

ano III, número 9
outubro, novembro e dezembro de 2013
www.conass.org.br

consensus

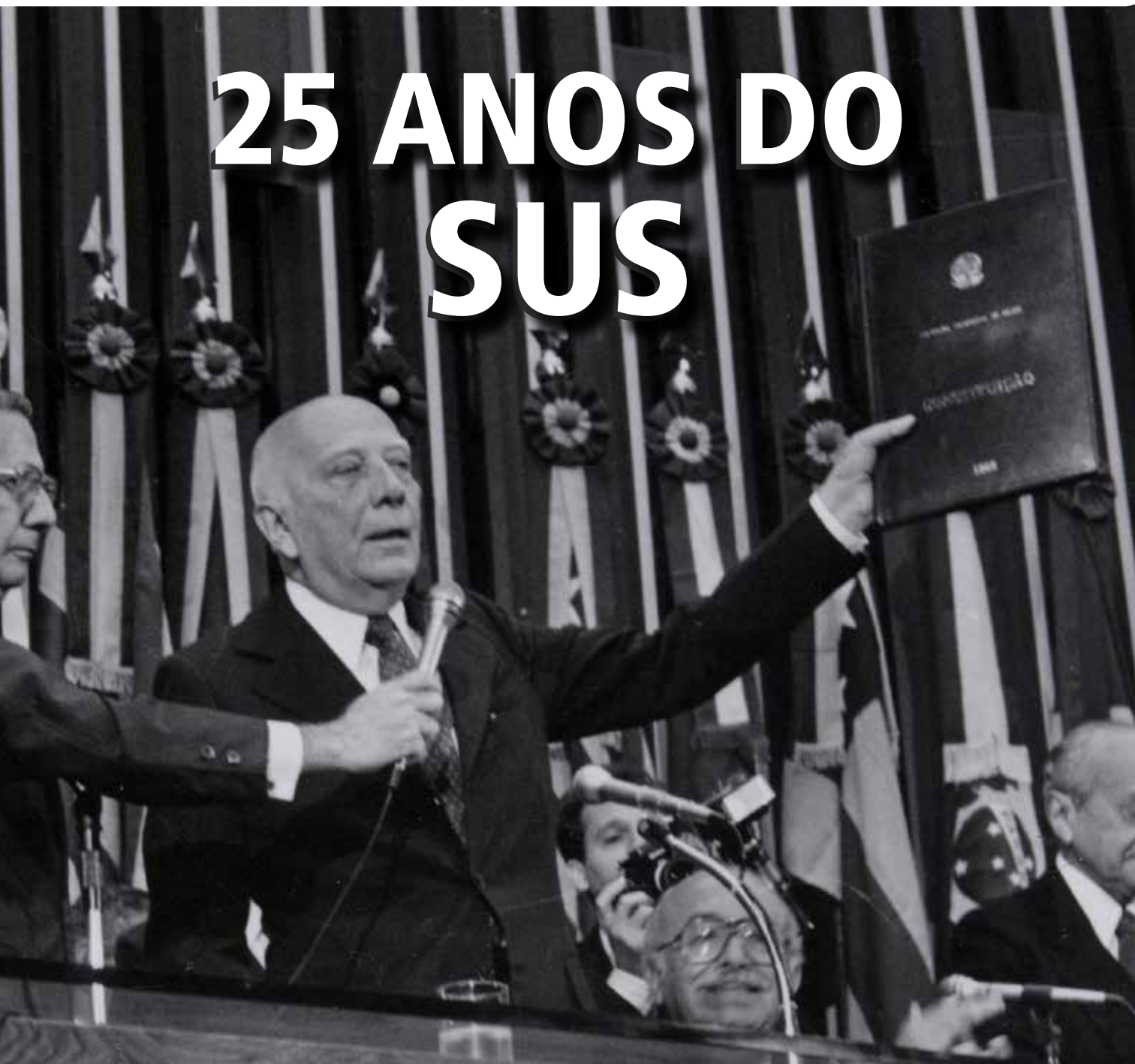
REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE



especial

CONSTITUIÇÃO CIDADÃ

25 ANOS DO SUS



consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE
Ano III | Número 9 | Outubro, Novembro e Dezembro de 2013



FOTOGRAFIA: CÂMARA DOS DEPUTADOS

6

consensus entrevista

*Confira a entrevista com o médico sanitarista,
José Carlos Seixas*

12

matéria de capa

*25 Anos da Constituição Federal do Brasil e do SUS
– A trajetória e a consolidação do maior período
democrático e do maior sistema de inclusão social da
história do país*

20 *Orçamento do Ministério da Saúde para 2014
precisa de, no mínimo, R\$ 18 bilhões a mais, aponta estudo do
CONASS*

24 **saúde em foco**

A saúde pública no Brasil no ano de 2013

30 *Programa Mais Médicos é sancionado por lei*

32 **institucional**

*Juízes, procuradores de Estado e assessores das SES
debatem a judicialização na Saúde em encontro promovido pelo
CONASS*

36 *CONASS Debate: Caminhos da Saúde no Brasil*

38 *Oficina sobre Sistemas de Informação e Análise de Situação
de Saúde, com ênfase nas Doenças Crônicas não Transmissíveis*

42 **relações internacionais**

CONASS participa de missão internacional no Canadá

44 **opinião**

*Necessidades em Saúde: uma abordagem operacional para o
nível dos serviços de saúde*

54 **curtas**

Com muita satisfação apresentamos esta edição da Revista Consensus, que vem selar a importância da consolidação da trajetória de 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), cheia de conquistas e desafios! Comemoramos os 25 anos da Constituição Federal Brasileira com a certeza de que a democracia está consolidada em nosso país, mas que ainda é preciso caminhar muito – subtrair desigualdades e somar esforços para que a população tenha uma saúde cada vez melhor.

