

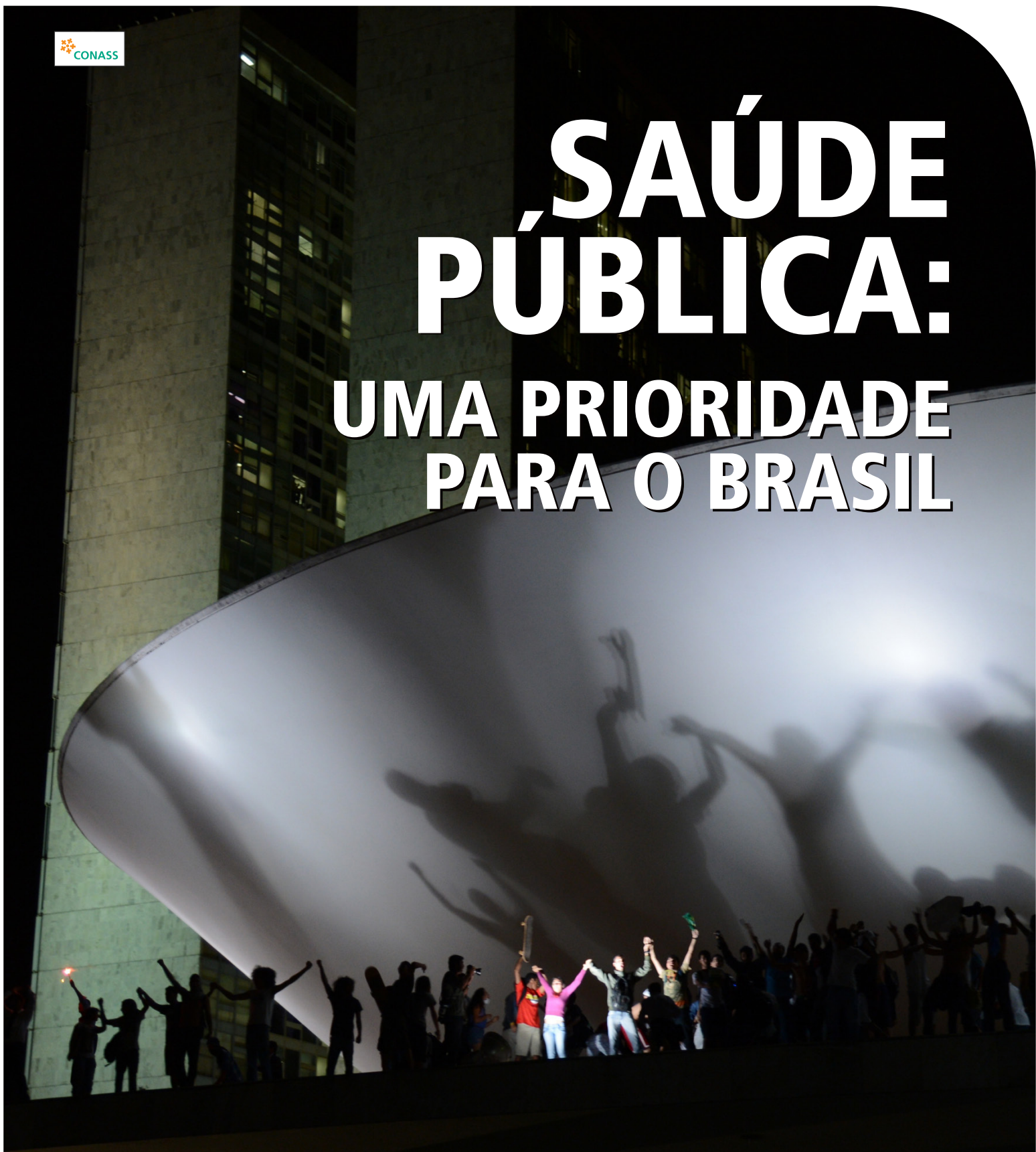
ano III, número 8  
julho, agosto e setembro de 2013  
[www.conass.org.br](http://www.conass.org.br)

# consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE



# SAÚDE PÚBLICA: UMA PRIORIDADE PARA O BRASIL



# consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE  
Ano III | Número 8 | Julho, Agosto e Setembro de 2013



FOTOGRAFIA: FÁBIO RODRIGUES POZZEBOM/ABR

6

## consensus entrevista

*Confira a entrevista com o ex-ministro da Saúde e Assuntos Sociais do Quebec, Jean Rochon*

12

## matéria de capa

*O que esperar da Saúde Pública no Brasil*

### 20 saúde em foco

*Programa Mais Médicos*

**25** *Câmara dos Deputados recebe 2 milhões de assinaturas coletadas pelo Movimento Saúde + 10*

### 27 institucional

*CONASS Debate – Saúde: para onde vai a nova classe média*

**30** *Curso sobre o Manejo de Condições Crônicas reúne profissionais de todo o país em Maceió*

**32** *Curso de Especialização promove mudanças na Atenção Primária à Saúde de municípios paraenses*

### 36 relações internacionais

*Universidade de Harvard capacita profissionais brasileiros para a realização de ações em prol da Primeira Infância*

### 44 opinião

*Síndrome Alcoólica Fetal (SAF): uma doença prevalente e subestimada*

### 47 curtas

O grito uníssono de milhares de vozes ouvidas em todo o Brasil ao longo dos últimos meses mostrou a discordância da sociedade em relação à condução das políticas públicas e revelou o anseio por um Estado de Bem-Estar social que ofereça não apenas o aumento dos bens de consumo, mas também de serviços públicos de qualidade.

Reconhecendo a importância desse momento que o país atravessa e ciente da posição de destaque que a saúde pública brasileira ocupou na pauta de reivindicações apresentada pela população nas manifestações ocorridas nos últimos meses, a Revista Consensus n. 8 traz à tona, em sua matéria de capa, a opinião de especialistas sobre questões importantes para o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o atual cenário político e social no qual o país está inserido.

Oportunamente, esses mesmos especialistas serão ouvidos também na discussão sobre o futuro do sistema de saúde no país durante o seminário CONASS Debate – Caminhos da Saúde no Brasil, no qual serão abordados aspectos como a segmentação do setor saúde, o sistema público universal, o mix público e privado e a competição gerenciada.

Ao propor esse debate, o CONASS pretende aprofundar a reflexão sobre a sustentabilidade do SUS a partir da expressão de pensamentos, estudos e de opiniões de atores

que compõem diversos segmentos da sociedade, contribuindo, assim, para o desenho de caminhos seguros para o sistema de saúde brasileiro.

Ainda nesse contexto, apresentamos uma entrevista com o ex-ministro da Saúde e Assuntos Sociais do Quebec, Jean Rochon. Nela, o ex-ministro fala sobre como se deu o processo de idealização e construção do sistema de saúde no Canadá, sobre a relação entre os sistemas públicos de acesso universal à saúde e a privatização desses serviços e sobre os maiores desafios que países como o Brasil podem enfrentar ao tentar manter o seu sistema universal.

Na seção institucional, as coberturas do primeiro seminário do projeto CONASS Debate – Saúde: para onde vai a nova classe média, do Curso de Manejo às Condições Crônicas realizado em Maceió e da experiência pioneira do estado do Pará com o Curso de Especialização da Gestão em Atenção Primária em Saúde.

Por fim, apresentamos, ao leitor, artigo do professor de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, José Mauro Braz Lima, a respeito da Síndrome Alcoólica Fetal (SAF), problema que tem crescido significativamente nos últimos anos, causando impacto significativo na saúde pública.

Boa leitura!







# ENTREVISTA

## *Jean Rochon*

**M**édico formado pela Universidade de Laval (Québec), doutor em Saúde Pública pela Universidade de Harvard e doutor *honoris causa* pela Universidade de Louvain na Bélgica, Jean Rochon é o entrevistado desta edição da Revista Consensus.

Ex-ministro da Saúde e dos Serviços Sociais do Québec, Jean Rochon dedica-se há anos ao trabalho na área da saúde pública e teve ainda experiências como ministro da Pesquisa, Ciência e Tecnologia, do Trabalho e da Solidariedade Social e de Estado dos Recursos Humanos e do Trabalho na província do Québec, no Canadá. Foi também adjunto do Diretor-geral para a Europa da Organização Mundial da Saúde (OMS), em Copenhague, e foi responsável pela criação de uma diretoria de programas em Saúde Pública da OMS, em Genebra.

Desde o ano de 2005, é professor emérito da Universidade de Laval e atua como consultor do Instituto Nacional de Saúde Pública do Québec (INSPQ) e da Iniciativa sobre a partilha de conhecimentos e desenvolvimento de competências (IPCDC).

Nesta entrevista, Rochon convida o leitor a refletir sobre os possíveis caminhos que os sistemas de saúde podem seguir levando em consideração o atual cenário político do mundo e avalia ainda algumas questões relevantes que ameaçam o sistema de saúde brasileiro, como o subfinanciamento, o envelhecimento da população e o aumento das doenças crônicas.

**Consensus** O sistema de saúde do Québec e de outras províncias canadenses é baseado nos princípios da gestão pública, da universalidade, da acessibilidade, da portabilidade e da integralidade. Conte-nos um pouco sobre como esse sistema foi pensado e construído.



IMAGEM: Léo Gonçalves | OFSO

**Jean Rochon** Para compreender como o sistema evoluiu, é útil descrever como se deu a implicação do governo nos serviços de saúde. Até meados do século XX, o governo era essencialmente ausente no setor da saúde, salvo por medidas de proteção sanitária e de prevenção de doenças infecciosas e epidemias. Ao longo da década de 1950, os serviços hospitalares foram confrontados a uma considerável pressão procedente, de um lado, do desenvolvimento dos conhecimentos e tecnologias que transformava rapidamente a oferta de serviços, e, por outro lado, da rápida modificação da demanda de serviços em resposta ao crescimento da oferta. A situação financeira dos hospitais, que eram estabelecimentos privados sem fins lucrativos, e a dos pacientes que deviam assumir integralmente o custo dos serviços tornava-se cada vez mais difícil. Em resposta, o governo lançou no início dos anos 1960 um programa de equipamentos, reformas e construção de hospitais. Esse programa foi completado por um seguro público que assumia o custo dos tratamentos hospitalares para todos os cidadãos.

Porém, a evolução do desenvolvimento dos serviços de saúde e o debate sobre seu financiamento rapidamente ultrapassou o âmbito dos serviços hospitalares para englobar o conjunto dos serviços médicos oferecidos em consultórios privados e nas clínicas médicas.

Para melhor enquadrar o debate sobre o financiamento do conjunto dos serviços de saúde, o governo do Canadá criou então uma comissão de inquérito que, em 1964, recomendou a criação de um regime de seguro saúde alicerçado nos princípios da gestão pública, da universalidade, da acessibilidade, da transferibilidade e da integralidade. Tal regime foi instaurado em 1970 por um programa de financiamento conjunto federal-provincial, sob a responsabilidade das províncias, que possuem uma competência constitucional exclusiva em matéria de organização e de gestão dos serviços de saúde.

No Québec essa etapa marcou um momento crucial entre a implicação do governo no financiamento dos serviços de saúde, a partir de 1950 e depois na organização do sistema de saúde, a contar dos anos 1970.

É importante ressaltar que esse sistema está em permanente evolução e transformação para ajustar-se ao novo paradigma de responsabilidade populacional. Dentre as implicações e condições de sucesso, eu assinalaria três que me parecem essenciais: 1) a partilha de conhecimentos e de experiências e o desenvolvimento de competências para os gestores e profissionais em todos os níveis do sistema; 2)- a mensuração dos progressos e dos resultados por indicadores apropriados; 3)- a participação ativa dos cidadãos, sobretudo no nível local.

### **Consensus Como o Canadá e outros países que possuem sistemas públicos de acesso universal à saúde trabalham a questão da privatização dos serviços de saúde?**

**Rochon** Um sistema público e universal é a expressão de uma escolha da sociedade, de maneira que os serviços de saúde devam ser acessíveis em função das necessidades, e os custos assumidos em função dos meios disponíveis.

