nova sociedade no Brasil, que já cobra e se posiciona de maneira diferente, ao mesmo tempo em que exige respostas novas para o sistema de saúde. “Foi assim que nasceu essa posição de discutir o SUS nessa perspectiva de uma nova sociedade e da leitura de outros atores que vejam o SUS de fora dele, ou seja, essa discussão não será de ‘convertidos para convertidos’, mas sim entre pessoas do SUS com outros atores de fora que também têm uma visão social sobre o Brasil”.

Para Eugênio Vilaça, consultor do CONASS e coordenador do projeto, é importante esclarecer que o SUS não é um problema sem solução, mas sim uma solução com problemas, e a ideia principal do **CONASS Debate** é justamente explorar essas soluções, já não mais com base em uma única visão, mas por meio da discussão com pessoas de posições diferentes.

Efetivada a decisão política e estratégica de abordar temas na visão dos dissensos, com o importante limitador de que o SUS não é um problema sem solução, Vilaça explica como as temáticas foram escolhidas. “Quando começamos a discutir sobre quais seriam as questões mais relevantes, decidimos que não seriam escolhi-

dos assuntos reiteradamente discutidos”, afirma.

Segundo ele, chamaram a atenção mudanças ocorridas no Brasil nos últimos dez anos, as quais, por várias políticas públicas, sejam de redistribuição de renda, cobertura de crédito ou de aumento real de salário mínimo continuado, resultaram no surgimento de um novo grupo social, chamado de nova classe média ou Classe C. “Hoje, esse grupo já soma mais de 100 milhões de pessoas, que detêm a maior renda agregada e que, portanto, são hegemônicos do ponto de vista econômico. Essa migração social se fez muito rapidamente e existe um aspecto cultural importante se formos pensar sobre quais os valores dessa nova classe média em relação à saúde. Eles querem ter planos de saúde?” indaga.

Para Vilaça, se essa massa de pessoas se desloca do SUS, ele se fragiliza e transforma-se, de fato, em um sistema para pobres. “As evidências internacionais mostram que, quando você cria um sistema para a classe média diferente do sistema do SUS, o sistema dos pobres vai ser sempre subfinanciado, porque essas pessoas não têm capacidade de articular e vocalizar os seus interesses; daí a necessidade de se discutir essa questão”.

Surge, então, o primeiro seminário do projeto – Saúde: para onde vai a nova classe média. Realizado no dia 24 de abril, em Brasília, o encontro será transmitido, ao vivo, pela internet.

O **CONASS Debate** será uma linha de ação permanente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, que promoverá, pelo menos, dois seminários anuais. No segundo semestre deste ano, o seminário *Caminhos para a Saúde no Brasil* debaterá a segmentação do setor saúde, o sistema público universal, o *mix* público e privado e a competição gerenciada. ■



A minha expectativa é que nós, atores do SUS, nos surpreendamos com o que ouviremos dos palestrantes que estão vindo para debater temas diferenciados, com uma visão maior da conjuntura nacional brasileira, e menos do SUS

JURANDI FRUTUOSO, Secretário Executivo do CONASS.



O SUS não é um problema sem solução. O SUS é uma solução com problemas. Esses seminários explorarão essas soluções com base na visão de pessoas com posições diferentes

EUGÊNIO VILAÇA, consultor do CONASS.

A NOVA CLASSE MÉDIA CHEGOU E OS NOVOS DESAFIOS TAM

Avanços, desafios e soluções para o futuro. O CONASS Debate vai promover uma série de seminários sobre a sustentabilidade do SUS e seu papel em nossa sociedade. O primeiro trará o tema Saúde: para onde vai a nova classe média. O objetivo é conhecer o movimento da ascensão da Classe C e suas consequências no SUS e no sistema privado de saúde suplementar. Conheça a programação e participe.



GOU
BÊM.



CONASS DEBATE

Saúde: para onde vai a nova classe média
Programação dia 24 de abril 2013

08h – Credenciamento

09h – Mesa de Abertura

Wilson Duarte Alecrim – presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)

Joaquim Molina – representante da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas)

Alexandre Padilha – ministro da Saúde

09h45 as 12h30 – Mesa de Expositores – Coordenador:

Wilson Duarte Alecrim – presidente do CONASS

10h às 10h30 – Expositor:

Ricardo Paes de Barros – subsecretário de Ações Estratégicas da Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República (SAE/PR)

10h40 às 11h10 – Expositor:

Renato Meireles – sócio-presidente do Instituto de Pesquisa Data Popular

11h20 às 11h50 – Expositor:

José Cechin – diretor-executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde)

12h às 12h30 – Expositora:

Ligia Bahia – professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

12h40 – Encerramento das exposições e coletiva de imprensa

13h às 14h – Almoço

14h às 15h30 – Mesa de Debate: Moderador

Renilson Rehem – gerente do projeto CONASS Debate

14h30 às 15h – Debatedora:

Ana Maria Malik – coordenadora do GVsaúde da Fundação Getúlio Vargas (FGV/SP)

15h às 15h30 – Debatedor:

José Gomes Temporão – diretor Executivo do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde

15h30 às 17h – Debate

17h – Encerramento



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

<http://www.conass.org.br>

E-SUS Atenção Básica pelo Ministério da

Software público pretende integrar as informações de todos os sistemas que hoje são utilizados

TATIANA ROSA

Em 1998, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Informação da Atenção Básica, o Siab, com o objetivo de acompanhar as ações e os resultados das atividades realizadas pelo Programa Saúde da Família. A sua criação representou avanços concretos no campo da informação em saúde.

Atenção Básica é lançado em e-SUS Saúde

Passados 15 anos, o ministério lança o e-SUS Atenção Básica. Desenvolvido junto à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), a ferramenta servirá para organizar o funcionamento de diversos setores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, assim como em 1998, representar um marco e uma inovação no que diz respeito a sistemas de informação.

É o que afirma o diretor do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), Héider Aurélio Pinto. “A Atenção Básica em curto e médio e prazo, passará a ter um único sistema de interface, que integrará as informações de todos os sistemas que hoje são utilizados”, afirmou.

Para ele, a nova ferramenta individualizará os dados, e possibilitará ao usuário obter o número do cartão SUS com todas as informações que antes eram dispersas em diversos sistemas. “Isso é uma inovação enquanto sistema de informação e solução tecnológica, que é o prontuário eletrônico. O e-SUS AB reduzirá o tempo de espera, agilizará o atendimento, qualificará a atenção à saúde e permitirá que a gente tenha mais eficiência com a redução de custos”, acrescentou.

“Mas para que isso de fato aconteça, o papel dos estados na implementação e operacionalização da ferramenta é fundamental”, explica a assessora técnica e coordenadora do Núcleo de Atenção Primária à Saúde do CONASS, Maria José Evangelista.

Ela acompanhou, junto ao Grupo de Trabalho de Atenção do Ministério da Saúde, o processo de construção e apresentação do e-SUS AB, e revela que quando a ferramenta foi apresentada, o CONASS levantou alguns questionamentos a respeito da sua operacionalização. “Essa ferramenta é resposta a uma reivindicação de mais de dez anos do CONASS. O Siab foi muito importante e ainda é, mas, apesar de ser o sistema que todo mundo usa, ainda tem muitas limitações. É um sistema de uso local e há muito tempo reivindica-se que seja atualizado porque, com todas as inovações tecnológicas, ele já está defasado”.

Para a implantação do e-SUS AB, o Ministério da Saúde já disponibiliza gratuitamente o software público. Além disso, garantirá a conectividade para todas as Unidades Básicas de Saúde que aderirem ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Ao ser questionado sobre o que falta para implantação efetiva da ferramenta, o diretor do DAB responde que não existe uma construção da infraestrutura local e a capacitação dos profissionais, ações que, segundo ele, são de responsabilidade dos estados. “Nós vamos garantir a infraestrutura de conectividade, mas é necessário um projeto de implantação do e-SUS AB nos estados, pactuado de maneira bipartite. Esses projetos implicam no desenho de como será a estrutura de rede e no treinamento da equipe”.

Cooperação com os Estados

Para dar início ao processo de implantação com os estados, o Ministério da Saúde propõe a celebração de termos de cooperação nos quais estão definidas as responsabilidades dos estados. Pinto cita, como exemplo, o estado do Rio Grande do Sul que já optou por contratar uma empresa pública para trabalhar nesse processo.