As histórias do Movimento da Reforma Sanitária e da Constituinte se entrelaçam nas páginas de um texto histórico, escrito em um contexto de esperança, reação e recomeço, após um longo e duro período de ditadura e repressão. A elaboração da Constituição Federal é repleta de histórias – narrativas que nos remetem àquele período em que a interface entre a sociedade e os políticos era intensa e estratégica e que a articulação entre os parlamentares estava calcada na necessidade gritante de uma país por liberdade e democracia.

Um pouco da grande história do SUS e dos seus próximos podem ser acompanhados também na entrevista desta edição – com o médico, sanitarista e professor paulista José Carlos Seixas, que se demonstra um visionário e que carrega a maturidade e experiência de seus 76 anos de idade, muitos deles dedicados ao Sistema Único de Saúde.

E para avaliar o ano de 2013, conversamos com os gestores das três esferas de gestão do SUS. O ministro da Saúde, Alexandre Padilha e os presidentes do CONASS e do Co-

nasems, Wilson Duarte Alecrim e Antonio Carlos Nardi falaram dos avanços da saúde neste ano.

O financiamento do SUS, como não podia deixar de ser, é tema recorrente das matérias desta edição da Revista Consensus. Em uma delas, o CONASS aponta a necessidade de R\$18 bilhões a mais para o orçamento do Ministério da Saúde em 2014.

Veremos também a sanção do Programa Mais Médicos, pela presidente da República, Dilma Rousseff. E que a judicialização da saúde vem sendo amplamente discutida em encontros e debates promovidos pelo CONASS a fim de aproximar os gestores de membros do judiciário na busca por soluções que amenizem esse problema que ameaça o sistema.

Na seção institucional, a cobertura do seminário CONASS Debate: Caminhos da Saúde no Brasil; da oficina sobre Sistemas de Informação e Análise de Situação de Saúde com ênfase nas Doenças Crônicas não Transmissíveis; e da cobertura da missão internacional do CONASS no Canadá.

Por fim, apresentamos o artigo científico *Necessidades em Saúde: uma abordagem operacional para o nível dos serviços de saúde* – escrito pelo médico sanitarista e pesquisador do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Francisco Carlos Cardoso de Campos.

Boa leitura. ■



ENTREVISTA

José Carlos Seixas

Desde a infância, José Carlos Seixas sempre acompanhou o trabalho de seu pai, médico, no atendimento à população àquela época classificada como indigente. Era um trabalho árduo, difícil e que sacrificou muito o tempo com a família, mas que trouxe ao mesmo tempo alento em ajudar quem mais precisava. Seixas cresceu com a sensibilidade de seu pai e de uma maneira quase natural seguiu os seus passos e formou-se médico em 1973 pela Universidade de São Paulo (USP).

Enveredou pelo movimento da Reforma Sanitária e atuou ativamente na construção e na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Com a experiência de quem testemunhou a conquista da democracia e a realização do sonho de um sistema universal de saúde, Carlos Seixas foi secretário adjunto da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e professor de Administração e Políticas de Saúde, na Faculdade de Saúde Pública da USP. Foi também secretário executivo e secretário-geral do Ministério da Saúde, além de ministro interino da Saúde no período de novembro a dezembro de 1996.

Seus 76 anos, no entanto, não lhe tiraram a crença de que é preciso discutir temas atuais como a tecnologia e a informação, que, segundo ele mesmo afirmou, têm de acompanhar a evolução do SUS nestes 25 anos de história.

Em uma tarde ensolarada na capital paulista, Seixas conversou com a equipe da *Revista Consensus* e falou abertamente sobre realidades com as quais conviveu diretamente, como a luta pela democracia, a idealização do SUS, a sua efetivação como sistema universal e os embates políticos e sociais que ele enfrenta até hoje.



Consensus Quais eram as expectativas do Movimento da Reforma Sanitária para concretizar um sistema público de saúde tão abrangente?

Seixas O ideário foi construído pela feliz coincidência, para nós sanitaristas, de que junto à luta por um sistema público de saúde o país também discutia a sua redemocratização. Nós, que éramos sanitaristas, estudantes e professores e que havíamos trabalhado nas instâncias de governo, tínhamos muitas ideias, e o desenho do sistema que foi posto saiu de uma construção coletiva. Cheguei a participar de reuniões com constituintes para saber se o que deveria existir era a expansão do Inamps ou não. E quase apanhei porque disse não! E eu disse porque vivi o problema de um Ministério da Saúde que tinha toda a responsabilidade de medidas de alcance coletivo, como controle de endemias, organização legal, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária etc., e depois o sistema previdenciário do lado, em outro ministério. Era possível ver que não dava para ter duas cabeças. Tinha de juntar e isso foi sendo discutido e debatido na constituinte, com uma coisa fantástica que de fato era a participação das bases populares em larga escala no Brasil. Portanto, foi uma construção coletiva com muita participação construtiva. Diferentemente do que está acontecendo hoje – participação popular – mas com muita violência associada (refiro-me às manifestações populares ocorridas neste ano). O nosso objetivo era universal, ainda que houvesse democracia com partido único – o que acabou gerando o nome do sistema único de saúde: chama-se único por conta das fixações ideológicas de grupos que sonhavam com uma coisa no estilo comunista.