A privatização dos serviços compreende três aspectos: a propriedade, a gestão e o financiamento. Para um sistema público e universal é essencial que o Estado controle o financiamento a fim de garantir a universalidade e de repartir os custos com equidade. Somente o Estado possui poderes e instrumentos para tal fim.

Para os fins de eficácia, é preferível que a gestão e a propriedade sejam essencialmente públicas. Com efeito, a maior parte das análises concluem que os sistemas privados custam mais em matéria de despesas de administração. Os países que possuem um sistema completamente privado destinam a isso uma porção mais elevada do seu Produto Interno Bruto (PIB) que todos os outros.



Entretanto, o Estado pode contratar o setor privado para compartilhar a propriedade e a gestão de certos estabelecimentos, equipamentos e serviços, com a condição de que conserve o controle sobre o financiamento e sobre os padrões de qualidade. Tais arranjos em geral originam-se de contextos históricos e sociais e visam, especialmente, entidades sem fins de lucro. Assim, no Québec, uma associação que existe há várias décadas e que representa os proprietários de centros hospitalares de longa permanência (CHSLD) privados, assina um convênio com o governo onde se prevê o custo dos serviços, as despesas de administração e os critérios de avaliação. Da mesma forma, os médicos são remunerados pelo regime de seguro público, em virtude de um acordo com seus sindicatos. Entretanto, eles permanecem sendo proprietários e administradores de sua clínica privada.

O que é incompatível com a escolha de um sistema público universal é o desenvolvimento paralelo de um sistema de estabelecimentos e de clínicas privadas financiadas por segurados privados. Desenvolveu-se toda uma argumentação de que um sistema assim contribuiria para atenuar a pressão sobre o sistema público e garantiria uma maior eficácia numa base competitiva. Ora, todas as experiências desse tipo que eu pude conhecer demonstraram exatamente o contrário. O efeito principal consistiu, principalmente, em direcionar para esses estabelecimentos os casos mais simples, sem riscos, e portanto com baixo custo, deixando ao sistema público os casos complexos e onerosos. Sobretudo, admitir um sistema privado em competição com um sistema público no mercado dos cuidados à saúde, renega o princípio fundamental do acesso equânime segundo as necessidades e o do pagamento conforme os meios de que se dispõe, pois esses serviços privados somente são acessíveis às pessoas de posses que podem, assim, driblar as filas de espera. Tudo isto sem contar que o tempo dedicado pelos médicos

no sistema privado contribui para diminuir a oferta no sistema público, aumentando assim o tempo de espera.

### **Consensus A falta de recursos é, em sua opinião, a maior ameaça dos sistemas universais de saúde?**

**Rochon** O nível de financiamento do sistema de saúde é uma questão de escolha por parte da sociedade. Parece-me que muitos países, dentre os quais o Brasil e o Canadá, atingiram um nível de consenso relativamente estável a este respeito. As questões principais consistem em controlar o ritmo de aumento dos custos em relação ao crescimento da riqueza coletiva medida pelo PIB ou por outro indicador apropriado, assim como em alocar os recursos com equidade em função das necessidades da população nas diferentes regiões do país e em ter eficácia nas atividades e nos serviços oferecidos. Todavia o sistema de saúde está submetido a fortes pressões vindas nem tanto da demanda induzida pelas necessidades da população, mas principalmente da evolução da oferta de serviços. Pode-se pensar que se deixarmos persistir tal tendência, o peso da doença e das incapacidades sobre a sociedade, assim como o volume de cuidados requeridos do sistema de saúde tornar-se-ão insuportáveis. No entanto, nós dispomos dos conhecimentos e dos meios para reverter tal situação.

### **Consensus Quais são os maiores desafios que países como o Brasil podem enfrentar ao tentar manter o seu sistema de cobertura universal?**

**Rochon** A solução passa por uma mudança de paradigma, dando-se prioridade àquilo que determina 80% da saúde da população, ou seja, a luta contra as desigualdades sociais de saúde, agindo sobre seus determinantes. Já está por demais demonstrado que os recursos são suficientes para estancar os fatores de risco e a onda dos problemas e para inverter a

tendência. É preciso uma visão clara e compartilhada sobre o futuro desejado, além de uma vontade política em todos os níveis de decisão para realocar os recursos e um envolvimento ativo da população, aqui reconhecido o poder dos cidadãos. Em complemento, é necessário focar sobre a melhoria contínua do desempenho do sistema de saúde e de serviços sociais. O desenvolvimento de competências é a chave para mudar práticas profissionais e de gestão a fim de transformar as organizações de modo a gerir com eficácia o acesso à linha contínua de cuidados de qualidade, completos e coordenados. Os sistemas de saúde estão, pois, confrontados à necessidade de evoluir em dois aspectos : 1)- o trabalho em rede com os parceiros intersetoriais, tais como escolas e municípios, sobre os determinantes da saúde (educação, trabalho, moradia, transporte...) e 2)- a otimização dos processos de produção e de funcionamento das linhas contínuas de cuidados, de modo a melhorar sua qualidade, segurança e eficácia.

*(...) admitir um sistema privado em competição com um sistema público no mercado dos cuidados à saúde, renega o princípio fundamental do acesso equânime segundo as necessidades e o do pagamento conforme os meios de que se dispõe, pois esses serviços privados somente são acessíveis às pessoas de posses que podem, assim, driblar as filas de espera.*

JEAN ROCHON – DOUTOR EM SAÚDE PÚBLICA.

**Consensus** Como os sistemas de saúde universais podem enfrentar os desafios do aumento da expectativa de vida, do crescimento da carga de doenças crônicas, da incorporação tecnológica e das demandas sociais?

**Rochon** Os desenvolvimentos tecnológicos e farmacêuticos permitem muito mais novas intervenções, várias delas de elevadíssimo custo. Graças a métodos de análise e de síntese agora bem estabelecidos, pode-se avaliar a eficácia das novas tecnologias e intervenções quanto a seu impacto sobre as doenças e sobre a saúde em função de seus custos, a fim de se poder tomar decisões acertadas. Os britânicos abriram o caminho nessa área com o National Institute for Clinical Excellence (NICE). Vários países criaram agências ou institutos para a avaliação de tecnologias em saúde e serviços sociais. O Instituto Nacional para a Excelência em Saúde e Serviços Sociais (INESSS), no Québec, pode contar com uma rede de unidades de avaliação de tecnologias em cada um dos centros hospitalares universitários.

Por outro lado, é preciso desmistificar o impacto do envelhecimento da população sobre os serviços de saúde. Em verdade, sabe-se que se a prioridade é centrada sobre a prevenção e a promoção da saúde e sobre os determinantes da saúde, pode-se envelhecer com saúde. Esta abordagem deve abarcar o percurso da vida como um todo, pois os benefícios potenciais estão presentes em todas as suas etapas. Assim, vários fatores de risco para doenças crônicas aparecem desde a juventude. Tomemos o exemplo do diabetes do tipo 2, essencialmente ligado aos hábitos alimentares, ao sedentarismo e à obesidade e que se constitui em causa de problemas como a hipertensão arterial, os acidentes vasculares cerebrais, as doenças cardíacas, renais e oculares. As projeções epidemiológicas preveem que se a obesidade nos jovens continuar a se propagar, estes serão a primeira geração cuja esperança



de vida será mais curta que a geração de seus pais. Então, a melhoria da saúde da população será mais dependente da mudança de hábitos de vida entre os jovens, que do tratamento do diabetes. Assim, estudos demonstraram que as pessoas que mudam seus hábitos de vida (alimentação, tabagismo, sedentarismo), mesmo depois dos 50 anos, têm menos doenças crônicas e aumentam sua esperança de vida. Outros estudos documentaram, ainda, o fato de que as pessoas idosas que permaneceram ativas física e intelectualmente e que mantiveram uma rede de relações sociais estão em melhor estado de saúde.

Por outro lado, quanto mais avançamos em idade, maior é nossa probabilidade em contrair doenças crônicas e desenvolver incapacidades. Felizmente existem - e estão em permanente desenvolvimento, medicamentos, tratamentos e intervenções eficazes que mantêm as pessoas confortáveis, ativas e produtivas. Esse consumo representa um custo para o sistema de saúde, porém é forçoso reconhecer que os custos podem ser controlados aumentando-se a qualidade, a produtividade e a pertinência dos serviços oferecidos. Os estudos demonstraram que o maior consumo de cuidados de custo muito elevado acontece essencialmente durante a última década de vida. Que isto ocorra aos 85 ou aos 65 anos, o impacto é o mesmo para o sistema de saúde.

Na medida em que se consiga modificar o paradigma, atuando-se a montante sobre as desigualdades sociais pelos determinantes da saúde, pela promoção da saúde e a prevenção de doenças sobre uma base populacional, pode-se mudar consideravelmente a natureza e o volume da demanda de cuidados e serviços de saúde. Um sistema de saúde mais proativo e em contínuo aperfeiçoamento da qualidade e do desempenho contribuirá em melhorar a saúde da população, controlando os custos. Porém, é necessário fixar o rumo claramente e mantê-lo com determinação.

*O que é incompatível com a escolha de um sistema público universal é o desenvolvimento paralelo de um sistema de estabelecimentos e de clínicas privadas financiadas por segurados privados.*

JEAN ROCHON – DOUTOR EM SAÚDE PÚBLICA.

**Consensus O que o Brasil pode aprender com o Canadá e com outros países com relação ao sistema de saúde?**

**Rochon** Não se pode fazer uma transposição de sistemas e de experiências de um país a outro, pois eles são desenvolvidos num contexto peculiar, seja do ponto de vista social, econômico e político. Entretanto, pode-se aprender bastante pelo compartilhamento de nossos conhecimentos. As análises comparadas de nossas experiências permitem compreender melhor os princípios, os conceitos e as estratégias tendo por base modelos e mudanças. É preciso desenvolver projetos conjuntos de pesquisa, intercâmbios de pesquisadores, professores e estudantes. Plataformas de intercâmbios e de partilha, colóquios, seminários permitem criar laços, identificar interesses comuns e desenvolver projetos conjuntos.

O Brasil e o Québec já traçaram um caminho promissor, neste aspecto, em vários campos e particularmente no setor da saúde há mais de vinte anos, com atividades de colaboração lusofrancófona em saúde (Colufras), dentre outras. É preciso continuar neste caminho em desenvolvimento, promovendo e sustentando redes colaborativas. ■



# O que esperar da Saúde Pública no Brasil

A onda de manifestações ocorridas no país desde junho deste ano aponta a saúde pública como alvo de maior insatisfação dos brasileiros. Confira nas próximas páginas a opinião de especialistas sobre os possíveis caminhos da saúde no Brasil

TATIANA ROSA

Nos últimos três meses, o Brasil assistiu a uma série de manifestações populares reivindicando mais qualidade na assistência às demandas básicas dos brasileiros. Milhares de pessoas foram às ruas lutar por serviços públicos melhores e contra o fim da corrup-

ção. Uma luta justa, pautada inicialmente pelo aumento de 0,20 centavos nas passagens de ônibus em São Paulo e que, mais tarde, revelariam ser apenas o estopim de um movimento revolucionário de conscientização popular que marcaria a história do país.



Entre a pauta de reivindicações, a sociedade brasileira colocou a saúde pública como prioridade. A reflexão sobre o tipo de sistema que queremos e que tipo de serviços estamos recebendo deu tom à reflexão unânime sobre a saúde pública brasileira.

Pesquisa do Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (Ibope) encomendada em julho deste ano pela Confederação Nacional das Indústrias (CNI) revelou que para 43% dos entrevistados, a saúde pública é um dos maiores motivos de reivindicação popular.

“Nas ruas, a palavra de ordem é mudança. Essas manifestações devem nos levar a profundas análises para que possamos compreender e interpretar os verdadeiros motivos das inquietações e indignações da sociedade”, afirma o presidente do CONASS, o secretário de Estado da Saúde do Amazonas, Wilson Duarte Alecrim.

Alecrim ressalta que as manifestações acerca da saúde pública precisam ser avaliadas com cuidado, pois o SUS, apesar de ser um sistema de saúde bem formulado, que tem cumprido importante papel de inclusão social no país, ainda deixa a desejar no que diz respeito ao seu papel assistencial e a cobrança da população não se revela, na prática, como apoio ao sistema.