Para o diretor do DAB/MS, Hêider Aurélio Pinto, o e-SUS representa uma inovação nos sistemas de informação em saúde



Maria José Evangelista acredita no bom desempenho da ferramenta, mas reforça que o papel dos Estados é fundamental para a implantação do sistema

No entanto, é possível que cada município implante o sistema antes mesmo da celebração desses termos, conforme explica o diretor do DAB/MS. “O início do processo é a celebração do termo de cooperação, mas o município já pode implantar independentemente disso, pois o sistema está no *site* para *download*, junto às videoaulas. Então, ele já pode baixar a ferramenta, treinar e colocar o sistema para funcionar”.

A assessora técnica do CONASS pondera: “de alguma forma temos de iniciar o processo, e é onde aumenta a responsabilidade do estado, pois ele que conhece como está a situação dos seus municípios e o ministério não tem como capacitá-los individualmente.

Evangelista defende que os estados precisam ser muito bem capacitados e precisam integrar-se com os Conselhos das Secretarias Municipais de Saúde (Cosems). “Precisamos desse envolvimento entre as secretarias estaduais, Cosems e ministério, porque se não houver, daqui a dez anos, ainda estaremos falando em municípios que ainda não implantaram o e-SUS AB”.

A assessora acredita no bom desempenho da ferramenta e volta a reforçar a importância dos estados em sua implantação. “Pelo o que vi, acho que tem tudo para ser um bom sistema. A gente tem de apoiar, assessorar, colaborar, mas a minha preocupação é que tem de ter um suporte muito forte, por parte dos estados na implantação e na operacionalização”, finalizou.

Na opinião do assessor técnico do CONASS, responsável pelo Núcleo de Informação e Informática, Nereu Henrique Mansano, o e-SUS AB é uma iniciativa importante, mas precisa comportar as informações da Atenção Primária à Saúde e ao mesmo tempo alimentar os diversos sistemas de informação existentes que têm suas informações originárias na APS, além de garantir aos estados recebimento dessas informações.



Responsável pelo Núcleo de Informação e Informática do CONASS, o assessor técnico, Nereu Henrique Mansano, pondera que a implantação da ferramenta vai demandar um grande esforço dos Estados no que diz respeito à Recursos Humanos

Assim como Maria José Evangelista, Mansano também alerta para a questão da capacitação que os estados precisam receber para repassar aos municípios. “Isso demandará um grande esforço no que diz respeito a Recursos Humanos e apoio às equipes municipais”, afirmou.

E-SUS Atenção Básica

Lançado em fevereiro deste ano, o e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional.

A ferramenta, que é gratuita, permitirá aos municípios brasileiros que suas Unidades Básicas de Saúde (UBS) mantenham prontuários eletrônicos com os dados de seus usuários, com isso será possível reduzir o tempo de espera dos pacientes por atendimento.

Com a sua implantação, as informações estarão disponíveis de forma mais acessível aos profissionais da assistência.

Os passos necessários para a implantação do e-SUS estão disponíveis no portal do Ministério da Saúde. ■

Santo Antônio do Monte Laboratório de Inovações em Atenção às Condições Crônicas

LUIZA TINÉ

Focar na Atenção Primária à Saúde, na atenção secundária ambulatorial, nos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e nos sistemas logísticos das redes de atenção à saúde, referentes às condições crônicas, é o objetivo do Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas no município de Santo Antônio do Monte, Minas Gerais (LIACC/Samonte).

Desenvolvido pelo CONAS, Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SESMG), Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio do Monte e pela Fundação Dr. José Maria dos Mares Guia, o projeto tem como intuito focar nas doenças como a hipertensão arterial, diabetes, gestação e crianças de até um ano de idade. Além disso, integrará, por meio do modelo de atenção, as ações de vigilância em saúde e de assistência.

Em *O Cuidado das Condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família* (2012), o autor e colaborador do projeto, Eugênio Vilaça Mendes, ressalta que um dos aspectos que diferenciam o modelo proposto são as pesquisas avaliativas que mostrarão a capacidade de resposta social, trazendo resultados para população. “A avaliação do laboratório será feita a partir do conceito do Sistema de Saúde, que é gerar valor para as pessoas usuárias de sistema. Isso é importante porque o padrão de avaliação não é apenas saber se o paciente teve acesso pronto, rápido e oportuno. Isso é o que população quer, mas, às vezes, é possível dar um acesso pronto, rápido e ainda assim não mudar o nível de saúde para população. É preciso saber, por exemplo, se reduziu ou aumentou o número de pacientes com diabetes, se o paciente está com sua glicemia controlada, estabilizada etc.” explicou.

Monte/MG recebe o ações na Atenção às

O Centro de referência será responsável pelo atendimento de 430 mil habitantes de 13 municípios da microrregião

Para a assessora técnica e coordenadora do Núcleo de Atenção Primária à Saúde do CONASS, Maria José Evangelista, um dos desafios do projeto é organizar e integrar as ações de vigilância em saúde e de assistência por meio do modelo de atenção. “O modelo de atenção ainda é hegemônico no Sistema único de Saúde (SUS), voltado para as condições agudas e não tem funcionado para atender às reais necessidades dos usuários”. Segundo ela, com o envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida do brasileiro, é urgente a implantação de um modelo de atenção que atenda às condições crônicas, sem negligenciar as condições agudas. “Todos os sistemas de informação em saúde, tanto nacional como dos estados e municípios, apontam que as principais causas de mortalidade e morbidade são decorrentes de doenças crônicas”, relatou.

O representante da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), Renato Tasca, falou sobre a importância de analisar e valorizar os instrumentos e as práticas inovadoras que resultarão deste trabalho. “É uma das primeiras iniciativas que pretendem realizar uma experimentação sistemática de novas práticas de integração da Atenção Básica com as especializadas. A integração entre estes dois níveis é absolutamente crucial para responder de maneira efetiva às pessoas portadoras de doenças crônicas.

Para Tasca, a experiência do projeto oferecerá muitos resultados importantes, assim como proporcionará impactos significativos para as pessoas que serão atendidas nos serviços de saúde.

Tasca falou ainda, que um dos maiores desafios é valorizar e dar visibilidade aos conhecimentos produzidos pela experiência que está sendo aplicada. “Esses conhecimentos de-

vem ser concretos, no sentido de proporcionar elementos operativos que permitam aos gestores do SUS melhorar a atenção aos portadores de condições crônicas”.

O representante reforçou que o projeto foi planejado cuidadosamente, com pesquisas avaliativas que acompanharão toda a intervenção, criando as condições ideais para produzir evidências com bases científicas.

Para o prefeito de Santo Antônio do Monte, Wilmar Filho, o laboratório faz parte de uma vontade de fortalecer o combate às doenças crônicas e à Atenção Primária à Saúde no município. “Hoje, temos um número alarmante de óbitos por doenças crônicas no País, inclusive essas doenças manifestam-se de maneira silenciosa. Com esses serviços de Aten-

ção à Saúde, de alguma maneira, melhoraremos a expectativa de vida do cidadão”, disse.

O prefeito ressaltou que as parcerias entre as instituições foram fundamentais para que esses números não aumentem e para realização do projeto, garantindo, assim, qualidade de vida e saúde à população. “Esse crescimento de doenças crônicas fez com que essas instituições se sensibilizassem com a saúde no País. A presença delas ratifica a seriedade do laboratório. Nós vamos deixar um legado para história do município, e dentro desse programa vamos dar sequência ao que foi aprendido para que essa experiência seja contínua e se fortifique sem sofrer o processo de descontinuidade que é muito comum em programas públicos”. ■

CONASS PROMOVE DEBATE SOBRE O PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NOS ESTADOS

LUIZA TINÉ

Propiciar aos gestores estaduais da Atenção Primária à Saúde (APS) instrumentos, ferramentas e tecnologias de planejamento para APS foi o objetivo da I Oficina de Planejamento da Atenção Primária à Saúde, realizada pelo CONASS, em Brasília, no dia 4 de março.

Durante o encontro, foram apresentados três pontos principais: os problemas enfrentados pelos coordenadores e planejadores da APS nos estados; as possibilidades e desafios presentes nos processos de planejamento no âmbito da Atenção Primária à Saúde em esfe-

ra estadual; e a formulação de uma proposta de Agenda Prioritária da APS no âmbito do SUS nos estados brasileiros.

Além disso, a oficina ofereceu práticas de planejamento dos trabalhos das coordenações de APS, de acordo com os planos estaduais de saúde de cada secretaria. Os coordenadores também foram capacitados para adequarem e reproduzirem todos os conhecimentos agregados com a realização dessas atividades em seus estados.