Consensus Analisando o SUS sob a ótica de tudo aquilo que foi idealizado e construído e o que temos hoje, 25 anos depois da promulgação da Constituição Federal Brasileira, qual é a sua avaliação do sistema?

Seixas Com todas as dificuldades de operação

que o SUS enfrenta hoje, ainda assim acho que avançamos muito, porque o número de pessoas que passou a ser assistido em condição razoável, e diria que muitas vezes até excelente, cresceu muito. Isso é inegável. Havia uma população que estava totalmente à margem da ciência médica e da assistência. Com o SUS foi possível sanar um pouco isso. Mas ao mesmo tempo em que crescia a nossa satisfação em ver essas pessoas atendidas, crescia também uma angústia, porque, paralelamente ao crescimento desses atendimentos, cresceu também a demanda por mais serviços. E aí vem a pergunta: como dar condições de expansão adequada a esses serviços e a todo mundo? De repente todo mundo passou a ter direito à saúde. E essa luta é fantástica e belíssima só que então não percebemos que precisávamos mudar também os mecanismos de funcionamento.

Consensus Que mudanças seriam essas?

Seixas Veja bem, atender a pouca gente de maneira tranquila é uma coisa. Outra coisa é fazer um atendimento de massa decente. Há certo tempo estou dizendo que há deficiência no sistema. Vou citar o exemplo dos bancos. As agências bancárias sofreram uma mudança parecida e expandiram os seus serviços para todo mundo. Só que eles investiram em informatização e tecnologia. Eu gostaria muito de poder dizer: “Procure o SUS e tenha um atendimento personalizado” (fala isso fazendo uma alusão à propaganda de um banco de renome no Brasil). Mas com o SUS essa informatização não aconteceu da maneira como deveria ter acontecido. O atendimento foi expandido, a saúde passou a ter outra dimensão na vida das pessoas, tornando-se realmente um valor fruto da evolução cultural desse país, mas a informatização continuou sendo uma das grandes carências do sistema. Para prestar contas sobre o dinheiro que recebemos, há informatização. Agora, como o médico atende às pessoas no SUS? Estamos anos-luz muito atrasados! Nós não temos infraestrutura, e se houver informatização, para onde se man-

da o paciente? Para onde não tem atendimento? Não foi o SUS que determinou isso, mas dois fenômenos: a urbanização explosiva e a consciência política que se desenvolveu fortalecendo a ideia da saúde como um direito de todos. Faltava a infraestrutura. Eu acredito que a informatização deve ser trabalhada com uma questão estruturante para o atendimento da população. Só que a informatização tem dificuldades e resistência e, além disso, o hospital não é uma peça isolada e depende dos demais serviços do sistema de saúde, mas nós continuamos à moda antiga: o médico prescreve e diz para o paciente procurar uma unidade. E o cidadão sai com um papelzinho nosso quando deveria ser uma coisa informatizada e ordenada.

Consensus O SUS tem de ordenar todo esse atendimento?

Seixas O sistema tem de assumir o usuário. Vou dar um exemplo. Há certo tempo, acompanhei uma consulta cardiológica com um médico residente. Disse a ele que queria ver o uso e a importância da informatização no atendimento. O residente chamou o paciente e conferiu no computador o seu histórico e a evolução do caso. Em seguida, chamou a supervisora para rever a situação do caso e imediatamente entraram em interação. Ao fim, percebi que aquele residente tinha dado uma consulta perfeita, humanista e completa: ele conseguiu ler tudo com facilidade e complementou o relatório da consulta. Em seguida, questionei por que depois de tudo ser feito digitalmente a prescrição foi feita manualmente? Sabe o que ele me respondeu? “Doutor Seixas, o senhor acredita que essa parafernália não chegou até a farmácia que nos atende, que é a mesma de outro hospital, porém não tem o sistema integrado ao nosso?”

Ou seja, dessa maneira, nunca saberemos se o medicamento está disponível ou se há algum similar que possa ser prescrito, como saber rapidamente se é necessário prescrever um

similar, ou seja, coisas que seriam facilmente resolvidas com a informatização. Não é necessário fazer curso de sociologia para humanizar o atendimento. Esse é um setor do SUS que para mim é central. O cartão SUS deu a falsa sensação de que tudo ficaria resolvido. Não ficou! Tem de ter o cartão, mas além dele é preciso informatizar tudo – são 25 anos! Se não vamos ficar fazendo estudos e dizendo que não há satisfação com o sistema e com o atendimento. Quem usa o SUS o avalia bem, então dizer que ele não melhorou não é verdade. Melhorou muito e podia ter melhorado muito mais. Com a informatização, com uma base financeira tranquila.