Oportunamente, o CONASS realizou, cerca de dois meses antes da explosão dessas manifestações, no dia 24 de abril, o seminário Saúde: para onde vai a nova classe média, o primeiro de uma série de discussões do projeto CONASS Debate – uma nova frente de atuação do Conselho para promover a discussão de temas importantes do setor saúde e ouvir opiniões sobre a sustentabilidade do sistema, principalmente de atores de fora do setor saúde, buscando a expressão de pensamentos e opiniões divergentes e a explicitação de dissensos de forma a contribuir para a abertura de caminhos seguros para o futuro do SUS.



*Nas ruas, a palavra de ordem é mudança. Essas manifestações devem nos levar a profundas análises para que possamos compreender e interpretar os verdadeiros motivos das inquietações e indignações da sociedade.*

WILSON ALECRIM, PRESIDENTE DO CONASS.



## *De que maneira você constrói os padrões de percepção de consciência individual e coletiva sobre saúde em uma determinada sociedade?*

JOSÉ GOMES TEMPORÃO, DIRETOR EXECUTIVO DO INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNOS EM SAÚDE (ISAGS).

“Nós estávamos à procura de entender quais são os anseios da sociedade. Menos de dois meses após a realização deste seminário, assistimos ao movimento cívico que expressou algo que já sabíamos existir, mas que não percebemos antes: a cobrança vem das vozes expressas, não nos ambientes legislativos, nem das organizações sindicais ou das entidades de classes, mas sim do povo nas ruas”, reflete o presidente do CONASS.

Para o diretor executivo do Instituto Sul-americano de Governos em Saúde (ISAGS), José Gomes Temporão, a população está clamando por mais Estado. “As pessoas foram às ruas pedir mais Estado, não com esse nome, mas chamando a atenção dos governantes ao fato de que querem serviços públicos de melhor qualidade e aí a saúde aparece como uma das prioridades. Isso expressa a transição cultural que a sociedade está vivendo”.

Temporão será um dos expositores do seminário CONASS Debate: caminhos da saúde no Brasil, que dá início à segunda discussão prevista pelo projeto. Junto a ele, o diretor de assuntos institucionais da Amil, Antônio Jorge Kropf, e o economista aposentado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), André Médici. Como debatedores, o consultor da Organização Pan-americana de Saúde em Washington (Opas), Renato Tasca, e o superintendente do Hospital Sírio Libanês, Gonzalo Vecina Neto.

Ouvidos pela Revista Consensus, esses especialistas opinaram sobre as manifestações populares e também sobre os possíveis rumos que a saúde pública brasileira pode tomar levando em consideração a sustentabilidade do sistema diante do cenário político e social no qual o país está inserido.

### **Sustentabilidade do sistema x Transição cultural**

“A sustentabilidade econômico-financeira dos sistemas de saúde não é um problema apenas brasileiro, mas de todos os sistemas de



saúde do mundo, basta ver o que está acontecendo agora em alguns sistemas de saúde europeus”, afirma o ex-ministro da Saúde, José Gomes Temporão, citando, em seguida, quatro fenômenos aos quais associa a problemática da sustentabilidade financeira: as transições demográfica, epidemiológica, tecnológica e cultural, sendo a última, para ele, a mais complexa. “De que maneira você constrói os padrões de percepção de consciência individual e coletiva sobre saúde em uma determinada sociedade?”, questiona.

Para ele, o senso comum no Brasil gira em torno da percepção de que a saúde é construída com uma relação direta entre saúde/médico/hospital e tecnologias quando, na verdade, deveria girar em torno da determinação social e dos aspectos educacionais que impactam diretamente na saúde.

Gonzalo Vecina acredita que as manifestações refletem o anseio da sociedade por um projeto de bem-estar social que ainda não existe no Brasil e que contemple educação, saúde e demais serviços públicos de qualidade. “Como é que vamos construir a nossa universalidade e o nosso projeto de bem estar social que ainda não temos no país? O movimento passe livre é um pedaço desse projeto de bem estar social”, afirma.

Para Vecina, não existe sistema universal no mundo que ofereça, de imediato, tudo o que as pessoas necessitam. “É impossível atender prontamente a todas as necessidades da população. O importante é regular essas demandas de maneira eficaz e transparente assim como acontece na fila de transplantes, por exemplo”.

Na opinião do consultor da Opas em Washington, Renato Tasca, o momento que o Brasil vive é importante porque se configura como um primeiro passo para a mudança no comportamento dos brasileiros em relação à política, no entanto, acredita que ele não se estende à questão da saúde pública. “Acho que o foco dessas reivindicações está na clas-



*Como é que vamos construir a nossa universalidade e o nosso projeto de bem-estar social que ainda não temos no país? O movimento passe livre é um pedaço desse projeto de bem-estar social.*

GONZALO VECINA NETO, MÉDICO SANITARISTA, PROFESSOR DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA USP E ATUAL SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL SÍRIO LIBÂNES.



*Se eu parto do conceito de que saúde é um direito de todos e o Estado deve proporcionar isso, então tenho que ter clareza e dizer para o cidadão de forma explícita qual é a garantia que eu vou dar a ele.*

RENATO TASCA, CONSULTOR DA OPAS EM WASHINGTON.

se política. Para se ter conscientização sobre o risco e a necessidade de mudança de um sistema de saúde, é necessário ter mais conhecimento sobre o seu funcionamento”.

Já para o diretor da Amil, Antonio Jorge Kropf, a mudança da visão cultural do indivíduo e do valor que ele atribui à saúde é um desafio que precisa ser enfrentado pelos próprios atores do setor. “Nós da área da saúde temos que convocar toda a sociedade para refletir sobre o sistema de saúde que temos e queremos. Mudar a cultura de uma sociedade não é fácil, mas hoje vivemos uma realidade de subfinanciamento que não comporta esse modelo assistencial que praticamos no Brasil”, afirma.

“O gasto em saúde no Brasil tem aumentado significativamente nos últimos anos, mas, mesmo assim, não tem sido suficiente. O Brasil poderia fazer muito mais com o gasto de saúde que tem”, acredita o economista do BID, André Médici, que afirma ainda ser um tabu no país a discussão do tema. “Eficiência está associada, no imaginário da maioria dos sanitaristas brasileiros, a um discurso neoliberal e para a maioria deles basta ter mais recursos financeiros e tudo se resolve num passe de mágica. Mas o Brasil poderia ter avançado muito mais e não avançou”, ressalta.

Médici cita o exemplo da implantação do cartão SUS, que há quinze anos ainda não foi, de fato, efetivado. Segundo ele, muito se fala em gestão por resultados e por desempenho, mas ninguém quer efetivamente implantar. “Em um clima como esse, não se daria para discutir financiamento, principalmente porque financiamento está associado ao que se necessita e ao que se pode fazer. Creio que o dever de casa que temos é primeiro organizar o modelo de serviços que se quer entregar, os resultados que queremos alcançar e os compromissos de cada parte para depois pensarmos em financiamento”.

## Sistemas de Saúde e os caminhos da saúde no Brasil

O sistema de saúde brasileiro caracteriza-se, diferentemente do que muitos imaginam, por um sistema segmentado, composto por três subsistemas: o Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema de Saúde Suplementar (SSS) e o Sistema de Desembolso Direto (SDD).

Isso significa que o SUS, ainda que constitucionalmente universal, só o é plenamente, em algumas ações de saúde, especialmente no campo da vigilância em saúde, da imunização e em alguns procedimentos de altíssimo custo.

Atualmente, 48 milhões de brasileiros utilizam, pagando por si ou por suas empresas, total ou parcialmente, o sistema de saúde suplementar. E todos os brasileiros, em algum momento, utilizam o sistema de desembolso direto para compra de serviços, especialmente de medicamentos.

A segmentação do sistema de saúde no país pode ser verificada na composição do financiamento da saúde no Brasil. Dados publicados em 2013 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), referentes ao ano de 2010, mostram que o financiamento da saúde em nosso país é dominado pelos gastos privados – característica essencial dos sistemas segmentados. De um gasto total em saúde de 9,0% do PIB, somente 4,2% são gastos públicos; de um gasto total de \$ 990,00 dólares per capita/ano, somente \$ 466,00 são gastos públicos.

Os caminhos do sistema de saúde no Brasil apontam para duas alternativas: consolidar-se como um sistema segmentado ou avançar para um sistema de cobertura universal em que se abrem diferentes perspectivas em termos de modalidades institucionais.

“Hoje o Brasil se alinha entre os países que defendem os sistemas universais, embora viva uma situação esquizofrênica, que é um sistema universal no qual o governo federal

entra apenas com 40% dos gastos e no qual os maiores dirigentes do país (deputados, senadores, governadores, vereadores e funcionários públicos) usam o sistema privado para suas necessidades imediatas, o que cria uma situação de perplexidade para quem não vive aqui”, ressalta José Gomes Temporão.

O ex-ministro lança uma reflexão e destaca que os caminhos da saúde brasileira sempre foram e continuarão a ser pavimentados pela luta política: “no futuro, nós teremos um sistema que se aproximaria mais do sistema de saúde dos Estados Unidos – fragmentado e com forte presença de seguro saúde, expressando muito mais as diferenças de renda e de poder na sociedade ou teremos daqui a 20/30 anos um padrão que siga os princípios dos sistemas universais? Recolocando a questão: quem vai ganhar essa briga? Os sanitaristas que defendem os sistemas universais, ou os empresários que enxergam a saúde como um negócio e têm interesses financeiros?”, indaga.

Para Temporão, a resposta gira em torno da questão político-cultural. “Isso vai depender de escolhas que a sociedade brasileira vai fazer e aí eu concordo com algumas análises feitas, como a do professor Jairnilson Paim: é preciso repolitizar a questão da saúde, colocando-a de maneira que ela seja compreendida pelo brasileiro comum no sentido de que as decisões tomadas hoje vão ter grande impacto no futuro. Essa ideia de achar que nós, profissionais do campo da saúde, vamos resolver tudo pressionando o governo não é suficiente”.

Sobre a universalidade dos sistemas de saúde, André Médici enfatiza que eles são a base dos direitos sociais do mundo contemporâneo e por isso não há como questionar sua validade. “Saúde é um direito e todos devem ter acesso de acordo com suas necessidades, contribuindo para o seu financiamento de acordo com suas possibilidades”, diz.





*Nós temos que entender que é um equívoco querer manter um sistema suplementar competindo com o público, porque não é assim que vamos avançar. Temos que defender o SUS e discuti-lo na sua sustentabilidade assim como discutimos a sustentabilidade da saúde suplementar.*

ANTÔNIO JORGE KROPF, DIRETOR DE ASSUNTOS INSTITUCIONAIS DA AMIL.