Segundo Maria José Evangelista, assessora técnica do CONASS, a ação aconteceu

devido à necessidade de reestruturação da Atenção Primária à Saúde que, atualmente, não aparece como prioridade na agenda das gestões. “Observa-se que, no discurso, a APS é prioridade nas três esferas de gestão, entretanto, isso ainda não está ocorrendo, de fato, na prática”. Ela destaca também que, mesmo com a falta de prioridade nas agendas, as mudanças vêm acontecendo, mas não foram processadas, realmente, no tempo oportuno e nem respondem às reais necessidades da população. “Não teremos êxito na implantação das redes de atenção à saúde se, efetivamente, não tivermos uma atenção primária robusta, resolutiva e de qualidade. É necessário muito investimento, principalmente na mudança do modelo de atenção prestado e no processo de trabalho”, disse.

Para Cláudia Araújo, coordenadora da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas, a oficina foi uma oportunidade para ver a realidade dos estados e disseminar o aprendizado obtido nessas ações, destacando que o debate precisa ser replicado entre os trabalhadores que atuam nas regionais de saúde e lidam diretamente com os usuários. “Conseguí resgatar muitos conceitos e ver como os métodos estão sendo aplicados em outros estados, o que foi positivo para levar essas experiências em consideração no planejamento em Alagoas”, afirmou.

A diretora da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, Cleonice Ferreira, observou, durante os debates, que um dos maiores problemas da APS é colocar em prática todas as diretrizes propostas no papel. “Está no discurso, na escrita e no papel, mas a execução é muito difícil. Pela própria formação, a equipe de gestores tem visão mais voltada à área da especialidade do que para a construção de uma clínica de família”.

Na avaliação da diretora, a partir dessas discussões, ficou possível começar a tratar, na secretaria e nas regionais de saúde, da organização e do planejamento da APS. “Com os debates, o encontro me deixou com mais esperança de organização das redes no Distrito Federal, e também com mais argumentos para fazer a reformulação de processos. A atenção primária tem que ser valorizada, e não pode ser esquecida”, disse.

A colaboradora do encontro e membro do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Ana Angélica Ribeiro, ressaltou a importância do espaço na elaboração das práticas de planejamento que a gestão básica precisa para repensar, melhorar e qualificar a atenção primária no Brasil. “Foi um encontro que possibilitou ter uma visão da APS e trabalhar com pessoas que lutam e notam que este é o momento para melhorar a atenção básica no País”.

Ao analisar o conjunto das experiências apresentadas e tudo o que foi debatido durante o evento, a colaboradora classificou a oficina como positiva, pois possibilitou criar a agenda prioritária em três frentes. “O encontro possibilitou ter boa visão para criação da agenda, de acordo com as políticas das secretarias estaduais de saúde, do Ministério da Saúde e das coordenações das SES, além de aproximar a coordenação ao nível de decisão da secretaria”, finalizou.

Coordenadores estaduais da APS das
SES, reunidos em Brasília, na I Oficina de
Planejamento da Atenção Primária à Saúde



ELEITA A NOVA DIRETORIA DO CONASS PARA A GESTÃO 2013/2014

No dia 20 de março, os secretários de Estado da Saúde elegeram a diretoria do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) para o período 2013/2014.

Wilson Duarte Alecrim foi reeleito presidente do Conselho. A escolha do secretário de Estado da Saúde do Amazonas foi decisão unânime da assembleia.

Para o presidente, estar novamente à frente do CONASS reafirma a esperança e o desejo de intensificar a luta pela consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). “Conto com a colaboração de todos os secretários, para que possamos fortalecer a nossa causa, que já está em andamento, com pontos importantes, como o movimento Saúde +10”, afirmou.

Alecrim ressaltou, ainda, a importância da aproximação com o Congresso Nacional, a fim

de consolidar a agenda política do CONASS. “Vamos nos aproximar mais da estrutura político-partidária do Brasil e de sua estrutura legislativa por meio do Congresso Nacional, buscando maior apoio político para defesa e consolidação do Sistema Único de Saúde”.

Composta pelo presidente, por cinco vice-presidentes regionais, pela Comissão Fiscal e por representantes na Hemobrás, na Anvisa e na ANS, a diretoria atua junto aos demais secretários de Saúde na articulação técnica e política do que concerne à gestão do SUS.

A posse da nova diretoria do CONASS será no dia 24 de abril, durante o Seminário **CONASS Debate Saúde: para onde vai a nova classe média**. Veja a programação na página 21. Confira, no quadro ao lado, a composição da nova diretoria. ■



Pela segunda vez, o secretário de Estado da Saúde do Amazonas, Wilson Alecrim, preside o CONASS

DIRETORIA DO CONASS – GESTÃO 2013/2014

Presidente:

Wilson Duarte Alecrim – SES/AM

Vice-presidentes:

Região Norte – Vanda Maria Paiva – SES/TO;

Região Nordeste – Raimundo José Arruda Bastos – SES/CE;

Região Sudeste – Antônio Jorge de Souza Marques – SES/MG;

Região Sul – Dalmo Claro de Oliveira – SES/SC;

Região Centro-Oeste – Mauri Rodrigues de Lima – SES/MT.

Comissão Fiscal – Titulares:

Waldson Dias de Souza – SES/PB;

Michele Caputo Neto – SES/PR;

Beatriz Dobashi – SES/MS.

Comissão Fiscal – Suplentes:

Ernani Maia – SES/PI;

Jorge de Souza Villas Boas – SES/AL;

Suely de Souza Melo da Costa – SES/AC.

Representante do CONASS na Hemobrás:

Antônio Carlos dos Santos Figueira – SES/PE

Representante do CONASS na Agência Nacional de Saúde Suplementar:

René Santos – SES/PR

Representantes do CONASS no Conselho Consultivo da Anvisa:

Titular: Ciro Carlos Emerim Simoni – SES/RS;

Suplente: Viviane Rocha de Luiz – CONASS.

Representantes do CONASS na Comissão Corregedora da CIT:

1. Jorge José Santos Pereira Solla – Secretário de Estado da Saúde da Bahia;

2. Beatriz Figueiredo Dobashi – Secretária de Estado da Saúde do Mato Grosso do Sul;

3. Sérgio Luiz Côrtes – Secretário de Estado da Saúde do Rio de Janeiro;

4. Rafael de Aguiar Barbosa – Secretário de Estado da Saúde do Distrito Federal;

5. Jurandi Frutuoso Silva – Secretário Executivo do CONASS;

6. Alethele Santos – Assessora Jurídica do CONASS;

7. Lourdes Almeida – Assessora Técnica do CONASS.

CONASS *renova acordo de cooperação com entidades canadenses*

TATIANA ROSA

No período de 8 a 11 de março, o assessor para relações internacionais do CONASS, Fernando Cupertino, representou a instituição em diversas atividades no Canadá. Uma delas foi a renovação do acordo de cooperação, assinado, em 2004, entre o Conselho e o Ministério da Saúde e dos Serviços Sociais do Québec (MSSS).

Segundo Cupertino, o novo acordo identifica eixos para intercâmbios e discussão que abrangem a promoção e a proteção da saúde; a prevenção e o tratamento das doenças crônicas; as condições de vida e os cuidados com a infância; a melhoria dos serviços de atenção primária; e o financiamento dos sistemas de saúde, entre outros pontos.

No intuito de facilitar a implementação do novo acordo, o MSSS e o CONASS preveem intercâmbios anuais, de modo a determinar os objetos de colaboração prioritários e as

atividades planejadas. Para 2013-2014, portanto, o MSSS e o CONASS priorizarão três temáticas: prevenção, doenças crônicas e modos de remuneração do pessoal da rede de serviços, especialmente os vencimentos de médicos generalistas e especialistas.

Para esse período, já foram vislumbradas as seguintes ações: divulgação da renovação da cooperação, a fim de facilitar o avanço de parcerias entre o Québec e o Brasil; troca de informações e boas práticas a respeito dos três temas prioritários para 2013-2014; tradução de textos produzidos no Québec e no Brasil, em benefício da rede do MSSS e do CONASS; e disseminação do Observatório Internacional da Saúde e dos Serviços Sociais (OISSS) no sítio *web*.

O assessor reuniu-se, ainda, com os representantes do Centro para o Desenvolvimento da Primeira Infância (CEDJE), da Universidade

de Montréal. Nesse encontro, definiu-se que o CEDJE formará um comitê consultivo, compreendendo os parceiros da América do Sul, principalmente o CONASS e a Fundação Maria Cecília Vidigal. Além disso, será analisada a possibilidade de incentivar os Ministérios da Saúde do Brasil e do Québec quanto a novas formas de difusão dos conteúdos da *Enciclopédia sobre a Primeira Infância*, incluindo os assuntos de interesse específico desses Países.