Consensus Chegamos à questão do financiamento. Estados e municípios têm aumentado seus investimentos em saúde. No entanto, a União ainda não tem definida a sua participação. O senhor acha que é a área econômica que não permite que o governo avance no incremento dos recursos para o SUS?

Seixas Não é a área econômica do governo. É a elite econômica que tem poderes acima dos desejados na ação do governo que impede que isso aconteça. As elites econômicas que sustentam a base econômica do governo não permitem. E aí espalhou-se uma ideia que é predominante no país de que o problema da saúde não é falta de dinheiro, mas de administração. Isto é uma propaganda enganosa, alienante. O sistema sem base financeira é alienado. O SUS tem um problema sério de falta de base financeira.

Consensus O senhor acha que o SUS está ameaçado?

Seixas Acho que ele corre o risco de ir se desmoralizando pouco a pouco e com uma tragédia maior, porque simultaneamente a assistência médica privada também está crescendo. E está com sérios problemas e não faz nenhuma força a mais para sair dessa situação, embora o aporte

financeiro que eles têm seja expressivamente maior que o aporte financeiro do SUS. E não adianta dizer que está todo mundo roubando, não é nada disso! Temos contextos socioeconômicos, históricos e operativos que comprovam que precisa ter um pouco mais de melhorias para dar apoio ao sistema. Cientificamente, foi comprovado que é possível ter recursos e um bom sistema sem levar o país à inflação e à paralisia. Pergunta quanto o PAC ganhou com a eliminação da CPMF...

Consensus : A CPMF seria então a solução? A fonte de recursos para o SUS?

Seixas Uma premissa é essa. O Brasil tem capacidade de ter um bom sistema de saúde. Mas isso não é muito caro para um país ainda em desenvolvimento? Não! E a prova disso é que quando se implantou a CPMF e ela passou a ser cobrada ninguém ficou chorando pela rua e nem os empresários saíram dizendo que teriam de fechar as fábricas. Isso não aconteceu. À época da sua criação, o Dr. Adib Jatene fez questão de se certificar se a cobrança era inflacionária. Vocês viram algum festejo nas praças públicas quando terminou a cobrança da CPMF? Não houve. A desculpa é que há muito imposto e o que der pra tirar eu tiro, mesmo que seja da saúde. A motivação quando se implantou o sistema da CPMF era que ela fosse na sua totalidade vinculada à saúde. Se isso tivesse acontecido, poderíamos ter avançado com o sistema. Aquele dinheiro dava e sobrava e, de repente, por condutas políticas que começaram no governo FHC e continuou no governo atual, a CPMF foi extinta.

Eu acredito que a informatização deve ser trabalhada como uma questão estruturante para o atendimento da população.

Consensus Será que a população está disposta a pagar mais para ter um sistema melhor? Com o advento do sistema privado, podemos concluir que sim, pelo fato de já pagarmos pelos planos privados de saúde?

Seixas Esse é o problema. Isso em uma democracia significa criar uma mentalidade que torne isso culturalmente desejado. E votar para saber se quer ou se não quer é falácia. Veja, é claro que para derrubar a CPMF a imprensa jogou pesado para fazer que ela não fosse mantida.

Consensus Naquele senso comum que ninguém quer pagar mais imposto...

Seixas E o que a televisão e os artigos de jornais fizeram questão de apresentar? Que o sistema público de saúde não vale nada. Que há roubo. Mas é o roubo que está estragando o sistema? Não é o roubo. O roubo ajuda a desmoralizar o sistema, mas a perda desse dinheiro é que está levando o SUS para a condição em que ele está. A gente ficava sempre angustiado de defender o sistema que foi aprovado. E é uma mentira, o país não é rico, mas é rico o suficiente para sustentar um sistema público de saúde nos termos constitucionais. A ociosidade é pior que o roubo no sistema atual, na minha cabeça.

Consensus Sobre a carreira no SUS qual é a sua opinião?

Seixas Tem de fazer carreira de administração pública da saúde e isso precisa ser feito no Brasil inteiro. Eu não posso continuar com um sistema que quando troca o governo, eu possa trocar de uma ponta a outra qualquer uma das direções. A carreira no serviço público de um sistema dessa magnitude é fundamental. Mas quem tem coragem de fazer isso? É preciso levar essa discussão ao Congresso, porque ele foi o responsável pela Constituição que criou o SUS. Outra questão importante diz respeito a uma carreira nacional. Isso para mim é burrice, porque as diferenças regionais

são muito grandes. O Ministério da Saúde tem de ter uma carreira para ele, no papel específico dele dentro do sistema. E cada estado e município deve ter a própria carreira. Se a visão é sistêmica, e eu imagino que seja, todas as peças são igualmente importantes.

Consensus Em relação à normatização que envolveu o SUS, com a criação das Normas Operacionais Básicas (Nobs), por exemplo, como se deu esse processo de construção das normatizações?