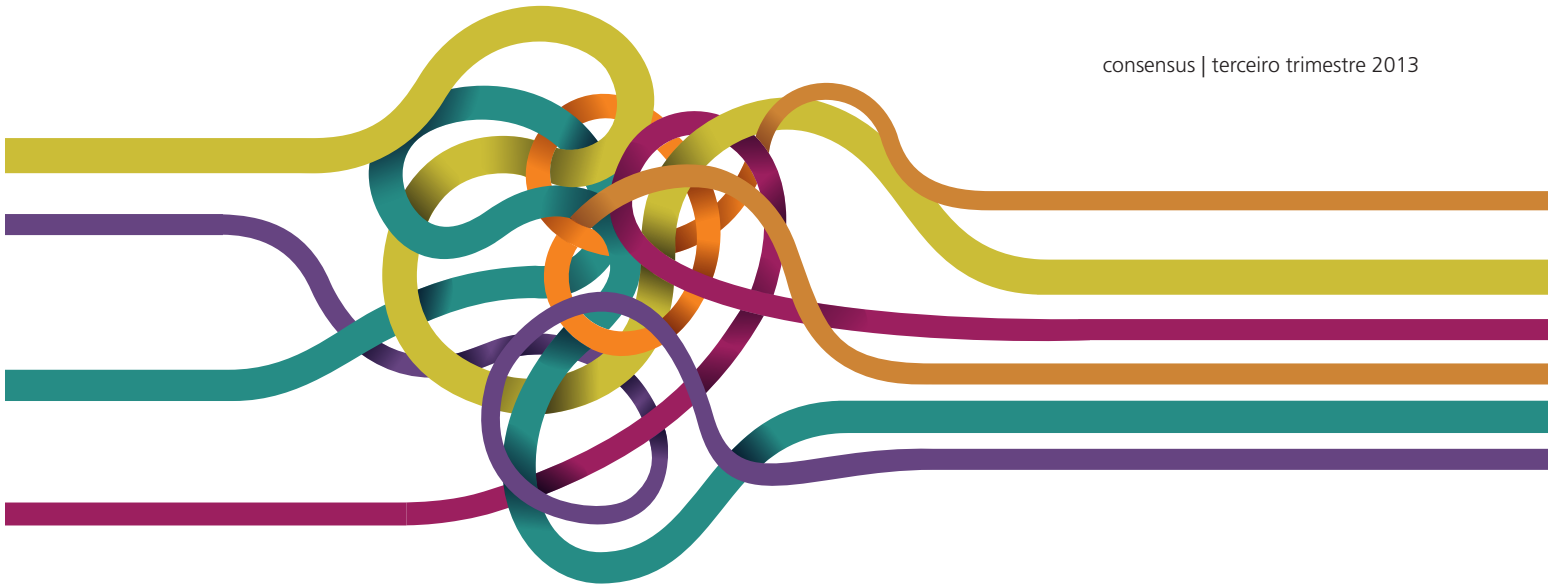
Médici pondera, no entanto, que assim como no Brasil, sistemas fragmentados existem em todos os países e sempre vão existir. “O que não pode existir é a descoordenação e a anarquia. Cabe, portanto, ao Estado, avançar na regulação da saúde para que os sistemas fragmentados se integrem em um pluralismo estruturado em saúde, orientados pelos princípios da universalização, equidade e suficiência do sistema às necessidades de cada um”.

O economista acredita ser possível o entendimento entre o SUS e os sistemas de saúde suplementar, mas observa que esse processo precisa avançar na coordenação entre os dois setores e no aumento da objetividade do sistema público em cobrir as lacunas do que é essencial. “Concentrar no que é essencial – como a atenção básica de qualidade e um modelo de saúde da família disponível para todos (e não somente para 50% da população) é um primeiro desafio do sistema público”.

Sobre as probabilidades, Médici analisa. “Nos estados e municípios nos quais o SUS funciona bem, poderia se pensar em montar comissões de integração entre o SUS e a saúde suplementar, que incentivassem a classe média e as empresas a usar o SUS naquilo que ele tem de bom e a usar os planos de saúde de forma complementar. Este seria um dos modelos possíveis”.

Outro modelo, ainda segundo Médici, seria fazer com que ambos – o SUS e o Setor Privado – organizem planos de saúde básicos financiados pelo setor público e concorram no mercado pela preferência dos cidadãos. “O primeiro modelo seria mais compatível com a estratégia adotada pelos países desenvolvidos. Caso estes pilotos dessem certo, poderiam começar a ser organizados para uma implementação coletiva em outros municípios ou estados”, finaliza.

Assim como Médici, Renato Tasca também associa o debate sobre os sistemas de saúde universais à consciência de que saúde



é um direito humano. “O tema de sistemas universais surge da necessidade de operacionalizar ao conceito da saúde como um direito humano e não mais problema de quanto custa. O problema é como eu faço para dar esse direito para todo mundo e dar esse direito na melhor forma possível”, reflete.

Para ele, é preciso mais controle no uso dos recursos e na definição no conjunto de prestações de serviços que o Poder Público vai dar à população. “Se eu parto do conceito de que saúde é um direito de todos e o Estado deve proporcionar isso, então tenho que ter clareza e dizer para o cidadão de forma explícita qual é a garantia que eu vou dar a ele”, acrescenta.

Tasca fala também sobre a existência do setor privado no sistema de saúde brasileiro e ressalta a importância da regulação nesses casos. “Não há nenhum problema que os seguros privados se desenvolvam no Brasil e tenham a sua parte no mercado. O problema é quando esses planos de saúde não são regulados e passam a oferecer planos de péssima qualidade. Os mecanismos de regulação do setor privado precisam ser efetivos”.

Há mais de 20 anos atuando no mercado privado em saúde, o médico Antonio Jorge Kropf engrossa o coro de que é preciso haver sinergia e não antagonismo entre os setores suplementar e público. “Há dez, quinze anos, esses setores não se falavam, mas hoje é uma honra participar de um evento como o CONASS Debate”.

Para Kropf, o maior desafio que o país pode enfrentar para manter o seu sistema de saúde universal é fazer com que haja racionalidade no uso tanto dos recursos públicos, como privados, o que exige entendimento e integração. “Nós temos que entender que é um equívoco querer manter um sistema suplementar competindo com o público, porque não é assim que vamos avançar. Temos que defender o SUS e discuti-lo na sua sustentabilidade assim como discutimos a sustentabilidade da saúde suplementar”.

O diretor da Amil finaliza afirmando que, no Brasil, tanto para o público quanto para o privado, o grande desafio é a mudança de um modelo assistencial voltado quase exclusivamente para o consumo para um modelo que priorize um sistema hierarquizado, que cuide mais de gerar saúde do que de tratar doenças. “Como a gente vai fazer a sociedade entender isso eu não tenho a resposta. Ser gestor na saúde coletiva, seja pública ou privada, requer uma visão do todo. Problemas complexos não têm solução simples. É muito difícil gerenciar uma estrutura privada grande como a nossa, imagina uma estrutura pública como o SUS”, reflete.

Essas opiniões serão aprofundadas no seminário CONASS Debate – Caminhos da saúde no Brasil. Confira a programação completa na página seguinte. ■



# CONASS DEBATE CAMINHOS DA SAÚDE NO BRASIL

O SEMINÁRIO ABRE O DEBATE A RESPEITO DAS ALTERNATIVAS PARA A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL EM GERAL E NO SUS EM PARTICULAR. É POSSÍVEL QUE O SONHO DO SUS UNIVERSAL SE CONCRETIZE NOS PRÓXIMOS ANOS? SE SIM, COMO? O SUS ESTÁ FADADO A SER UM SISTEMA PÚBLICO DESTINADO PARA OS SETORES MAIS POBRES DA POPULAÇÃO? ESTAS E OUTRAS QUESTÕES PRETENDEM RESPONDER SE HAVERÁ, NOS PRÓXIMOS ANOS, O APROFUNDAMENTO DA SEGMENTAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E SE HÁ UMA OUTRA VIA PARA SE ALCANÇAR A COBERTURA UNIVERSAL EM SAÚDE NO PAÍS.

ACOMPANHE! CONTRIBUA COM O DEBATE SOBRE A MAIOR E MAIS IMPORTANTE POLÍTICA PÚBLICA DO PAÍS.

MAIS INFORMAÇÕES NO  
[WWW.CONASS.ORG.BR/CONASSDEBATE](http://WWW.CONASS.ORG.BR/CONASSDEBATE)





## CONASS DEBATE

### 09h00 – MESA DE ABERTURA

- Wilson Alecrim – presidente do CONASS
- Alexandre Padilha – ministro da Saúde
- Antônio Carlos Nardi – presidente do Conasems
- Joaquim Molina – representante da Opas no Brasil

### 10h00 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

- Eugênio Vilaça Mendes – coordenador técnico do projeto CONASS Debate

### 10h30 – MESA DE EXPOSITORES SOBRE O TEMA

- **Coordenação**
  - Wilson Alecrim – presidente do CONASS
- **Enfoque: Para onde vai o SUS?**
  - José Gomes Temporão – ex-ministro da Saúde, diretor executivo do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde
- **Enfoque: Para onde vai o sistema suplementar?**
  - Antônio Jorge Kropf – diretor de Assuntos Institucionais da Amil
- **Enfoque: Uma nova via é possível?**
  - Andre Cezar Medici – economista de saúde aposentado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e editor do blog Monitor da Saúde ([www.monitoradasaude.blogspot.com](http://www.monitoradasaude.blogspot.com))

### 13h00 – INTERVALO PARA ALMOÇO E COLETIVA DE IMPRENSA

### 14h00 – MESA DE DEBATEDORES

- Moderador: Renilson Rehem – gerente do projeto CONASS Debate
- Debatedor: Renato Tasca – Advisor, Public Health Policies and Planning Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) em Washington/EUA
- Debatedor: Gonzalo Vecina Neto – superintendente corporativo do Hospital Sirio Libanês
- Debatedor: Wim Van Lerberghe – Instituto de Medicina Tropical de Lisboa

### 15h30 – DEBATES

### 17h00 – ENCERRAMENTO

**DIA 25 DE SETEMBRO DE 2013.**

**LOCAL: HOTEL MERCURE  
BRASÍLIA EIXO MONUMENTAL**

**HORÁRIO: DE 09 ÀS 17 HORAS**

# MAIS MÉDICOS: MP QUE INSTITUI O PROGRAMA SOFRE ALTERAÇÕES IMPORTANTES E DEVE SER VOTADA EM BREVE PELO CONGRESSO NACIONAL



Comissão Mista composta por senadores e deputados propõe mudanças significativas no texto original da matéria. Relatório com alterações passa agora por avaliação dos parlamentares

TATIANA ROSA

A Medida Provisória n. 621/13, que institui o Programa, ainda não foi votada pelo Congresso Nacional. A previsão é que a votação aconteça até, no máximo, 8 de novembro, quando a MP perde a validade.

Enquanto isso não acontece, parlamentares e autoridades se debruçam no debate sobre os principais pontos estabelecidos pela medida, que configura-se como parte integrante do Pacto Nacional pela Saúde lançado com o objetivo de acelerar os investimentos

em infraestrutura nos hospitais e unidades de saúde e ampliar o número de médicos nas regiões carentes do país.

No dia 18 de setembro, a Comissão Mista criada para analisar a matéria, apresentou parecer com mudanças estruturais na MP. O deputado federal Rogério Carvalho, relator da comissão, destacou que o debate sobre o programa deve ser focado no entendimento de que o Brasil precisa formar mais médicos. “Nós precisamos ter mais médicos especia-

listas para atender a demanda de um sistema que vai crescer. Devemos pensar sobre esse problema como uma questão estratégica para o Brasil e não apequená-lo diminuindo a importância desse tema com questões menores e menos relevantes”, observou.

### Principais mudanças

Entre as principais alterações apresentadas no relatório, está a inclusão da permissão para que o médico estrangeiro possa trabalhar no Brasil, mesmo sem ter conseguido o registro provisório para exercer a profissão, já que os conselhos regionais de Medicina têm se negado a dar os documentos aos profissionais contratados por meio do Programa Mais Médicos, contrariando, inclusive, decisões da Justiça. Confira no box abaixo.

#### Parecer AGU

No dia 16 de setembro, foi publicado no Diário Oficial da União, o Parecer n. 51/13 da Advocacia Geral da União (AGU), que afasta a exigência de documentação extra para que Conselhos Regionais de Medicina (CRM) emitam registro provisório a médicos estrangeiros. O documento, assinado pelo Advogado-Geral da União, ministro Luís Inácio Adams, e pela presidente da república, Dilma Roussef, afirma que as legislações específicas do projeto devem prevalecer sobre às normas gerais que possam aparentemente estar em conflito, tendo em vista a aplicação dos critérios cronológico e de especialidade.

Sendo assim, os Conselhos não podem mais exigir, com base em qualquer outra norma infraconstitucional, a revalidação do diploma do médico intercambista.

O relatório definiu ainda que o médico intercambista fica habilitado para o exercício da medicina a partir da data do protocolo do requerimento do registro provisório no Conselho de Medicina.

### Formação Médica

Outra mudança importante apresentada, diz respeito à formação dos profissionais médicos. O relator da comissão excluiu do texto da MP o treinamento obrigatório de dois anos no Sistema Único de Saúde (SUS) para todos os médicos formados no Brasil.

No entanto, a residência em Medicina da Família e Comunidade, com duração mínima de dois anos, será requisito para 70% das residências em outras especialidades. Também foi estabelecido que médicos que quiserem fazer residência em clínica médica, pediatria, ginecologia e neurocirurgia, por exemplo, terão antes que fazer um ano de residência em Medicina da Família que também será requisito para outros programas, que serão definidos pela Comissão Nacional de Residências Médicas.