Em sua última missão no País, Fernando Cupertino ministrou aulas de um módulo sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e participou de debates relativos à gestão participativa e defesa de direitos, no curso de mestrado em Administração Pública, organizado na Escola Nacional de Administração Pública do Québec, sob a responsabilidade do professor Rémy Trudel. O objetivo consistiu em expor a experiência da participação cidadã na construção e no funcionamento do SUS, estabelecendo análises comparadas com outros sistemas públicos de saúde que possuem diferentes formas de atuação da comunidade.

4º SIMPÓSIO INTERNACIONAL COLUFRAS

De 4 a 10 de abril de 2013, o CONASS participou do Simpósio Internacional da Conferência Luso-Francófona de Saúde, realizado em Praia, na República de Cabo Verde.

O encontro teve como temas principais as lições extraídas de experiências da luso-francofonia e o debate acerca de quais são os recursos humanos necessários para a reforma dos cuidados primários de saúde.

GESTORES ESTADUAIS DE SAÚDE NO PROGRAMA DE LIDERANÇA EXECUTIVA EM DESENVOLVIMENTO DA PRIMEIRA INFÂNCIA

Entre os dias 17 e 22 de março, a assessora técnica do CONASS, Alessandra Schneider, participou do Programa de Liderança Executiva em Desenvolvimento da Primeira Infância, na Universidade de Harvard, em Massachusetts/EUA.

Pelo segundo ano consecutivo, o CONASS apoiou a participação de quatro gestores estaduais de saúde no Programa, fruto de uma iniciativa da Universidade de Harvard e do Núcleo Ciência pela Infância.

Estiveram presentes a secretária estadual de Saúde do Acre, Suely de Souza Melo da Costa, a subsecretária de Atenção à Saúde na Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, Mônica Almeida, a superintendente de Atenção Integral à Saúde na Secretaria de Saúde da Bahia, Gisélia Santana Souza, e o superintendente executivo da Secretaria de Saúde de Goiás, Halim Antonio Girade.

O programa busca envolver formuladores de políticas públicas, gestores públicos e líderes da sociedade civil em um diálogo a respeito da ciência do Desenvolvimento da Primeira infância e sobre quão efetivas as lideranças podem ser na aplicação dessa ciência para a resolução de um dos mais complexos problemas sociais brasileiros, a atenção integral às crianças desde a concepção até os seis anos de idade. ■

Os hospitais e a Rede de Atenção às Urgências e Emergências: desafios

NELSON IBAÑEZ*

*Professor Adjunto do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e Coordenador do Laboratório de História da Ciência do Instituto Butantan.

A formulação das políticas de urgência e emergência no Brasil acontece, entre outras razões, motivada pela intensa insatisfação com o atendimento nas emergências hospitalares, as filas e a superlotação². A atual situação do sistema de saúde pública do País, apesar de ter melhorado em alguns aspectos organizacionais e assistenciais, ainda é apresentada nas diferentes mídias como algo não resolvido e denuncia, em certa medida, sérias deficiências do sistema.

Do ponto de vista histórico, pode-se dizer que as preocupações com a assistência às urgências e emergências ocuparam a agenda dos diversos órgãos que trabalham em conjunto para a organização da assistência hospitalar no sistema de saúde brasileiro.

As concepções relativas ao papel dos hospitais no auxílio a esses problemas têm variado entre modelos mais hospitalocêntricos, no qual a estrutura de redes era formada por hospitais locais – micro regional ou regional, de acordo com o porte, cobertura populacional e oferta de serviços –, até a sua inserção em redes regionalizadas e temáticas de atenção com a integração com os diferentes níveis de assistência.

Essas últimas formas de organização sofreram substancial incremento no desenvolvimento do SUS de corte universalista apoiado nas recentes mudanças ocorridas na sociedade brasileira que afetaram o setor da saúde nas últimas décadas. Tal fato vem apontando de maneira mais aguda para um descompasso entre estas mudanças e as respostas político-estruturais do sistema de saúde capaz de atendê-las de maneira eficiente e eficaz.

As principais mudanças indicadas em diferentes textos e análises setorial podem ser resumidas nos seguintes aspectos: uma transição demográfica acelerada caracterizada por um grau de urbanização e metropolização da população brasileira, pois mais de 70% desta concentra-se em capitais e municípios acima de 100 mil habitantes; aumento da expectativa de vida e o conseqüente envelhecimento da população; a redução dos níveis de fecundidade; condições de saúde, pois a persistência de situações relacionadas às infecções, problemas nutricionais e saúde reprodutiva soma-se a crescente predominância de doenças crônicas e ao forte crescimento da violência e de outras causas externas.

Em relação às repostas político-estruturais, os problemas apontados estão ligados a diversas

vertentes, entre as quais: o subfinanciamento do SUS; a hibridez do sistema brasileiro, no qual a proposta do sistema público universal concorre e subsidia o sistema privado de planos de saúde; perda de visão de um planejamento setorial estratégico e de longo prazo; a persistência de um sistema fragmentado de assistência apesar do esforço de indução federal para as diferentes políticas que orientam para um modelo centrado na atenção básica e, mais recentemente, na regionalização e construção de redes temáticas.

O objetivo do presente artigo é o de analisar de maneira sintética as dimensões deste problema enfatizando as características relacionadas aos hospitais no interior das recentes políticas nacionais de urgência e emergência e a complexidade da governança deste sistema.

Regionalização e redes de atenção

Os sistemas nacionais de corte universalista constituem um instrumento para ampliação do acesso e diminuição de desigualdades e são responsáveis pela garantia do direito à saúde e à organização de redes regionalizadas.

A constituição da rede dá-se por meio de uma intrincada trama de interações entre aqueles responsáveis pela organização do sistema – gestores –, os responsáveis pela organização e produção dos serviços – gerentes e profissionais – e os cidadãos. Neste processo, estão envolvidas instituições, projetos e pessoas que se articulam, conectam e constroem vínculos.³

No Brasil, o tema das redes de atenção à saúde é novo e não há experiências em escala, nem avaliações robustas. Contudo, estudos de casos de experiências dessas redes indicam que elas, à semelhança do que ocorre em países desenvolvidos, podem melhorar de maneira significativa os níveis de saúde com custos suportáveis pelo SUS⁴.

As políticas nacionais de urgência e emergência

Na atenção às urgências, a elevada procura pelos serviços de pronto atendimento, significativamente superior à capacidade de oferta tem sido motivo de discussões sobre a organização do sistema, como a integração entre os níveis de atenção e as responsabilidades de cada um deles. Atualmente, mesmo casos que poderiam ser atendidos nas unidades básicas, os pacientes procuram pelo pronto atendimento.⁵

A estruturação da rede de serviços e de mecanismo de regulação do acesso às urgências em nível regional, aliado ao aprimoramento da assistência primária, é atributo dos gestores na organização dos fluxos na busca pela garantia do acesso dentro dos princípios do SUS aos acometidos por agravos de urgência.

Seguindo os fundamentos normativos do SUS e o referencial teórico que o embasa, a atenção às urgências deve estar organizada em Redes de Atenção à Saúde (RAS), arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão que buscam garantir a integralidade do cuidado (Portaria GM/MS nº 4.279/2010).

A análise das normas que regulamentam a Política Nacional de Atenção às Urgências evidencia que – em um contexto de aumento da demanda, sobrecarga de atendimentos nas portas hospitalares em consequência ao aumento de acidentes, violências e doenças crônicas e insuficiência da rede básica –, a atenção às urgências no Brasil foi centrada na atenção hospitalar⁶ a partir da segunda metade da década de 1990, na implantação das Centrais da Regulação Médica de Urgências e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) nas grandes capitais, como linha auxiliar da porta hospitalar.

Essa atribuição, assumida em grande parte, inicialmente, pelos estados e grandes municípios, inspirados no modelo do Samu francês, referência para diversos Países, foi desenvolvida nesse período por meio de um acordo de cooperação técnica da França com o Brasil.⁷ A recente implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24hs)⁸ induz ainda mais as urgências inseridas em uma rede de atenção, sintonizadas na política nacional de conformação de redes regionais.