Seixas Isso não é fácil em um sistema com essa complexidade de poderes diferentes e autônomos. Esta complexidade faz que as normatizações sejam sempre fruto de um consenso e não de decisão técnico-científica de escritório e muito menos de partidos. Isso dá trabalho. É preciso estar sempre normatizando para buscar o consenso e dar andamento e efetividade às ações. À época da criação das Nobs, o que a gente pensou em fazer era deixar claro que o sistema não é cada um fazer o que bem entende. É preciso haver normas básicas e nós temos de sentar para debatê-las. Isso foi bacana porque independe de leis. E aí foram criados os Conselhos (CONASS, Conasems, Cosems, CNS) e tivemos a chance de sentar lado a lado para definir essas normativas. As Nobs foram feitas com grupos de trabalho que levaram muito tempo. Eu não sei se o restante da normatização saiu sempre na mesma dinâmica, porque não acompanhei toda a implantação.

Consensus Essa relação interfederativa seria um avanço?

Seixas Acho que a consolidação dessa relação é importante. Não deixar esse negócio esbarrar por uma coisa partidária. O SUS ainda é apartidário, mas eu acho que a gente com muita frequência escorrega por causa do partidarismo, porque nós estamos avançando na democracia, mas nossa democracia perdeu um pouco em comportamento político. Antes, os políticos tinham como correspon-

O roubo ajuda a desmoralizar o sistema, mas a perda desse dinheiro é que está levando o SUS para a condição em que ele está.

bilidade a promoção do bem comum como uma coisa importante. Hoje, a maioria está muito preocupada em como conquistar o poder e como se manter nele. Acho que faz parte da evolução cultural de um país que não era historicamente democrático. Esse é o período mais longo de democracia que nós vivemos. Nós não podemos dizer que temos aí uma cultura consolidada de vida democrática durável. Não é verdade. E isso no sistema vira um caos. Sozinho ninguém vai a lugar nenhum.

Consensus Ficou nítido na nossa conversa que o financiamento continua sendo o principal problema do SUS. Qual é o maior avanço do SUS na sua opinião?

Seixas Conseguimos montar um sistema com três polos de poder distintos e com marqueses político-partidárias também distintas e, apesar disso, a gente está sobrevivendo e conseguindo avançar. Isso é inegável. Basta ver o volume de serviços prestados. Mas nós precisamos de uma carreira de saúde pública capaz de abordar a saúde coletiva a exercer a tecnologia. Eu diria que falta uma coisa: informações e informatização, para mim, no limite da informação adequada e regulamentada. Falta um negócio que é informação social. É saber me comunicar com a população como um todo do que está se fazendo. É informação que gere debate e a construção de um pensamento comum. ■

especial

25 ANOS DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL BRASILEIRA E DO SUS

A trajetória e a consolidação do maior período democrático e do maior sistema de inclusão social da história do país

ADRIANE CRUZ

A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) deu-se em 1988, com a promulgação da Constituição Federal Brasileira. Passados 25 anos desde que o jovem SUS deu seus primeiros passos, carregando uma bagagem com muitas conquistas e inúmeros desafios. O mote de seu nascimento e sua principal prerrogativa: ser de todos e para todos.

O Movimento Sanitário, antes mesmo da Constituinte, começou a escrever a história do SUS, a partir da premissa da universalidade, ideário que se alastrou entre estudiosos, gestores, políticos, acadêmicos e cidadãos em geral, engajados na defesa da garantia do acesso aos serviços públicos de saúde, sem exceção, a todos os cidadãos.

O Movimento da Reforma Sanitária tão logo deu as mãos à elaboração da Constituição Federal. Entrelaçada a ambos, estava a principal motivação dos brasileiros naquele momento – o exercício da liberdade e a conquista de amplos direitos sociais. Assim, as histórias de ambos se entranharam nas linhas históricas que fizeram de um texto a legitimação da democracia no Brasil.

A Constituição Cidadã e o SUS

O contexto da democracia em nosso país é conhecido por todos: a ânsia pela liberdade por muito tempo cerceada em todos os seus aspectos e expressões e a luta pelo fim do ‘cale-se’, que nada tinha a ver com a vivacidade e a criatividade do povo brasileiro, além de não se fazer resolutivo frente aos problemas e às



O artigo quinto da Constituição Federal é completo em termos de garantias individuais. É como se o constituinte quisesse dizer: ‘Não podemos deixar que torturas, cerceamento da liberdade de expressão e de imprensa, prisões arbitrárias, censuras e fechamento institucional aconteçam nunca mais’. É bom mencionar que estamos no período mais longo de democracia plena e interrupta no Brasil.

MOZART VIANNA

aguras e de uma população extremamente diversificada, dividida em, pelo menos, cinco Brasis dentro de um país gigante e desigual.

“As sugestões populares integraram o processo legislativo de elaboração da Constituinte, cujo regimento interno, relatado pelo então senador Fernando Henrique Cardoso, permitia que estas fossem recebidas e numeradas tal como emendas parlamentares”, relembra o secretário-geral da Mesa Diretora da Câmara dos Deputados, Mozart Vianna.

Assim, fez-se expressiva a participação da sociedade na elaboração do texto da Constituição Federal de 88, intitulada por Ulysses Guimarães como “Constituição Cidadã”, tendo em vista os aspectos sociais incorporados ao texto. Da mesma maneira, aconteceu com as linhas que escreveram o SUS, antes mesmo da Constituinte, rabiscadas no mesmo contexto de luta política, mobilização e participação de vários setores da sociedade e da academia.