Rogério Carvalho propôs ainda em seu relatório, a criação de uma avaliação a ser aplicada a cada dois anos para todos os alunos dos cursos de Medicina no país. O objetivo dessa mudança, segundo explicou, é verificar a qualidade dos cursos e o desempenho dos alunos ao longo da formação.

### Residência Médica

“Temos a oportunidade de com o Programa Mais Médicos, resolver grandes questões como, por exemplo, a residência universal, uma questão central sobre como formamos os nossos especialistas”, afirmou o relator da comissão, ao incluir no texto da MP, a universalização da residência médica, com abertura de vagas para todos os alunos que se formam. Hoje, são disponibilizadas 11 mil vagas de residência para 16 mil médicos que se formam a cada ano.





Carvalho inclui ainda, uma avaliação para todos os programas de residência médica, a fim de para verificar os ganhos de competência e de autonomia profissional ao longo da formação dos especialistas.

### Apoio ao Programa

Na avaliação do presidente do CONASS, Wilson Alecrim, os resultados do Programa Mais Médicos representam o esforço que tem sido feito pelo Ministério da Saúde na tentativa de suprir a carência de profissionais médicos nas áreas mais desprovidas do país.

Alecrim manifestou o apoio da gestão estadual do SUS ao programa e destacou que as medidas configuram-se como uma busca acertada para a solução do grave problema que é a falta de médicos no país.

Para o secretário de Gestão do Trabalho e na Educação na Saúde do Ministério da Saúde, Mozart Sales, o apoio dos estados e dos municípios é fundamental para o sucesso do programa. De acordo com ele, problemas graves como o da falta de médicos, exigem, além de soluções

enérgicas um debate tripartite em busca das melhores estratégias.

Sales ressaltou ainda que o Programa Mais Médicos não é uma resposta ao clamor da sociedade brasileira. “Engana-se quem pensa que essa é apenas uma resposta às manifestações ocorridas nos últimos meses. o clamor da sociedade. O Ministério da Saúde já estava convencido de que o Brasil precisava dessas medidas antes mesmo desses acontecimentos”.

O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) também declarou apoio ao Ministério da Saúde. Segundo o presidente da instituição, Antonio Carlos Figueiredo Nardi, o programa se soma a outras importantes iniciativas do ministério e ao clamor da população brasileira pela presença de médicos na Atenção Básica do SUS. “Em todas as reivindicações do controle social do SUS e em todas as reuniões sobre a saúde pública, o clamor da população por mais médicos é latente. As nossas Equipes de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde carecem desse profissionais, mesmo com tantas outras iniciativas já tomadas em conjunto tripartite”, afirmou. ■

# CÂMARA DOS DEPUTADOS RECEBE 2 MILHÕES DE ASSINATURAS COLETADAS PELO MOVIMENTO SAÚDE + 10

Mobilização agora se intensifica para que a proposta de projeto de lei seja colocada em votação o mais breve possível

Já estão na Câmara dos Deputados quase dois milhões de assinaturas coletadas pelo Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública – Saúde + 10, com o objetivo de caracterizar como Projeto de Lei de Iniciativa Popular o pleito de que a União destine 10% da sua Receita Corrente Bruta (RCB) para a saúde. As assinaturas foram entregues no dia 5 de agosto ao presidente da Câmara dos Deputados, Henrique Alves, com a proposta de projeto de lei que, no último dia 28, foi aprovada pela Comissão de Legislação Participativa da Casa, tornando-se o PLP n. 321/13.

Alves comprometeu-se com o movimento e garantiu que irá participar das negociações com a presidente da República Dilma Rousseff. “Posso afirmar que essa luta não vai parar enquanto não se alcançar a vitória que a saúde pública brasileira precisa”, ressaltou.

Na avaliação do presidente do CONASS, Wilson Duarte Alecrim, a adesão de quase dois milhões de brasileiros ao Movimento Saúde + 10 mostra o reconhecimento da população de que o Sistema Único de Saúde precisa de mais recursos. Alecrim fez uma



Coordenação do Movimento Saúde + 10 entregou ao presidente da Câmara dos Deputados, Henrique Alves, 1.896.592 assinaturas

Mobilização se intensifica nas redes sociais: urgência agora pela aprovação do PLP n. 321/13



analogia entre as trajetórias do movimento e do próprio SUS. “Esse movimento que começou há um ano e seis meses assemelha-se à trajetória do SUS, porém em um espaço de tempo menor. Agora, está sob a responsabilidade dos parlamentares a solicitação da sociedade brasileira de que o SUS seja melhor financiado para aperfeiçoar ainda mais os serviços que presta à população”, disse.

Já a presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Maria do Socorro, destacou o caráter social do movimento que, segundo ela, representa a defesa não apenas do incremento dos recursos do SUS, como também da distribuição de renda, da superação das desigualdades e da proteção social, tendo a saúde como solução para grande parte das desigualdades do país.

O presidente do Conasems, Antônio Carlos Figueiredo Nardi, reiterou a necessidade de que o projeto seja votado em caráter de urgência. “Os municípios estão fazendo a sua parte, mas é imprescindível que tenhamos mais recursos, por isso peço ao Congresso Nacional que coloque em votação, o quanto antes, esse projeto de lei”.

### Intensificação do Movimento

Com o objetivo de colocar em tramitação em regime de urgência/urgentíssima o projeto de lei de iniciativa popular, a coordenação do Movimento Saúde + 10 intensificou as ações de mobilização junto aos parlamentares. No dia 13 de agosto, a coordenação do grupo entregou também ao presidente do Senado Federal, Renan Calheiros-PMDB, a cópia do projeto de Lei de Iniciativa Popular e uma “nota promissória” representando cerca de 2 milhões de assinaturas, necessárias para que o PL tramite no Congresso Nacional.

Ao mesmo tempo, entidades que compõem o movimento, como o CONASS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Centrais Sindicais e organizações populares, endossam o diálogo entre deputados e senadores. ■

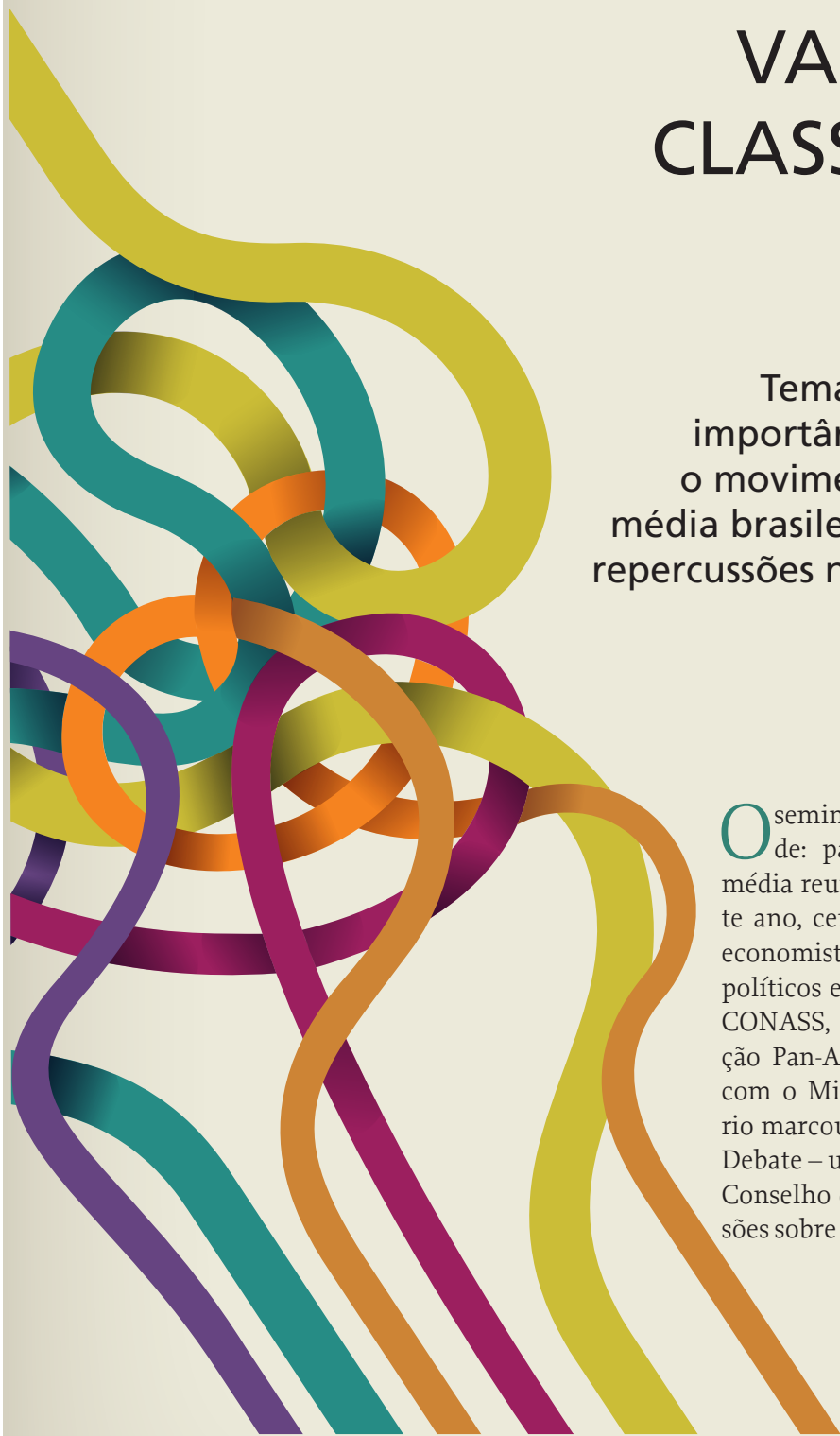


# *CONASS Debate*

## SAÚDE: PARA ONDE VAI A NOVA CLASSE MÉDIA

Tema foi escolhido pela importância de se conhecer o movimento da nova classe média brasileira (classe C) e suas repercussões no SUS e no sistema privado de saúde

O seminário CONASS Debate – Saúde: para onde vai a nova classe média reuniu em Brasília, em abril deste ano, cerca de 200 convidados, entre economistas, sociólogos, jornalistas, políticos e sanitaristas. Promovido pelo CONASS, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e com o Ministério da Saúde, o seminário marcou o início do projeto CONASS Debate – uma nova frente de atuação do Conselho que passa a promover discussões sobre temas importantes para a saúde





Expositores e debatedores posam juntos ao final do seminário. Da esquerda para a direita Renilson Rehem (gerente do projeto), José Cechin, Ana Maria Malik, Wilson Alecrim (presidente do CONASS), Lígia Bahia e José Gomes Temporão



Renato Meirelles também participou como expositor no seminário

de pública e privada –, ouvindo as mais diversas opiniões, de pensadores e de estudiosos, sejam eles atuantes ou não no setor saúde.

O presidente do CONASS, Wilson Duarte Alecrim, destacou que os debates propostos pelo Conselho, com essa nova linha de trabalho, irão tratar, com visão de futuro, questões estratégicas para o SUS e não apenas seus problemas pontuais ou operacionais. “O SUS não é um problema sem solução, mas uma solução com problemas. Espero que esses debates nos apontem caminhos sustentáveis para o sistema de saúde e nos ajude a consolidá-lo”, afirmou.

Alecrim reforçou os inegáveis avanços obtidos com a implantação do sistema, mas lembrou que ainda existem muitas situações que comprovam que ele precisa ser revisto. “A sustentabilidade do SUS no formato atual será o centro focal das discussões das quais buscaremos reflexões, sobretudo, de atores de fora da saúde, para que possamos ter o perfeito entendimento sobre o que queremos e o que devemos fazer pela saúde da população a partir da gestão estadual”.

### Exposições

Os expositores Ricardo Paes de Barros, subsecretário de Ações Estratégicas da Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presi-

dência da República, Renato Meirelles, sócio-diretor do Instituto Data Popular, José Cechin, diretor-executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) e Lígia Bahia, professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), falaram sobre as profundas mudanças ocorridas nas políticas sociais do Brasil com o advento da chamada nova classe média, principalmente no que diz respeito aos impactos na saúde pública brasileira.