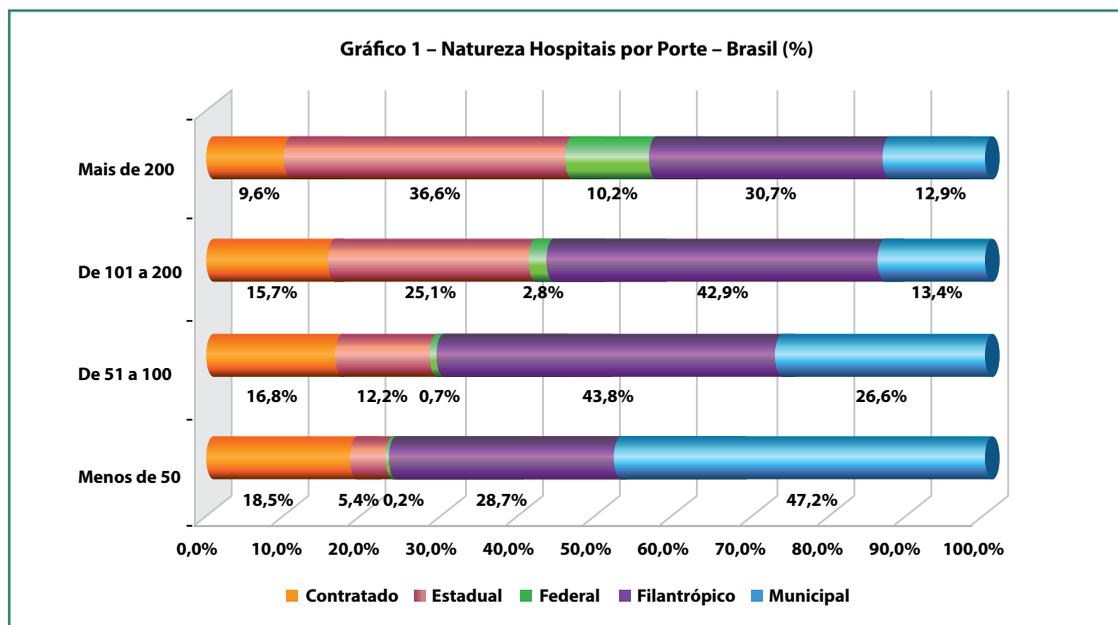
A assistência hospitalar

A assistência hospitalar brasileira teve, desde o início de sua conformação, a forte

TABELA 1

	REGIÃO	QUANTIDADE	FREQUÊNCIA	LEITOS EXISTENTES	LEITOS SUS	TAXA OCUPAÇÃO
NE	Nordeste	1.761	3.234.875	108.431	98.978	43,91
S	Sul	929	1.897.070	71.440	56.147	50,78
CO	Centro-Oeste	538	883.947	30.939	26.399	47,72
N	Norte	469	1.001.245	27.871	25.286	44,98
SE	Sudeste	1.519	4.622.104	164.826	135.829	60,01
	Total Brasil	5.216	11.639.241	403.507	342.639	51,79

Fonte: SIH/SUS e Leitos CNES-dez/2011 - Datasus/MS (arquivos reduzidos de 11 jul. 2012)



Fonte: SIH/SUS e Leitos CNES-dez/2011 - Datasus/MS (arquivos reduzidos de 11 jul. 2012)

presença de instituições de natureza filantrópica, as Santas Casas, no período do pós-guerra o “boom dos grandes hospitais” de natureza pública e na década de 1970 um crescimento de instituições privadas de caráter lucrativo.

Os dados relativos à situação em 2011¹⁰ demonstram a existência de 342.639 leitos a disposição do SUS, tendo a taxa de 1,9 leitos por habitante como média brasileira. Na sua distribuição regional, chama a atenção a região sudeste, com 1,6 leitos por habitante, ficando abaixo da média nacional. Comparados com os países da OCDE, que têm, em média, cerca de 4 a 6 leitos por habitante.

Esse indicador brasileiro, somado ao porte dos hospitais, média de permanência, taxa de ocupação e distribuição regional, mostra um problema ainda maior na oferta de leitos públicos, como apresentado na Tabela 1.

Quanto ao porte, os hospitais com menos de 50 leitos – 28.164 leitos, ou seja, 25% do total – têm forte concentração nas regiões sudeste e sul, somando mais de 80% do total, e apresentam taxas de ocupação e média de permanência

de 29,69 % e 3,47 dias respectivamente. A soma dos hospitais com porte de mais de 50 e menos que 200 leitos revela a existência de 67.659 leitos públicos, 49,64% do total, e tem forte concentração nas regiões sudeste e sul, mais de 80% do total, e apresentam taxas de ocupação e média de permanência de 50% e 4,9 dias respectivamente. Os hospitais com mais de 200 leitos perfazem um total de 32.039 leitos públicos, representando 28,2% do total, melhorando o desempenho com taxas de ocupação e média de permanência de 70% e 7,25 dias, respectivamente, também concentrados nas regiões sudeste e sul, somando 75% do total.

Quanto a natureza das instituições que ofertam os leitos, o Gráfico 1 retrata a situação de acordo com o porte.

O cruzamento desses hospitais conforme a natureza – municipal, estadual, federal, filantrópico e contratado – e porte – medido pelo número de leitos hospitalares – revela o peso dos hospitais filantrópicos em todos os portes, pois representam 47,2% dos hospitais com menos de 50 leitos, cerca de 40% dos hospitais com 50 a 200 leitos, diminuindo sua

participação com 12,7% dos hospitais com mais de 200 leitos, sendo que nesse grupo o peso dos hospitais públicos – federal, estadual e municipal – são a grande maioria, representando mais de 75%.

O setor privado na assistência hospitalar

A participação da rede privada lucrativa no total de leitos existentes tem baixa participação segundo o porte nos dois extremos, o de menos de 50 leitos e o de mais de 200, concentrando sua oferta na faixa intermediária. Quanto à distribuição regional, essa rede própria concentra-se nas capitais e grandes cidades, onde a clientela das operadoras e dos planos de saúde tem sua maior demanda.

Nesses aspectos, também estão colocados nos rumos e nos desafios da gestão do SUS questionamentos importantes do atual modelo de pactuação das diferentes esferas de governo no nível regional do sistema, que caracteriza-se por ações uni ou, no máximo, bilaterais e a total falta de informação e coordenação dos gestores do SUS para o setor da assistência supletiva. A preocupação pública sistêmica do SUS na atenção às urgências e emergências e o caráter fragmentado da assistência com a lógica de mercado fazem com que grande parte desses atendimentos recaiam sobre a insuficiente oferta de leitos e o financiamento público.

Outra dimensão desta questão apontada é a relação estabelecida entre as operadoras e a rede filantrópica, sendo que dois pontos merecem destaque: a grande maioria da rede filantrópica participa da segunda porta histórica constituída, mas em condições muito desiguais, dadas as exigências tecnológicas e a concentração deste mercado nas sedes regionais mais ricas e desenvolvidas; a superposição desta rede às necessidades de referência regional pelo SUS e a utilização pelos planos privados nos grandes municípios, principalmente no

interior dos estados, dificultando dos usuários do SUS a esses serviços.

Perfil médico

O profissional médico é um dos recursos centrais para a implementação das políticas de saúde. O recente trabalho patrocinado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM)¹¹, em suas conclusões, desmistifica a tese sobre o número insuficiente de médicos no Brasil e, por outro lado, traz conclusões importantes para a reflexão sobre o tema. O aumento consistente do número de médicos no Brasil é permeado por profundas desigualdades, destacadas pelo estudo em três dimensões: a) distribuição geográfica, b) inserção nos setores público e privado da saúde, c) especialização profissional. Os estados do norte, nordeste e centro-oeste contam com a metade dos médicos, que estão concentrados no sul e no sudeste; população coberta por planos e seguros de saúde privados tem à sua disposição quatro vezes mais médico do que os cidadãos que dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde. Em vários estados, a desigualdade entre o setor público e o privado é ainda mais acentuada; há nítidos sinais de acirramento da desigualdade na distribuição de médicos, a favor do setor privado. Nos últimos anos, verificou-se maior evolução da concentração de postos de trabalho médico em estabelecimentos privados em relação aos postos nos serviços públicos, considerando o tamanho das populações cobertas pelo SUS e pelos planos de saúde. O Brasil conta com aproximadamente 55% de médicos especialistas e 45% de generalistas, que não possuem título de especialista.