Ávidos por mudanças, dois importantes grupos iniciaram uma verdadeira revolução, planejando e sistematizando aquela que seria a mudança fundamental não apenas no poder político, mas em toda a sociedade brasileira: os representantes do Movimento da Reforma Sanitária, liderados por Sérgio Arouca, e os Constituintes, liderados por Ulysses Guimarães.

“Caminhamos a passos largos na busca de um texto que traduzisse aquele momento. Foram muitas discussões em reuniões exaustivas, que duravam o dia inteiro. E depois, em um grupo menor, enxugávamos as informações e colocávamos no papel o que era mais relevante”, conta o relator do capítulo da Seguridade Social e Saúde, na Assembleia Nacional Constituinte de 1988, Carlos Mosconi.

A Constituinte foi um período de intensa interação não apenas entre os parlamentares e os sanitaristas, mas entre as diversas representações sociais que se fizeram presentes no Congresso Nacional durante aquele período. “Foi um momento histórico muito especial e



Caminhamos a passos largos na busca de um texto que traduzisse aquele momento. Foram muitas discussões em reuniões exaustivas, que duravam o dia inteiro. E depois, em um grupo menor, enxugávamos as informações e colocávamos no papel o que era mais relevante.

CARLOS MOSCONI

importante para o país”, relata Mozart Vianna, que trabalhou ativamente no processo de elaboração e operacionalização da Constituição Federal de 88. Vianna defende que o texto, cujo detalhismo é alvo de duras críticas, foi resultado de um trabalho minuciosamente elaborado com vistas à proteção social e à consolidação do regime democrático.

“O artigo quinto (*Capítulo I – dos Direitos e*

Deveres Individuais e Coletivos) é completo em termos de garantias individuais. É como se o constituinte quisesse dizer: ‘Não podemos deixar que isso aconteça nunca mais’, no que se refere a torturas, cerceamento da liberdade de expressão e de imprensa, prisões arbitrárias, censuras e fechamento institucional. Sem falar do que acontecia nos porões e que não sabíamos”, argumenta Vianna, e completa: “É bom mencionar que estamos no período mais longo de democracia plena e interrompida no Brasil”.

Centrão

Permeada pelo anseio de um regime democrático, a Constituinte foi palco de embates políticos e ambiente de convencimento em relação a temas diversos. Naquele final de 1987, relata Mozart Vianna, a estratégia do chamado Centrão passou a integrar o processo da Constituinte, reagindo a determinadas questões, incitando o diálogo e equilibrando a predominância que ainda havia das forças de centro esquerda.

“Era um momento em que começaram a surgir ideias que não tinham maioria para serem aprovadas, porém, tinham força, como por exemplo a reforma agrária. O Centrão, organizado por parlamentares de vários partidos, tinha peso nas votações. Percebendo que seria difícil votar um texto constitucional com aquele número de deputados contra, o Dr. Ulysses, sabiamente, retardou os trabalhos”, relembra Vianna.

De fato, no final de 87, os trabalhos foram paralisados e uma nova resolução alterava o regimento da Constituinte, permitindo a inclusão das chamadas emendas de bancada. Com isso, permitiu-se a construção de um novo texto, com estas novas emendas, além das populares que podiam ser inseridas diretamente na Comissão de Sistematização.

“O certo é que, depois do Centrão, o texto Constitucional foi praticamente feito. Tanto é que o sistema parlamentarista virou

*A grande força da democracia
é confessar-se falível de
imperfeição e impureza, o
que não acontece com os
sistemas totalitários, que se
autopromovem em perfeitos
e oniscientes para que sejam
irresponsáveis e onipotentes.*

ULYSSES GUIMARÃES, 1988

presidencialista e foi a plenário. O que foi bom porque equilibrou o texto e o fez mais representativo da sociedade brasileira”, explica Vianna.

“Essa mudança que zerou o jogo fez com que a democracia ficasse mais consolidada dentro da Constituição Federal. Foi um novo texto feito com ampla democracia, no qual o próprio constituinte permitiu alterar o regimento para dar equilíbrio às forças presentes. Naquele dia eu senti o Dr. Ulysses receoso, mas ele soube trabalhar bem, tanto que no final, quando ele levanta a Constituição na mão, diz: Chegamos! Conseguimos! Porque havia o medo de que isso não acontecesse, que não saísse um bom texto. Mas saiu um texto tão bom que estamos há mais de 25 anos em plena democracia, total liberdade e não há o menor vestígio e sensação de que isso irá mudar”, elogia o secretário.

Carlos Mosconi lembra que, em relação à saúde pública, sabia-se que a mudança era imprescindível, já que inexistia uma política de saúde e que era inaceitável que o maior contingente da população continuasse excluído. “Não existia saúde preventiva e nenhuma lei que amparasse a população. Na votação final, em plenário, o SUS foi aprovado praticamente por unanimidade, tivemos 2 ou 3 votos

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de 5 mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.

SERGIO AROUCA, 1998

contrários. Foi uma vitória magistral, espetacular”, descreve.