Na análise de Barros, as políticas públicas adequadas só são construídas ouvindo a população. Segundo ele, o surgimento dessa nova classe é um desafio para a construção dessas políticas, além de demonstrar o crescimento que o país atravessa. Ele ressaltou ainda que a redução da desigualdade foi possível com o fortalecimento do sistema de proteção social. “Ao longo da última década, aumentamos as transferências de renda, o que possibilitou esse fortalecimento”.

Renato Meirelles, sócio-diretor do Instituto de Pesquisa Data Popular, citou dados inéditos do levantamento feito pelo instituto e que comprovam o aumento, em 54%, do gasto das famílias brasileiras com saúde. Meirelles lembrou que nos últimos anos, o Brasil passou por uma das mais profundas mudanças de sua história e, assim como Paes de Barros, também atribuiu a migração das classes

sociais à redução das desigualdades sociais e ao crescimento do emprego formal.

Para o diretor executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar, José Cechin, a resposta ao tema central do seminário é simples. “A nova classe média vai para o consumo. Isso é óbvio. Consumo de produtos de todos os tipos, inclusive de serviços de saúde”, afirmou. Segundo Cechin, a sociedade brasileira ainda demonstra enorme desejo de ter plano de saúde, anseio que, conforme afirmou, fica atrás apenas do sonho de se ter a casa própria.

Já a professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Lígia Bahia, afirmou que os sistemas de saúde são muito complexos e são determinados por coalisões políticas e não pela preferência dos indivíduos.

Em contrapartida a Ricardo Paes de Barros, a professora advertiu que as políticas públicas não podem ser pensadas para pobres. “O Brasil teve um aumento enorme no acesso aos serviços de saúde e essa é uma das grandes vitórias do SUS, mas esse acesso parece ser de má qualidade porque as pessoas de renda menores não conseguem ter diagnósticos, ou seja, não houve redução de desigualdade, já que esse acesso é mais focalizado. Nós precisamos pensar sobre isso”.

O debate acerca das apresentações foi conduzido pelo diretor Executivo do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde, José Gomes Temporão, e pela coordenadora do GVsaúde da Fundação Getúlio Vargas (FGV/SP), Ana Maria Malik.

Temporão destacou a importância do debate sobre o sistema de saúde brasileiro levando em consideração o cenário político e econômico do país e observou que a nova classe média precisa reconhecer o SUS como uma conquista.

Para Ana Maria Malilk, o comportamento das pessoas em relação àquilo que elas consideram ser saúde precisa ser analisado, já que é

comum que a população confunda consumo de produtos na área da saúde com a saúde em si.

## Posse da Nova Diretoria Gestão 2013/2014

No mesmo dia do Seminário CONASS Debate – Saúde: para onde vai a nova classe média, a diretoria do CONASS para a gestão 2013/2014 tomou posse. O secretário de Estado da Saúde do Amazonas, Wilson Alecrim, manteve-se no comando da instituição ao ter sido reeleito por unanimidade na Assembleia de março. Em seu discurso de posse, citou as principais ações realizadas pelo Conselho ao longo do ano de 2012 e destacou a atuação em relação à luta por financiamento adequado para o SUS com a intensa participação do CONASS no Movimento Saúde + 10. O presidente falou ainda sobre as ações desenvolvidas pelo Conselho pelo fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. Alecrim agradeceu o apoio dos secretários de saúde na condução da sua gestão anterior e sinalizou estratégias para o próximo mandato. “Vamos nos aproximar da estrutura político-partidária do Brasil por meio do Congresso Nacional, a fim de ter maior apoio político para a defesa e consolidação do SUS”, disse.

Confira abaixo a composição da nova diretoria do CONASS gestão 2013/2014. ■

### Presidente

Wilson Duarte Alecrim – SES/AM

### Vice-presidentes

#### Região Norte

Vanda Maria Paiva - SES/TO

#### Região Nordeste

cargo vago, até o fechamento desta edição.

#### Região Sudeste

Antônio Jorge de Souza Marques - SES/MG

#### Região Sul

Michele Caputo Neto - SES/PR

#### Região Centro Oeste

Mauri Rodrigues de Lima - SES/MT



# *Curso sobre o Manejo de Condições Crônicas reúne profissionais de todo o país em Maceió*

TATIANA ROSA

Cerca de 70 profissionais das áreas de atenção e vigilância em saúde das secretarias estaduais de saúde e técnicos do Ministério da Saúde e da Organização Pan-americana em Saúde (Opas) participaram, entre os dias 29 de julho e 2 de agosto, em Maceió, do Curso em Manejo das Condições Crônicas, organizado pelo CONASS, pela Opas Brasil e pelo Ministério da Saúde, com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas.

O curso, explicou a assessora técnica e gerente do Núcleo de Atenção Primária à Saúde (APS) do CONASS, Maria José Evangelista, faz parte das atividades da Câmara Técnica de APS do Conselho e tem o objetivo de fortalecer os estados para reorientação do sistema de saúde na atenção às condições crônicas. “Normalmente, dentro da câmara técnica, nós discutimos as portarias e as políticas de modo geral no SUS, no entanto, percebemos a necessidade de capacitar melhor as coordenações estaduais para termos uma análise reflexiva da situação, pois são os estados quem têm que discutir e perceber o que é mais prioridade dentro da sua gestão”, disse.

Na ocasião, o secretário de Estado da Saúde de Alagoas, Jorge Villas Boas, ressaltou que

as doenças crônicas são um desafio para o sistema de saúde brasileiro e considerou fundamental que a Atenção Primária à Saúde seja tratada como prioridade, pois é nela que se resolvem a maior parte dos problemas de saúde do país. “O sistema de saúde brasileiro se organiza para atender às demandas de doenças agudas, quando na verdade a maior parte da população precisa de serviços voltados para as condições crônicas”, afirmou.

Para Alberto Barcelló, consultor da Opas em Washington e coordenador do curso, a população de pessoas portadoras de doenças crônicas cresceu e tem crescido muito, o que exige estratégias de enfrentamento diferentes daquelas elaboradas para as condições agudas. “A expectativa com a implantação do curso no Brasil é de que os profissionais desenvolvam projetos para a melhoria da qualidade da atenção aos portadores de doenças crônicas nos seus estados e também a capacitação de outros profissionais”, ressaltou.

Patrícia Chueiri, coordenadora-geral do departamento de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas da Secretaria de Atenção à Saúde/MS, disse que curso é essencial para o Ministério da Saúde apresentar o que tem fei-

Profissionais das áreas de atenção e vigilância em saúde das secretarias estaduais de saúde compõem a turma que participou do Curso em Manejo das Condições Crônicas



to em relação a essas doenças e também para apoiar os estados e saber das suas realidades. A facilitadora do curso, Simone Tetu Moisés, pesquisadora da Coordenação de Informação, Avaliação e Incentivo à Qualidade do Departamento de Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba, apresentou durante o curso a experiência do Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas do município. “Um curso como esse cria a oportunidade de refletirmos sobre como as experiências em lugares e contextos específicos podem servir de referência para outras práticas, considerando não apenas o sucesso que possa ter sido alcançado, mas também as dificuldades na complexidade do processo”, enfatizou.

Com carga horária de 40 horas, o curso foi dividido em seis módulos que contemplaram desde o Modelo de Cuidados Crônicos e o Panorama das Américas, até a análise da situação de saúde do Brasil e os desafios da assistência e vigilância das doenças crônicas. Os alunos também conheceram algumas experiências exitosas no manejo das crônicas, como

a experiência de Santo Antônio do Monte com o Laboratório de Inovações em Condições Crônicas.

A enfermeira Maria Cristina Tanaka vivenciou a experiência do Laboratório de Inovações em Condições Crônicas em Curitiba. Hoje, aluna do curso, ressalta que o conteúdo das aulas e a apresentação de diversas experiências mostraram que é possível realizar mudanças significativas no manejo dessas doenças nos estados. “O curso foi muito bom e mostrou que realmente é possível aplicar com êxito essas práticas junto à comunidade. No entanto é preciso haver também o empenho do gestor e o comprometimento de nós, alunos, em replicarmos nos estados tudo o que foi aprendido aqui”.

O curso foi realizado com o objetivo de fortalecer os estados para a reorientação do sistema de saúde na atenção às condições crônicas de saúde, fortalecer as redes estaduais de atenção à saúde, com base na APS e promover a integração da atenção à saúde com a vigilância à saúde no cuidado continuado das condições crônicas. ■

# *Curso de Especialização promove mudanças na Atenção Primária à Saúde de municípios paraenses*

Profissionais das secretarias municipais e estadual de saúde do Pará recebem capacitação especializada para a organização da APS

TATIANA ROSA

“Uma turma motivada, conectada com a realidade em que vive e com muita vontade de transformar a Atenção Primária em Saúde (APS) nas suas regiões”, afirmou o assessor técnico e gerente do Núcleo de Epidemiologia do CONASS, Nereu Henrique Mansano, ao definir cerca de 60 alunos/profissionais das secretarias de saúde da Região de Saúde Metropolitana III do estado do Pará, que, nos dias 2 e 3 de agosto, participaram, em Paragominas, da oficina, por ele ministrada,

sobre Vigilância em Saúde e a sua inserção fundamental na organização e no processo de trabalho das equipes da APS. As aulas contemplaram o II módulo da especialização que é pioneira na área, no país.

“Transformar esse processo de planificação da APS e propiciar uma titulação de especialista nessa área para os alunos/profissionais com certeza gera um estímulo a mais para que eles participem desse processo ao mesmo tempo em que proporciona a orga-





Turma do 1º Curso de Especialização em Planificação da Atenção Primária à Saúde. Motivação e vontade de transformar para melhor a realidade de municípios paraenses

---

nização da planificação da APS nas suas regiões”, afirmou Mansano.

A assistente social Marlene Silva Reis, técnica da Coordenação de Saúde da Família da SES e tutora da especialização, ressalta um aspecto importante do curso: a mudança do olhar dos alunos sobre a realidade de suas regiões. “Nós percebemos nas exposições desses profissionais o quanto era frágil a visão que eles tinham em relação às potencialidades e às fragilidades dos serviços de saúde em seus municípios”. Para ela, havia uma acomodação muito grande do profissional na sua rotina de trabalho e o curso acontece justamente no sentido de gerar conhecimento para que eles modifiquem a lógica de trabalho e tenham um salto qualitativo dos serviços, com a organização da Atenção Primária em Saúde.

Há dois anos à frente da Secretaria Municipal de Saúde de Urianópolis, Ana Célia Santos Araújo fez questão de participar do curso como aluna. “É importante a sensibilização dos gestores sobre a APS. Para mim, o curso possibilitou um olhar diferenciado e o que tenho aprendido tenho repassado para os demais profissionais da secretaria. O serviço assistencial em Urianópolis já melhorou muito”, afirmou.

Com duração de 12 meses, o curso iniciado em fevereiro deste ano configura-se como um desdobramento do processo de planificação da APS, realizado pelo CONASS nos estados e conta com a parceria da Secretaria de Estado da Saúde do Pará (SES/PA) e da Universidade Estadual do Pará (Uepa). ■

MOBILIDADE É PODER CONSUMIR INFORMAÇÃO ONDE VOCÊ QUISE.





PENSANDO NA SUA COMODIDADE, O CONASS ADAPTOU SUAS PUBLICAÇÕES.

ISSO QUER DIZER QUE AGORA VOCÊ PODE LER AS PUBLICAÇÕES DO CONASS NA PALMA DE SUA MÃO!  
RELAXE, PEGUE SEU CELULAR, SMARTPHONE OU TABLET E CONFIRA ESSA NOVIDADE NO NOSSO SITE.

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





# *Universidade de Harvard capacita profissionais brasileiros para a realização de ações em prol da Primeira Infância*

ADRIANE CRUZ,  
COM INFORMAÇÕES  
DO NÚCLEO DE  
CIÊNCIA PARA A  
INFÂNCIA (NCPI)

Voltado para formuladores de políticas públicas, gestores públicos e representantes da sociedade civil, o Programa de Liderança Executiva em Desenvolvimento da Primeira Infância tem o objetivo de sensibilizar, capacitar e mobilizar lideranças políticas e sociais para a atuação em defesa da Primeira Infância.