Considerações finais

De acordo com as premissas iniciais de descompasso das mudanças ocorridas nas condições de saúde e as respostas político-estruturais,

cabe ressaltar alguns aspectos dos dados apresentados de maneira sucinta neste trabalho:

As políticas de organização do sistema de urgência e emergência são relativamente recentes. A indução federal para as diferentes políticas que orientam o modelo assistencial centrado na atenção básica e, mais recentemente, na regionalização e construção de redes temáticas, apesar do esforço de construção de pactos inter federativos, apresenta – em quantidade e qualidade – situações de simultaneidade muitas vezes conflitivas – como, por exemplo, na relação entre regiões e redes – e não complementares, dificultando sobremaneira a gestão fragmentada dos serviços, a melhoria da eficiência e do acesso oportuno e a governança mais sistêmica dos níveis loco-regionais. Em exposição¹² sobre contratualização dos hospitais filantrópicos do Ministério da Saúde reforça essa análise: “Fragmentação devido à existência de várias portarias para uma mesma política; Acompanhamento e Monitoramento incipientes; Ausência de Sistema de informação específico; Insuficiente Capacitação Gerencial do Gestores e dirigentes Hospitalares para lidar com a lógica contratual; Não adesão das equipes do hospital; Cultura Organizacional sem a prática de planejamento institucional (prestação de contas, estabelecimento e acompanhamento de metas)”.

As características da oferta de leitos hospitalares e indicadores de desempenho mostram – mesmo com as assimetrias regionais e de porte – a insuficiência relativa da rede pública referencial para as RUAs e a forte presença do setor filantrópico que divide a porta com as operadoras de planos privados;

O perfil de médicos e a conclusão do trabalho do CFM apontam para a necessidade de regulação pública desse mercado de trabalho oferecendo outras alternativas para responder as demandas dos serviços públicos. ■

1 O'Dwyer G, Mattos RA. O SAMU, a regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 2012;22(1):141-160.

2 Lima JC, Rivera FJU. Redes de conversação e coordenação de ações de saúde: estudo em um serviço móvel regional de atenção às urgências. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2010 Fev;26 (2):323-336.

3 Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

4 Rocha, AFS. Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, 2005. 97 p. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

5 Portaria nº 2.923/1998 / Institui o programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para o atendimento de urgência e emergência; Portaria 2048/2002: Regulamenta o atendimento dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência; estabelece seus princípios e diretrizes; define normas, critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos serviços pré-hospitalar fixos, unidades não-hospitalares (24h), pré-hospitalar móvel e unidades hospitalares; Decreto nº 5.055/2004: Institui o SAMU em municípios e regiões do território nacional e estabelece o processo de adesão para esse tipo de serviço

6 ALMOYNA MM, NITSCHKE CS. Regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência. SAMU, 1999. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/samu>>. Acesso em: 15 jan 2013.

7 Portaria nº 2.922/2008a: Estabelece diretrizes para a organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências. Define conceitos, atribuições e pré-requisitos para a implementação das UPA e salas de estabilização em locais/unidades estratégicas para a configuração dessas redes; Portaria nº 1.600/2011: Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. Define os componentes da Rede (promoção, vigilância, AB, SAMU, SE, Força Nacional de Saúde - pop. Vulneráveis, UPAS, hospitais e atenção domiciliar).

8 Braga Neto, FC *et al* (2011).

9 Todos os dados aqui apresentados têm como fonte: SIH/SUS e Leitos CNES (dez/2011) Datasus/MS (arquivos reduzidos de 11 de julho de 2012), em banco de dados elaborados pelo grupo de apoio às Santas Casas em São Paulo.

10 Demografia Médica no Brasil. (coord.) Mário Scheffer. Equipe de pesquisa: Aureliano Biancarelli, Alex Cassenote. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina, 2011. 118p.

11 CAVALCANTE, Ana Paula. Contratualização dos Hospitais Filantrópicos - SUS. Exposição realizada pela Coordenação da Atenção Hospitalar na Secretaria de Atenção à Saúde em 19 de abril de 2011.

A CRISE DOS SERVIÇOS HOSPITALARES DE URGÊNCIAS NO BRASIL: ELEMENTOS PARA UMA AGENDA TRANSFORMADORA EM PROL DOS DIREITOS HUMANOS

ARMANDO DE NEGRI FILHO*

Os serviços hospitalares de atenção às urgências são o espelho da alma de um sistema de saúde, refletem o seu estado de ânimo frente ao sofrimento como expressão dramática da necessidade humana e a face bondosa ou cruel com que o mesmo sistema acolhe ou não esta expressão essencial do direito humano à vida.

* Coordenador
Geral da Rede
Brasileira de
Cooperação em
Emergências –
RBCE



[...] os serviços de urgências, para cumprirem sua função de serviço ao público, têm que cumprir os elementos constitutivos da doutrina do direito humano [...]

Um sistema organizado em torno das necessidades humanas e, portanto, dos direitos humanos, não pode conviver com serviços de urgências hospitalares superlotados, onde a oportunidade perdida do atendimento resulta em mortes evitáveis e sequelas irreparáveis, além de prejuízo econômico para os indivíduos, suas famílias e para o Estado.

Se os SHU – Serviços Hospitalares de Urgências forem regidos pelo direito humano à saúde preconizado pela Constituição Brasileira de 1988, portanto se cumprirem a Lei Maior da República, não podem sistematicamente incorrer na oferta de serviços fora do tempo adequado à necessidade de cada paciente, não podem contribuir para a sobremortalidade nem para a instalação de morbidades derivadas do não atendimento ou do atendimento fora do tempo clinicamente recomendado. Portanto, os serviços de urgências, para cumprirem sua função de serviço ao público, têm que cumprir os elementos constitutivos da doutrina do direito humano, quais sejam os da universalidade – todas e todos serão atendidos, o que implica carga de trabalho suficiente

disposta em serviços em quantidade suficiente para atender com qualidade, segurança e em tempo hábil as necessidades dos cidadãos em qualquer parte do território nacional; o da integralidade, o que implica que todas as necessidades serão acolhidas e tratadas sem exclusões ou exceções, implicando em um sistema que se oriente pelo princípio da integralidade em sua expressão combinada de serviços, entre os quais o paciente circulará de forma protegida, em tempo adequado para suas necessidades e; o princípio da igualdade no qual não poderá haver diferenças de processos e resultados assistenciais derivados de disposição de recursos que caracterizem privilégios, ou seja, a distinção entre classes sociais derivada do acesso a serviços privados ou do SUS não pode ser aceito como condição natural, posto que todos SHU brasileiros teriam que atender dentro do tempo clinicamente seguro com os mesmos recursos e com o mesmo potencial de resultados, frente às necessidades equivalentes dos seus pacientes.

Universalidade, integralidade e igualdade são princípios claramente explicitados em nossa Constituição Federal, mas que

parecem ausentes no planejamento, gestão, avaliação e regulação da maioria dos SHU do Brasil.

Há que se dizer que o tema dos SHU e da atenção às urgências já esteve mais invisibilizado em tempos passados, e há que se reconhecer que desde o final da década de 1990 foi ganhando maior presença e destaque a Política Nacional das Urgências graças ao denodo de ativistas da área que projetaram as urgências como tema de política pública, e à sensibilidade dos governantes que entenderam a dimensão e importância da atenção as urgências.

Assim foi que ganhou projeção no debate público a necessidade de organizar políticas e sistemas de atenção as urgências no País, resultado de profícuas cooperações técnicas com a França, Espanha e outros Países, materializando-se a decisão na portaria MS nº 2.048/2002, que institui doutrina e desenho geral de política e sistema e foi operacionalizada nas portarias que se sucederam instituindo a Política Nacional de Atenção as Urgências e lançando o Samu como primeiro componente do sistema nacional, introduzindo a regulação médica das urgências como elemento ordenador da resposta urgente. É fato cotidiano a importância do Samu como resposta às urgências e fator de segurança, para as populações. Já mais recentemente a implantação das UPAs introduziu o ordenamento do pré-hospitalar fixo não hospitalar, no entanto ficamos devendo a incorporação da base ética e da cultura organizacional da atenção às urgências e assim, ficamos à margem de muitas discussões estratégicas que afetam a organização dinâmica e as exigências contemporâneas que estão na agenda dos serviços de urgências no marco dos sistemas universais de saúde, onde se destacam o tempo de espera e de atendimento, os resultados assistenciais em termos de recuperação da

autonomia dos pacientes, qualidade e segurança dos procedimentos. O ambiente mais afetado por este afastamento do debate organizacional internacional das urgências foi o ambiente dos serviços hospitalares, ainda geralmente identificados como prontos-socorros, que estão presos em um debate circular onde a improvisação ainda domina e persiste um senso comum que localiza na atenção primária a razão da sobrecarga de pacientes, exonerando, assim, o próprio hospital do fato de estar mal organizado e dimensionado para a tarefa crescente de atenção de pacientes agudos e agudizados em uma sociedade que se urbaniza de forma socialmente precária em passo acelerado e sofre de um envelhecimento populacional combinado com alta carga de doenças crônicas.