Os próximos 25 anos

A participação da sociedade, expressa no Movimento Sanitário e no processo da Constituinte, não alcançou a população como um todo, segundo a presidente do Conselho Nacional de Saúde, Maria do Socorro de Souza. Para ela, o movimento foi determinante para a concepção do SUS – mobilizando intelectuais, pesquisadores, estudantes e profissionais de saúde que, além de atuarem dentro da saúde pública, puderam fazer uma crítica política, conceber e apresentar outra proposta. “Porém, embora articulado com outros movimentos sociais, não ganhou uma dimensão de massa”, ressalta.

Socorro destaca que foi a instituição da participação comunitária e social, começando pela saúde e se estendendo para outras políticas públicas, por meio dos conselhos de saúde, que trouxe os movimentos populares e sociais para dentro das discussões em relação ao SUS. “A democratização preconizada pela Constituinte não foi suficiente para romper com a cultura política que, no Brasil, a gente chama de híbrida, porque é democrática, mas também muito conservadora nas suas bases. Ou seja, a sociedade se democratizou, mas o Estado não”.

O Conselho Nacional de Saúde, explica Socorro, vem atuando de maneira a estender a democratização da sociedade para a esfera do controle social da saúde, garantindo, ampliando e fortalecendo a participação dos movimentos sociais, de entidades e de organizações diversas, como Movimento Negro; Entidades de Trabalhadores; Comunidade Científica; Populações de Rua; População Negra; LGBT; Campo e da Floresta; Aposentados; Idosos; Indígenas e etc. “Nosso papel é sermos a expressão da democratização da sociedade, que tem estes novos movimentos dentro da sua concepção. Estamos também insistindo

na democratização do Estado por meio de uma parceria com o Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), que é uma maneira de enfrentar os problemas do SUS. Também estamos atuando ativamente dentro do Congresso Nacional para que a saúde tenha uma pauta mais positiva e propositiva num ambiente onde ainda existe um correlação de forças muito desfavorável ao SUS”, completa.

Socorro finaliza elencando os principais pontos da agenda política do CNS: a busca por um financiamento adequado para o setor, apoiando e atuando junto ao Movimento Saúde + 10; a consolidação de uma política de Recursos Humanos para o SUS, que contemple não apenas os médicos, mas todos os profissionais de saúde, sobretudo a equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde (APS); e a saúde como direito humano. “Buscamos uma maneira de trazer o campo popular um pouco mais para dentro dos conselhos, combatendo as injustiças e os preconceitos e enfrentando as desigualdades, principalmente nas regiões norte e nordeste, mais desassistidas”. O CNS também vem buscando ampliar o diálogo e as articulações entre os demais conselhos, buscando incidir nas decisões finais da gestão do SUS em seus três níveis. “Todas essas estratégias fazem parte da Campanha Nacional de Defesa do SUS e Fortalecimento do Controle Social — O povo de mãos dadas por um SUS de qualidade para todos — desenvolvida pelo Conselho Nacional de Saúde e conselhos estaduais e municipais até a 15ª Conferência Nacional de Saúde”.

Outras avaliações a respeito do futuro do SUS foram apresentadas durante o Simpósio Política, Planejamento, Gestão e Avaliação da Saúde, promovido pela Abrasco no mês de outubro, na ocasião do 2º Congresso Brasileiro de Política e Planejamento em Saúde. O professor da Universidade de Campinas (Unicamp), Gastão Wagner, ressaltou que é preciso trabalhar uma nova institucionalidade do modelo de gestão do SUS, que inclua o plane-

jamento participativo. Wagner também destacou a necessidade de avançar na discussão do subfinanciamento e repensar a gestão de pessoal e a criação de carreiras.

O professor da Universidade Federal da Bahia (UFBA) Jairnilson Paim, destacou que a política de saúde é acima de tudo uma prática social. “Temos uma particularidade muito grande no Brasil: estamos sempre abertos para novas propostas. Nosso desafio é dialogar com o que se produz nas ciências humanas e sociais para produzir um novo pensar. No âmbito da produção de conhecimento, temos de pensar na construção de sujeitos inovadores. Antes de perguntarmos qual é o Estado que queremos, devemos nos perguntar que sociedade queremos construir para nossos descendentes”, disse.

Oswaldo Tanaka, professor da Universidade de São Paulo (USP), em sua participação no mesmo evento, disse que é preciso definir novos parâmetros para a avaliação das políticas de saúde. Tanaka falou também da necessidade de aprimoramento do processo de implementação da universalidade, integralidade e equidade do SUS que garanta, de fato, o direito à saúde a todos os brasileiros. “O que está sendo realizado não tem sido suficiente

Maria do Socorro de Souza, presidente do Conselho Nacional de Saúde



para identificar alternativas ou mudanças de rumo que permitam uma atenção à saúde mais efetiva e mais abrangente”, concluiu.

Já o pesquisador do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), Adolfo Chorny, defendeu que, para dar ênfase às questões de planejamento é preciso dialogar menos com o passado e mais com o futuro, além de romper as fronteiras intersetoriais. Chorny também questionou a relevância da política econômica no Brasil. “Qual é a importância de sermos a 6ª, 7ª economia mundial, se temos mais de 10 milhões de miseráveis no país?”.