A primeira etapa do programa será realizada na Universidade de Harvard, em Cambridge, nos Estados Unidos, de 19 a 24 de janeiro de 2014, quando os gestores terão uma semana de aula com os mais destacados especialistas no tema.

Em seguida, os alunos serão divididos em grupos e terão três meses de apoio a distância para a elaboração de planos de ação que visem à promoção do desenvolvimento da Primeira Infância em suas respectivas áreas de atuação.

A segunda e última etapa acontecerá no Brasil, em um encontro presencial a ser realizado entre abril e maio de 2014, no qual os participantes apresentam seus planos para análise e discussão. Essa etapa também contempla a apresentação de pesquisas recentes, assim como avaliação

e monitoramento de programas e políticas públicas.

Conduzido por um grupo misto de professores americanos e brasileiros reconhecidos nas ciências biológicas, comportamentais, sociais e humanas e de liderança, o programa é uma ação do Núcleo Ciência pela Infância (NCPI), em parceria com a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, o Center on the Developing Child, o David Rockefeller Center for Latin American Studies, o Insper Ensino e Pesquisa e a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

Mais informações podem ser acessadas no *site* [www.ncpi.org.br](http://www.ncpi.org.br).

### Experiências Compartilhadas

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) participa do programa, desde a sua primeira edição, em 2012, oferecendo va-

gas para gestores e técnicos das secretarias de Estado da Saúde (SES), que contemplam a matrícula, todo o material curricular, o alojamento e a alimentação para os dois módulos presenciais e tutoria durante o período de ensino a distância. O custeio das passagens aéreas fica a cargo das SES.

A assessora técnica do CONASS, Alessandra Schneider, ressalta que a troca de experiências é um dos principais aspectos do curso, no qual predomina a participação de atores da saúde e da educação. “A interlocução destes profissionais motiva um debate muito rico a respeito da intersectorialidade e de como trabalhar uma série de ações importantes para ambos os setores, preconizadas até mesmo no âmbito federal”, enfatiza. Alessandra explica ainda que a realização dos planos em grupo estimula a elaboração de ações com aplicabilidade concreta, considerando a realidade de cada SES. ■

### Participantes das edições de 2012 e 2013

- Ana Elizabeth Andrade Lima – diretora de Gestão do Cuidado (SES/PE)
- Carolina de Vasconcelos Drugg – supervisora do Programa Infância Melhor (SES/RS)
- Ciro Simoni – secretário de Estado da Saúde (SES/RS)
- Corina Batista e Christianny Costa Sena – (SES/AM)
- Diva de Lourdes Azevedo Fernandes – articuladora Saúde da Criança (SES/CE)
- Eugênio Barros – secretário Adjunto de Estado da Saúde (SES/MS)
- Gisélia Santana Souza, superintendente de Atenção Integral à Saúde (SES/BA)
- Halim Antonio Girade – superintendente Executivo (SES/GO)
- Márcia Huçulak – superintendente de Atenção à Saúde (SES/PR)
- Rosina Moritz dos Santos – secretária Adjunta de Estado da Saúde (SES/SC)
- Sandra Regina de Souza – coordenadora de Saúde da Criança (SES/SP)

# SEMINÁRIO DA PRIMEIRA INFÂNCIA ORIENTA OS MUNICÍPIOS GOIANOS NA ORGANIZAÇÃO DA SEMANA DO BEBÊ



**Enciclopédia  
sobre o Desenvolvimento  
na Primeira Infância**

ADRIANE CRUZ,  
COM INFORMAÇÕES  
DA SES/GO

Mais de 500 representantes municipais participaram do evento realizado no dia 13 de agosto, em Goiânia, Goiás, durante o qual o governador do Estado, Marconi Perillo, e o secretário de Estado da Saúde, Antônio Faleiros, reafirmaram a importância da implementação de políticas e de programas que apoiem o desenvolvimento infantil, desde a concepção até os seis anos de idade. Na ocasião do seminário, o governador assinou um Decreto que estabelece, de 12 a 19 de outubro, a Semana do Bebê no estado.

Antônio Faleiros destacou que o investimento na Primeira Infância tem como alicerce as evidências científicas. “As neurociências confirmam que o desenvolvimento cerebral é mais sensível às influências do ambiente durante a infância, e estas têm efeitos mais duradouros ao longo da vida. O cérebro é influenciado pelos genes, mas também pela nutrição e experiências infantis, sendo fundamental a qualidade dos cuidados e da relação que a família estabelece com a criança, especialmente para promover o desenvolvimento saudável.



vel e evitar a violência”, explicou.

O superintendente Executivo da SES/GO, Halim Antonio Girade, participou do Programa de Liderança Executiva em Desenvolvimento da Primeira Infância e disse que o curso estimulou uma mudança positiva no estado, com a elaboração de uma proposta de envolvimento de dezenas de profissionais

e centenas de municípios, a exemplo do seminário organizado para sensibilizar e orientar os municípios goianos na organização da Primeira Semana do Bebê. “Desenvolvemos um plano estadual, também com parcerias estratégicas e envolvimento de todos os municípios”, relatou. ■

Fruto da parceria entre o Centro de Excelência para o Desenvolvimento na Primeira Infância (CEDPI), o CONASS e a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, a versão em português da Enciclopédia está no ar desde 2011. As três entidades atuam conjuntamente para traduzir e manter atualizado o conteúdo, com o objetivo de democratizar o acesso à informação de qualidade para os profissionais e famílias brasileiras e dos demais países de língua portuguesa.

Confira abaixo a lista de temas da Enciclopédia:

- Agressividade
- Aleitamento materno
- Apego
- Autismo
- Baixa renda e gravidez
- Brincar
- Choro
- Comportamento alimentar
- Conclusão escolar
- Cuidados na infância – Educação e cuidados na primeira infância
- Cultura
- Depressão materna
- Distúrbios de aprendizagem
- Estimulação cognitiva (funções executivas)
- Estresse (pré-natal e perinatal)
- Habilidades Parentais
- Hiperatividade
- Importância do desenvolvimento infantil
- Licença Parental
- Linguagem e alfabetização
- Nutrição e gravidez
- Obesidade
- Operações com números
- Política “Head Start”
- Prematuridade
- Prevenção de maus-tratos na infância (abuso/negligência)
- Programas de educação infantil
- Programas de visitas domiciliares (pré e pós-natal)
- Reforma do sistema de bem-estar social
- Relações entre pares
- Resiliência
- Segundo idioma aprendido na infância
- Síndrome Alcoólica Fetal
- Sono
- Tabagismo e gravidez
- Tecnologias de reprodução
- Temperamento
- Transição escolar
- Vacinação
- Violência social.

# ACORDO DE COOPERAÇÃO ENTRE O CONASS E O MINISTÉRIO DA SAÚDE E DOS SERVIÇOS SOCIAIS DO QUÉBEC CONTEMPLA TEMAS ESTRUTURANTES PARA A SAÚDE PÚBLICA

ADRIANE CRUZ

A prevenção e a promoção da saúde, as formas de remuneração dos profissionais e as questões relacionadas a dependências, como alcoolismo e drogas, estão entre os temas contemplados no Acordo de Cooperação entre o Brasil e o Canadá, por meio do CONASS e do Ministério da Saúde e dos Serviços Sociais do Québec. A relevância destes temas para ambos os países foi debatida entre os seus representantes no dia 9 de julho, na sede do CONASS, em Brasília.

O subministro da Saúde e Serviços Sociais do Québec, Lue Castonguay e a chefe do escritório de representações do governo de Québec no Brasil, Elise Raciot, foram recebidos pelo presidente do CONASS, Wilson

Duarte Alecrim, que fez uma avaliação do cenário atual brasileiro no que diz respeito às políticas públicas de saúde. Alecrim destacou o movimento da nova classe média e suas implicações nos sistemas de saúde público e privado no Brasil, e a predominância das condições crônicas.

“O CONASS tem estabelecido parcerias nacionais e internacionais a fim de manter firme e constante a sua atuação no que diz respeito ao cuidado com as condições crônicas e o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) para lidar com essas doenças. Sabemos que é preciso haver horizontalidade no acompanhamento destas pessoas, realizando, ao mesmo tempo, a prevenção e a promoção

da saúde, desde a vacina até a orientação alimentar”, explicou.

Segundo Lue Castongua, o objetivo do governo quebequense é realizar uma cooperação concreta e rápida, com intercâmbios de experiências em áreas de interesse comum a fim de buscar o aperfeiçoamento dos sistemas e serviços de saúde da província.

“Compartilhamos preocupações comuns relacionadas à evolução dos sistemas de saúde, como, por exemplo, o desafio do bom funcionamento da Atenção Primária à Saúde. Por isso, temos de considerar os problemas sociais nas políticas de saúde para que elas se aproximem ao máximo da população, pois só assim seremos capazes de refletir, em conjunto, ações voltadas ao bem-estar da população”, ponderou.

Elise Raciot relatou que a relação entre os países e a atuação junto ao CONASS, des-

de 2004, motivou a abertura, no Brasil, do segundo escritório de representação oficial do governo do Quebec nas américas ao sul dos Estados Unidos. “Pretendemos não só ressaltar a importância do Brasil para nós, como ter materializado o interesse das cooperações entre o Quebec e o Brasil, das quais esperamos resultados não apenas simbólicos, mas de conteúdo e resolutividade para ambas as partes”, declarou.

O assessor para Relações Internacionais do CONASS, Fernando Cupertino, destacou que “a renovação da cooperação entre os países, iniciada em 2004 e que já deu muitos frutos concretos na perspectiva da troca de conhecimentos, reflexões e experiências entre o Brasil e o Québec, tem um valor especial no que se refere à defesa e ao aperfeiçoamento dos sistemas públicos de saúde, sempre ameaçados pelos interesses do mercado”. ■



Da esquerda para a direita: Jurandi Frutuoso (secretário executivo do CONASS), Rita Cataneli (gerente de Núcleos do CONASS), Wilson Alecrim, Lue Castonguay, Elise Raciot e Fernando Cupertino.



# *CONASS participa de workshop sobre Saúde Familiar em Portugal*

INFORMAÇÕES  
DO INSTITUTO DE  
HIGIENE E MEDICINA  
TROPICAL DA  
UNIVERSIDADE DE  
LISBOA

No dia 26 de agosto foi realizada, no Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade de Lisboa (IHMT - UNL), uma oficina de trabalho, organizada em colaboração com o Conselho Nacional de Secretários da Saúde do Brasil (CONASS), no âmbito de um acordo de cooperação entre o Conselho e o Ministério da Saúde e dos Serviços Sociais do Québec, que visou a troca de experiências e dar a conhecer a experiência portuguesa sobre a

organização e remuneração dos profissionais das Unidades de Saúde Familiar (USF). Na reunião, participaram: Rodrigo Rodrigues Miranda, da Secretaria de Saúde de Brasília; Rita Beltrão Cataneli, coordenadora dos Núcleos Técnicos do CONASS; Fernando Cupertino de Barros, responsável pelas Relações Internacionais do CONASS; e Horácio Arruda, Diretor Geral de Saúde Pública do Québec.



Participantes do Intercâmbio de Experiências Internacionais Luso-Francófonas, em Lisboa, do qual participam também representantes do Ministério da Saúde do Quebec, Bélgica e Marrocos

A reunião contou ainda com a participação de uma delegação do Reino de Marrocos (constituída por Mína Abacrouche, Diretora da Escola Nacional de Saúde Pública, Mohcine Hillali, Chefe de Serviço de Cuidados Ambulatoriais, do Ministério da Saúde de Marrocos e Abdelhaiy Mechbal, consultor da Organização Mundial de Saúde) e outra da Bélgica (composta por Véronique Téliier, do Observatório da Saúde de Wallonie e Jean-Luc Belche, do Departamento de Ciências Clínicas da Universidade de Liège).