Com a oportunidade aberta pelo envolvimento direto da Presidência da República, com o anúncio em cadeia nacional de rádio e televisão do Programa SOS Emergência, reconhecendo o problema da superlotação das urgências e assumindo a responsabilidade governamental com a sua resolução, estamos obrigados a enfrentar o problema como sociedade e fazer nossa parte aprofundando o conhecimento e as transformações que um problema de tal magnitude social merece e apoiando a escala resolutiva que se exige em um País continental.

Nossa primeira colaboração reside na definição correta do problema da superlotação. Frequentemente explicado como um problema de baixa cobertura e insuficiente resolução dos serviços de atenção primária, esta análise termina por esconder a totalidade da questão e sobretudo ignora o fato de que a superlotação é um fenômeno complexo, de natureza essencialmente hospitalar.

Isto porque o grande número de pacientes que buscam a porta hospitalar de urgências pode ser atribuído a falta de cobertura em atenção primária e, portanto, pela falta de acesso as consultas nas equipes de saúde



Instituir o monitoramento, análise de tendência, prevenção e manejo da superlotação passa a ser fundamental como objeto de atuação da gerencia dos hospitais e dos serviços hospitalares de urgências em particular

da família e nas UPA's, as quais são parte do complexo de atenção primária e não substitutas vulgares dos serviços de urgência hospitalares. Este grande número de consultas por situações agudas e agudizadas com baixo consumo de serviços de apoio diagnóstico e resolução relativamente rápida pelos profissionais de saúde, pode ser manejado por aumento qualificado da oferta de atenção primária e pela constituição nos hospitais de um fluxo de pronto atendimento ou *fast track*, conforme a experiência anglo-saxã.

No entanto, a superlotação realmente se caracteriza na retenção, nos serviços de urgências hospitalares, de pacientes que, aguardando hospitalização não encontram fluxo resolutivo e terminam obstruindo a capacidade das unidades, os serviços de internação hospitalar, por sua vez, geralmente não se comprometem em dimensão e performance para absorver esta demanda que lhes compete. Tanto isto é verdade que não temos instituída em nossa cultura a identificação de leitos para pacientes

agudos dentre os leitos hospitalares e os SHU terminam instituindo hospitalização no seu próprio espaço, contribuindo para o seu desordenamento e improvisação.

Com tudo isso, paira sobre todos nós a imagem assustadora e praticamente unânime da superlotação dos serviços de urgência, especialmente os dos grandes hospitais. “A superlotação nos Serviços de Urgência é um fenômeno mundial e caracteriza-se por: todos os leitos do serviço ocupados, pacientes acamados nos corredores, tempo de espera para atendimento acima de uma hora, alta tensão na equipe assistencial e grande pressão para novos atendimentos. Indica, em última instância, baixo desempenho do sistema de saúde como um todo e do hospital em particular, e induz à baixa qualidade assistencial”. (Bittencourt & Hortale 2009)¹.

Instituir o monitoramento, análise de tendência, prevenção e manejo da superlotação passa a ser fundamental como objeto de atuação da gerencia dos hospitais e dos serviços hospitalares de urgências em particular.

Bittencourt, R.J.; Hortale, V.A. Intervenções para solucionar a Superlotação nos Serviços de Emergência Hospitalar: uma Revisão Sistemática. Cadernos de Saúde Pública, 25(7): 1439-1454, 2009.

No manejo da superlotação se impõe um conceito de urgência como expressão fundamental da variável tempo, pois a urgência expressa um tempo imperativo para responder a uma dada necessidade sem prejuízo do paciente frente ao tempo asignado. Responder na janela de tempo adequado para o melhor resultado prognóstico implica em uma aposta para controle e redução do nível de gravidade, ameaça a vida e a funcionalidade, autonomia do paciente, e do nível de complexidade, sendo essa entendida como padrão de consumo de serviços e recursos. Portanto, o fluxo de atenção às urgências hospitalares em tempos oportunos repercute na redução da gravidade – proteção da vida e na redução do custo final da atenção. Assim sendo, é necessário investir para equilibrar o volume resolutivo da oferta em relação ao volume qualificado da necessidade, a qual se reflete no volume anual de horas trabalho para atender o número esperado de pacientes (por exemplo, três pacientes hora correspondem a disposição anualizada de carga horária médica em equilíbrio com o volume total de consultas, isto define o número de médicos necessários para a oferta suficiente, frente às necessidades populacionais, conforme parâmetros da SEMES da Espanha e do ACEP dos EUA). Se não fizermos este planejamento e não rompermos o divórcio escalar entre necessidades e ofertas, seguiremos sendo testemunhas inertes da perene, insidiosa e terrível violação massiva e sistemática dos direitos humanos nos serviços de urgências.

A aposta estratégica na APS gerou uma falsa dicotomia entre urgências e atenção longitudinal das populações. Acolher e atender o agudo é atribuição da APS e fundamental para o equilíbrio clínico do sistema de saúde e, para tanto, deve comportar até o máximo de 2.000 pacientes por equi-

pe de PSF. As UPAs devem ser consideradas parte do complexo da APS, cobrindo a atenção dos agudos nos horários noturnos, fins de semana e feriados e relacionando sua atenção clínica com a vinculação dos pacientes às equipes de PSF, mas é importante lembrar que as UPAs não são antessalas hospitalares nem substituem os SHU e os leitos hospitalares, senão os pacientes serão frequentemente punidos em uma retenção indevida com perda de tempo em condições inadequadas de atendimento.

A oferta hospitalar tem que ser suficiente e tem que ser de alta performance, os hospitais de agudos ou com leitos de agudos, precisam de um parque substantivo de leitos, não menos que 2,5 leitos para cada 1.000 habitantes, sendo que temos no Brasil apenas 1,85 leitos para cada 1.000 habitantes no SUS. Projetando 4 leitos para cada 1.000 habitantes como a relação desejável (assumindo o parâmetro bastante modesto do sistema espanhol com forte componente de APS e de ambulatorização em geral e distribuindo 2,5 leitos para cada 1.000 pacientes para agudos, 1,0 para eletivos e 0,5 para crônicos de longa permanência e dependência), haveria atualmente um déficit de pelo menos 420.000 leitos, para um total de 776.000 leitos necessários, dos quais teríamos, então, 485.000 leitos para agudos e agudizados. Ou seja, o nosso déficit é colossal e explica a superlotação dos serviços de urgências hospitalares, soma-se a isto a baixa rotatividade dos leitos, pois temos quase 2,5 vezes mais tempo de internação para agudos que a referência da OCDE, com média de seis dias para pacientes agudos. Temos, assim, o pior dos mundos, poucos leitos, com alta permanência e consequente baixa rotação dos leitos. Adicionalmente, podemos indicar que o número de SHU necessários para o País seria de cerca de 780 serviços (250.000 habitantes por serviço,

conforme os parâmetros espanhóis), sendo que hoje existem cadastrados apenas 371 SHU no Brasil.

Finalmente, é necessário fazer com que os serviços hospitalares de urgências se organizem em função do volume de pacientes como volume de horas médicas e de enfermagem contratadas para atender em tempo adequado – o fractal de tempo onde nenhum paciente deveria esperar mais de duas horas, o que implica incorporar alguns princípios disciplinadores de um SHU, tais como: classificar as necessidades dos pacientes de forma ágil e precisa enquanto definição de tempo máximo de espera para todos serviços com mais de 50.000 consultas anuais; não dispensar nem perder nenhum paciente sem ser visto pelo médico; não internar pacientes no SHU; ter autoridade para controlar o acesso aos leitos de hospitalização mediante a figura do médico chamado “czar dos leitos” ou regulador de fluxo de atenção; separar, após a classificação dos pacientes, aqueles que serão atendidos no pronto atendimento do hospital e aqueles que seguem para a atenção das urgências propriamente ditas; adequar o volume das salas de espera para a comodidade dos pacientes e familiares; dimensionar consultórios, salas de procedimentos e salas de observação com dotação médica e de enfermagem resolutivas, conforme fluxo esperado; instituir o tempo máximo de permanência no SHU de até 12 horas.; delimitar a permanência de pacientes na sala de reanimação até o máximo de quatro horas; instituir coordenação de altas do Serviço de Urgências; adotar prontuários eletrônicos; constituir equipes de alto desempenho clínico; instalar laboratório-satélite; adotar indicadores de saturação operacional do SHU; adotar censo de vagas e demandas na hospitalização; adotar encaminhamento rápido para sala

de observação clínica; instaurar busca ativa dos pacientes em espera de internação no Serviço de Urgências; instituir coordenação de alta hospitalar, com critério de pré-alta; sala de alta; e, em casos extremos ordenar e administrar as consequências, sem prejuízo para os pacientes, do cancelamento de internações eletivas e a redistribuição de cirurgias eletivas. A adoção do conceito de leitos de agudos e a incorporação das unidades de cuidados médicos agudos – *acute care units* –, com pacientes com previsão de alta em até 72 horas, beneficiam enormemente os pacientes idosos e crônicos agudizados. Todas essas medidas foram consideradas efetivas no manejo da superlotação segundo a literatura científica revisada.