As exposições temáticas ficaram a cargo do médico de família e doutorado em Políticas de Saúde e Desenvolvimento pelo IHMT,

André Biscaia, do médico de família e coordenador da USF de S. Julião da Figueira, José Luís Biscaia e dos professores do IHMT, Wim Van Lerberghe e Gilles Dussault. Da parte da Administração Central do Sistema de Saúde do Ministério da Saúde de Portugal, estiveram presentes o Vogal do Conselho Diretivo, Alexandre Lourenço, o Diretor do Departamento de Gestão e Financiamento de Prestações de Saúde, Ricardo Mestre, e Maria do Carmo Velez, do Departamento de Gestão e Financiamento de Prestações de Saúde. ■

# *Síndrome Alcoólica Fetal (SAF):* UMA DOENÇA PREVALENTE E SUBESTIMADA

JOSÉ MAURO BRAZ DE LIMA, PH.D.  
PROFESSOR DA FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO DE JANEIRO (UFRJ)

A Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) representa um verdadeiro desafio para os profissionais da área da saúde. Essa síndrome é, atualmente, um dos mais intrigantes problemas de saúde materno-infantil e uma das principais causas de déficit cognitivo-comportamental em crianças. Além de causa de má formação congênita, a SAF também representa séria questão de ordem socioeconômica e de educação. Essa condição clínica de significativa prevalência no Brasil decorre do consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez, provocando severas alterações no desenvolvimento fetal, comprometendo diversos órgãos. As crianças afetadas geralmente nascem com baixo peso e baixa estatura (PIG) e microcefalia. As alterações faciais são caracterizadas por: microftalmia, retrognatismo e ausência do sulco nasolabial, configurando um facies peculiar, como pode ser visto na figura abaixo (LIMA, 2008).

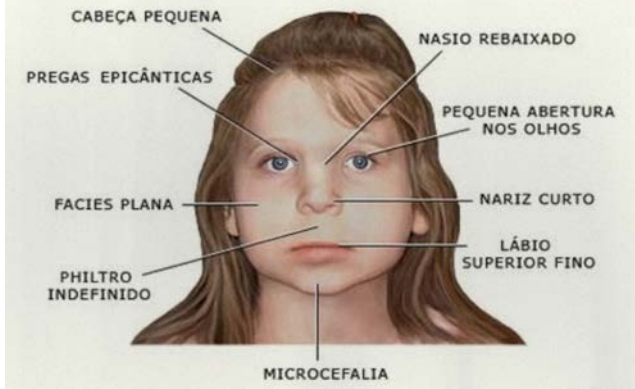
## Dados Epidemiológicos: incidência e prevalência

Estudos norte-americanos (STREISSGUTH et al., 2001) destacam alguns dados significativos dessa síndrome. A incidência da SAF corresponde a cerca de 2 a 3 casos por 1000 nascimentos vivos, em geral. Em determinadas comunidades, a incidência chega a 10/1000 nascimentos vivos (1%). No Brasil, a falta de conhecimento, a subestimação e a subnotificação dessa condição clínica torna o cálculo da incidência bastante difícil. É importante ressaltar, entretanto, que o elevado padrão de consumo de bebidas alcoólicas em nosso país, entre jovens, principalmente mulheres, pode fazer com que a prevalência de SAF seja alta.

É sabido que o Brasil figura entre os maiores produtores mundiais de bebidas al-



## Características da SAF



Disponível em: <http://www.blogsoestado.com/ruypalhana/2012/08/10/sindrome-fetal-alcoolica-saf/>  
Acesso em 13 set. 2013.

retardo no processo de aprendizagem, déficit de atenção e distúrbios do comportamento. Outro aspecto importante refere-se à elevada frequência com que crianças e adolescentes com SAF envolvem-se em situações de conflito com a lei.

Em face da magnitude e da complexidade dessa questão de saúde pública, torna-se necessário o estabelecimento de ações e estratégias que visem a assistência integrada dessas

crianças e seus familiares. Por outro lado, é de suma importância o desenvolvimento de programas de prevenção baseados na informação, educação e conscientização voltados não só para os profissionais de saúde, como também para os demais profissionais que lidam direta ou indiretamente com essa questão. ■

coólicas. De acordo com dados da indústria brasileira, somos o terceiro produtor mundial de cerveja – ultrapassando a Alemanha desde 2012 – com mais de 13 bilhões de litros/ano. Em relação aos destilados, ocupamos o primeiro lugar como maior produtor mundial, com cerca de 1,4 bilhão de litros/ano. Nesse sentido, tem-se observado um significativo aumento do consumo, sobretudo, pela população jovem. Com isso, verificou-se que muitas mulheres grávidas consomem bebidas alcoólicas sem o devido conhecimento da ação tóxica do álcool sobre o feto. Em pesquisas realizadas pelo grupo, constatou-se que 22% das gestantes relataram que consumiram álcool durante a gravidez (LIMA et al., 2008).

Se levarmos em consideração que no Brasil há cerca de 3 milhões de mulheres grávidas (MS/Datasus, 2007), pode-se estimar que nasçam por ano 30 mil crianças com SAF leve, moderada ou grave, ou seja, trata-se de 80 casos por dia.

“Se beber, não engravide; se engravidar, não beba” (LIMA, 2008).

Do ponto de vista cognitivo-comportamental, deve-se destacar o comprometimento do desenvolvimento escolar, levando a

### Referências

- BARR, H. M.; STREISSGUTH, P. Identifying maternal self-reported alcohol use associated with fetal alcohol spectrum disorders. *Alcohol Clin. Exp. Res.*, v. 25, n. 2, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde/Datasus, 2007.
- LIMA, J. M. B. Álcool e gravidez. *Síndrome Alcoólica Fetal (SAF)*. Rio de Janeiro: MedBook, 2008.
- LIMA, J. M. B. et al. Síndrome alcoólica fetal: entidade neurológica comum, porém pouco conhecida. *Revista Brasileira de Neurologia*, v. 42, n. 3, 2006.
- STREISSGUTH, P. et al. A 21-year longitudinal analysis of the effects of prenatal alcohol exposure on young adult drinking. *Arch. Gen. Psychiatry*, v. 60, 2003.



Em julho deste ano, por meio da cooperação técnica entre a Fiocruz, CONASS e Conasems, foi lançado o Banco de Práticas e Soluções em Saúde e Ambiente - IdeiaSUS. Nele, qualquer pessoa pode se cadastrar gratuitamente para fazer o relato de projetos que tentaram solucionar algum problema de saúde pública e meio ambiente, nos diversos municípios do Brasil. Da mesma forma, qualquer pessoa vai poder buscar ideias que já foram postas em prática. O IdeiaSUS tem como finalidade a divulgação e consulta de práticas e soluções para o SUS, implantadas nos diversos territórios do país. Confira! [www.ideiasus.fiocruz.br](http://www.ideiasus.fiocruz.br)

CONASS e CONASEMS são os novos integrantes do Fórum da Saúde, coordenado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Os Conselhos passaram a integrar permanentemente o Comitê Executivo Nacional, que hoje é composto por representantes do Judiciário, do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e da Agência Nacional de Vigilância da Saúde (Anvisa), em agosto. Em breve, o CONASS irá criar uma Câmara Técnica de judicialização, a fim de levantar informações nacionais e regionais e procurar soluções conjuntas para os problemas referentes à judicialização em saúde.

Estão abertas as inscrições de experiências para o Laboratório de Inovação sobre Boas Práticas na Atenção de Adolescentes e Jovens. A iniciativa, concebida e desenvolvida pelo Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Saúde de Adolescentes e dos Jovens/Departamento de Ações Programáticas

O Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), lançou, em agosto, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Baseada em exames laboratoriais para avaliar a saúde da população brasileira, a pesquisa faz parte do Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). A meta é produzir novas informações sobre os hábitos de alimentação, tabagismo, uso de bebidas alcoólicas, prática de atividade física e fatores associados aos comportamentos não saudáveis da população. Além dos questionários, também farão parte desse estudo a coleta de sangue e urina, a aferição de medidas antropométricas e a medição da pressão arterial. A coleta das amostras clínicas será feita por profissionais ligados ao hospital Sírio Libanês, enquanto as entrevistas serão realizadas por pesquisadores do IBGE que estão em treinamento desde o fim de julho. Mais informações sobre a pesquisa no *site* [www.pns.icict.fiocruz.br](http://www.pns.icict.fiocruz.br).

Estratégicas/Secretaria de Atenção à Saúde, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS-Brasil), tem o objetivo de reunir, identificar e valorizar as práticas inovadoras na Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens. A proposta é que o material reunido no novo espaço fique à disposição de gestores do SUS que estejam em busca de respostas a problemas similares. As inscrições podem ser feitas até o dia 12 de outubro de 2013. Mais informações no *site* <http://apsredes.org/site2013/>.

Mais Curtas podem ser acompanhadas nas Redes Sociais!



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



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

# consensus

Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

## PRESIDENTE

Wilson Alecrim (AM)

## VICE-PRESIDENTES E ADJUNTOS

**Região Centro Oeste:** Mauri Rodrigues de Lima (MT); **Região Nordeste:** a eleger; **Região Norte:** Vanda Maria Paiva (TO); **Região Sudeste:** Antônio Jorge de Souza Marques (MG); **Região Sul:** Michele Caputo Neto (PR)

## COMISSÃO FISCAL

**Titulares:** Waldson Dias de Souza (PB); Ernani Maia (PI); Jorge de Souza Villas Boas (AL); **Suplentes:** Suely de Souza Melo da Costa (AC); Antônio Carlos dos Santos Figueira (PE); Hélio Franco de Macedo Júnior (PA)

## REPRESENTANTES DO CONASS

**na Hemobrás:** Antônio Carlos dos Santos Figueira (PE); **na ANS:** René José Moreira dos Santos (PR); **na Anvisa:** Ciro Carlos Emerim Simoni (Titular, RS), Viviane Rocha de Luiz (Suplente, assessora técnica do CONASS)

## SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

Alexandre de Melo Toledo (AL); Alexandre Salomão de Oliveira (RR); Antônio Carlos dos S. Figueira (PE); Antonio Carlos G. Souza Pinto (SE); Antonio Faleiros (GO); Antônio Jorge de S. Marques (MG); Antonio Lastória (MS); Ciro Carlos Emerim Simoni (RS); Ciro Gomes (CE); David Everson Uip (SP); Ernani Maia (PI); Hélio Franco de Macedo Júnior (PA); Jorge José Santos Pereira Solla (BA); José Tadeu Marino (ES); Luiz Roberto Leite Fonseca (RN); Mauri Rodrigues de Lima (MT); Michele Caputo Neto (PR); Olinda Consuelo Lima Araújo (AP); Rafael de Aguiar Barbosa (DF); Ricardo Murad (MA); Sérgio Luiz Côrtes (RJ); Suely de Souza Melo da Costa (AC); Tânia Maria Eberhardt (SC); Vanda Maria 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

Léo Gonçalves  
OFSO Soluções

## ILUSTRAÇÕES E CAPA

Léo Gonçalves  
OFSO Soluções  
Foto: Fábio Rodrigues

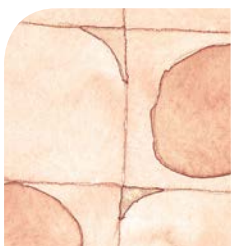
## IMPRESSÃO

Gráfica Positiva

## TIRAGEM

9.000 exemplares

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



**CONASS**

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

**Opiniões, sugestões e pautas**  
Assessoria de Comunicação Social  
E-mail: [ascom@conass.org.br](mailto:ascom@conass.org.br)  
Ed. Terra Brasilis  
Setor de Autarquias Sul  
Quadra 1, Bloco N, Sala 1404  
CEP: 70070-010 – Brasília-DF



# Tem muito mais saúde e cidadania no ar.

## Tem mais canais SAÚDE para você.



### Muito mais horas na TV.

Agora são 15 horas diárias de notícias, entrevistas, reportagens e séries nacionais e internacionais. Assista na TV, das 8h às 23h, e faça o download dos programas em nosso portal, 24 horas por dia, sete dias por semana.

### Muito mais diversão e educação.

Dezessete novas atrações para todos os públicos, todos os dias. Nos fins de semana, uma faixa exclusiva para crianças.

### Muito mais interação.

Pelo site, pelas mídias sociais e pelo telefone, você também faz acontecer o **Canal Saúde** que você quer.

canalsaude.fiocruz.br  
 facebook/canalsaudeoficial  
 @canalsaude  
 0800-7018122



**canalSAÚDE**

Construindo cidadania



Ministério da Saúde