“Hospitais que tiveram maior sucesso em diminuir a superlotação nos SEH foram aqueles que reconheceram o problema do fluxo do paciente em todo o hospital e definiram iniciativas para tirá-lo do SEH de forma mais eficiente - se você quer consertar a superlotação, comece por consertar seu hospital”. Asplin & Magi, conforme citado por Bittencourt e Hortale, 2009.

Como uma nota final, seria fundamental apontar a profissionalização gerencial e assistencial das urgências, com a assunção de especialistas em urgências como um campo autônomo de conhecimentos e práticas, com a ação combinada de formar especialistas mediante residências médicas disseminadas e habilitar com certificação pública os trabalhadores atuais do campo das urgências conforme o disposto na Portaria MS nº 2.048/2002. Além disso e empoderar a regulação operacional da atenção, das urgências e de leitos, para operar como instrumento de advocacia pelos direitos dos pacientes a um acesso qualificado, oportuno, seguro e resolutivo, conforme os melhores padrões mundiais. ■

Secretários estaduais de saúde foram recebidos, no mês de março, pelo presidente da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal (CAS), senador Waldemir Moka, e pelo presidente da Comissão de Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), senador Humberto Costa, em audiência que debateu o financiamento da saúde e a situação dos médicos no Brasil. Na ocasião, o presidente do CONASS, Wilson Alecrim, entregou aos parlamentares ofício com a posição do Conselho no que se refere ao desafio do financiamento do SUS. Alecrim chamou a atenção para a mobilização que o CONASS tem feito para colher assinaturas para o **Movimento Saúde +10**, o qual visa arrecadar 1,5 milhão de assinaturas, a fim de caracterizar como emenda de iniciativa popular o projeto de lei que trata do incremento dos recursos destinados ao SUS. Os senadores assumiram o compromisso de manter e fortalecer a agenda política com os secretários, na luta por mais recursos voltados ao financiamento da saúde pública brasileira.

O Amazonas foi o primeiro estado do País a oferecer, gratuitamente, a vacina contra o papilomavírus humano (HPV), disponível, até então, somente em clínicas particulares. A iniciativa faz parte do Programa de Vacinação contra o Papilomavírus Humano (HPV), realizado em parceria com a Prefeitura de Manaus, cuja meta, a princípio, é vacinar mais de 90 mil meninas, com idade entre 11 e 13 anos, na capital e no interior. A propósito, o câncer de colo de útero é o tipo mais frequente de tumor maligno diagnosticado entre a população feminina do estado, e também da região norte.

Fique sabendo! A Comissão de Seguridade Social e Família do Senado Federal aprovou o Projeto de Lei nº 6.820/2010, que inclui a vacina contra o papilomavírus humano (HPV) no calendário do Programa Nacional de Imunizações do Sistema do SUS. Duas variedades da vacina já estão registradas na Anvisa: uma efetiva contra os tipos 16 e 18, que podem causar câncer, e outra que, além de imunizar contra estas cepas, protege contra os tipos 6 e 11 do vírus. O projeto tem prioridade e ainda será analisado, em caráter conclusivo, pelas comissões de Finanças e Tributação, de Constituição e Justiça e de Cidadania do Senado Federal.

Pesquisa realizada pela **Universidade de Brasília (UnB)** revelou que o SUS gasta, anualmente, R\$ 488 milhões com o tratamento de doenças associadas à obesidade. Segundo o estudo realizado em 2011 e divulgado em março de 2012 pelo Ministério da Saúde, a proporção de pessoas acima do peso avançou de 42,7%, em 2006, para 48,5%, em 2011, e o custo com internações e tratamentos relacionados à obesidade grave (mórbida) chegaram a R\$ 116 milhões. Diante desse quadro, o Ministério da Saúde apontou a **Academia da Saúde** como uma das estratégias para o combate à obesidade. Essa iniciativa prevê a infraestrutura de equipamentos e contratação de profissionais qualificados para orientarem as atividades físicas; além disso, foram investidos R\$ 390 milhões para no programa.

Mais Curtas podem ser acompanhadas nas Redes Sociais!



Siga
twitter.com/CONASSoficial



Adicione
facebook.com/conassoficial

consensus

Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

PRESIDENTE

Wilson Duarte Alecrim (AM)

VICE-PRESIDENTES

Região Centro-Oeste: Mauri Rodrigues de Lima (MT); **Região Nordeste:** Raimundo José Arruda Bastos (CE); **Região Norte:** Vanda Maria Paiva (TO); **Região Sudeste:** Antônio Jorge de Souza Marques (MG); **Região Sul:** Dalmo Claro de Oliveira (SC).

COMISSÃO FISCAL

Titulares: Waldson Dias de Souza (PB); Michele Caputo (PR); Beatriz Dobashi (MS)
Suplentes: Ernani Maia (PI); Jorge de Souza Villas Boas (AL); Suely de Souza Melo da Costa (AC).

REPRESENTANTE DO CONASS NA HEMOBRÁS

Antônio Carlos dos Santos Figueira (PE);

REPRESENTANTES DO CONASS NA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

René Santos (PR)

REPRESENTANTES DO CONASS NA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Titular: Ciro Carlos Emerim Simoni (RS);
Suplente: Viviane Rocha de Luiz (CONASS)

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

Antônio Carlos dos S. Figueira (PE); Antonio Faleiros (GO); Antônio Jorge de S. Marques (MG); Beatriz Figueiredo Dobashi (MS); Ciro Carlos Emerim Simoni (RS); Dalmo Claro de Oliveira (SC); Ernani de Paiva Maia (PI); Giovanni Guido Cerri (SP); Hélio Franco de Macedo Júnior (PA); Isau Gerino Vilela da Silva (RN); Joélia Silva Santos (SE); Jorge José Santos Pereira Solla (BA); Jorge Villas Boas (AL); José Tadeu Marino (ES); Leocádio Vasconcelos Filho (RR); Mauri Rodrigues de Lima (MT); Michele Caputo Neto (PR); Olinda Consuelo Lima de Araújo (AP); Rafael de Aguiar Barbosa (DF); Raimundo José Arruda Bastos (CE); Ricardo Murad (MA); Sérgio Luiz Côrtes (RJ); Suely de Souza Melo da Costa (AC); Vanda Maria Gonçalves Paiva (TO); Waldson Dias de Souza (PB); 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

i-Comunicação

IMPRESSÃO

Gráfica Positiva

TIRAGEM

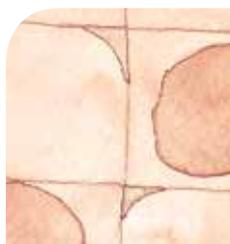
9.000 exemplares

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

ÁLCOOL E DIREÇÃO

Não combinam! Evite acidentes.

A consciência e o respeito do motorista diminuem os acidentes de trânsito. Mas, quando isso não acontece, a vida do cidadão entra em risco. A Nova Lei Seca aumenta as penalidades para quem bebe e dirige, garantindo a segurança do cidadão. Seja responsável e respeite a vida.

O que mudou com a nova lei:

- agora a tolerância é zero. Qualquer concentração de álcool no sangue implica em penalidades.

- para concentração até ou igual a 0,34 miligrama de álcool por litro de ar: multa de R\$ 1.915,40. Se houver reincidência dentro de um ano, a multa vai para R\$ 3.830,80.

- para concentração acima de 0,34 miligrama de álcool por litro de ar: é crime. O condutor pode pegar de 6 meses a 3 anos de cadeia.



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

<http://www.conass.org.br>