Em entrevista recentemente concedida ao *Estudos Avançados*, Eugênio Vilaça Mendes, coordenador técnico do CONASS Debate (leia mais a respeito deste projeto nas páginas 36 e 37), destaca que o SUS rompeu a iniquidade que existia nos

tempos do Inamps, encorpando mais de cinquenta milhões de brasileiros e fazendo desaparecer a figura do indigente sanitário. “O SUS é a única forma de acesso à assistência à saúde para 75% dos brasileiros”, argumenta Vilaça, reforçando a dimensão universal do sistema público de saúde que cobre todos os cidadãos com serviços de vigilância sanitária, epidemiológica, de sangue, de transplantes de órgãos, entre outros. “Na assistência à saúde, o SUS é o responsável exclusivo por 140 milhões de pessoas, uma vez que 48 milhões de brasileiros recorrem ao sistema de saúde suplementar, muitos deles acessando também o SUS quando o sistema privado apresenta limites de cobertura. O SUS constitui a maior política de inclusão social da história de nosso país”, defende.

O sistema público de saúde brasileiro apresenta números expressivos: quase seis mil hospitais e mais de sessenta mil ambulatórios con-

Fatos que marcaram a saúde no Brasil

Criação do CONASS
Promoção, articulação e representação política da gestão estadual do SUS.



8ª Conferência Nacional da Saúde
Suas propostas foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal, como nas Leis Orgânicas da Saúde, n. 8.080/90 e n. 8.142/90.



1978

Alma-Ata

Formulada por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, no Cazaquistão, entre 6 e 12 de setembro de 1978, dirigindo-se a todos os governos, na busca da promoção de saúde a todos os povos do mundo.

1982

1984



Diretas Já
Movimento civil de reivindicação por eleições presidenciais diretas no Brasil.

1986

1988



Criação do Conasems
Promover e consolidar um novo modelo de gestão pública de saúde alicerçado em conceitos como descentralização e municipalização.

tratados; mais de dois bilhões de procedimentos ambulatoriais por ano; mais de onze milhões de internações hospitalares por ano; aproximadamente dez milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia por ano; mais de duzentas mil cirurgias cardíacas por ano; e mais de 150 mil vacinas por ano. Programas como o Sistema Nacional de Imunizações, o Programa de Controle de HIV/Aids e o Sistema Nacional de Transplantes de Órgãos são referência internacional. Além disso, a Atenção Primária à Saúde brasileira tem sido considerada, por sua extensão e cobertura, um exemplo a ser seguido por outros países.

Vilaça explica que o SUS encontra-se em uma situação de saúde que combina transição epidemiológica, demográfica e nutricional aceleradas e tripla carga de doença, com forte predomínio de condições crônicas. “O problema é que a resposta social está estruturada num siste-

ma de atenção à saúde que é fragmentado, que opera de forma episódica e reativa e que se volta, principalmente, para a atenção às condições agudas e às agudizações das condições crônicas. O sistema de saúde fragmentado que praticamos não é capaz de responder socialmente, com efetividade, eficiência e qualidade, à situação de saúde vigente”, pondera.

Para Eugênio Vilaça, a resposta a esse desafio está em restabelecer a coerência entre a situação de saúde e a forma de organização do sistema, promovendo mudanças com o objetivo de que o sistema seja integrado, que opere de forma contínua e proativa e que seja capaz de responder com eficiência, efetividade e qualidade e de modo equilibrado às condições agudas e crônicas. “Ou seja, o SUS deverá ser estruturado em redes de atenção à saúde, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde”, aponta.

Promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil



1988

Lei n. 141/12
Regulamentou a EC n. 29, definindo ações e serviços de saúde e percentuais a serem aplicados anualmente pelas três esferas de gestão do SUS.



2012

Mais Médicos
Programa instituído pelo governo federal com objetivo de levar médicos para regiões onde há escassez e ausência de profissionais.



2013



Extinção da CPMF
A saúde perde cerca de R\$ 40 bilhões por ano.



Saúde + 10
Movimento popular que exige a destinação de 10% da Receita Corrente Bruta para a Saúde. Foram coletadas e entregues ao Congresso Nacional, cerca de 2 milhões de assinaturas.

Financiamento – o maior de todos os desafios

Este grande desafio que se coloca historicamente e para os anos futuros, não será fácil de ser superado, segundo Vilaça, porque a fragmentação do sistema tem profundas raízes econômicas, políticas e culturais que a sustenta. No entanto, ele afirma que alguns passos têm sido dados no caminho da construção de redes de atenção à saúde no SUS.

“A saúde como direito de todos e dever do Estado não foi sustentada, na Constituição Federal, por uma base material que garantisse um financiamento público compatível com a universalidade”, ressalta Eugênio Vilaça Mendes.

Dentro do processo da Constituinte, Carlos Mosconi concorda que o financiamento da saúde não foi contemplado. “Não conseguimos avançar nesta questão porque na constituinte haviam muitos economistas e eles eram contrários à vinculação de receitas. Quem conseguiu quebrar isso foi o senador João Calmon, que era um grande defensor da educação e conseguiu vincular para o setor, o que foi bom ou então teríamos sérios problemas na educação hoje. Mas, por isso, estamos nessa briga até hoje, – 25 anos depois”, constata. ■

ORÇAMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA 2014 PRECISA DE, NO MÍNIMO, R\$ 18 BILHÕES A MAIS, APONTA ESTUDO DO CONASS

O estudo mostra a necessidade de ampliação dos recursos com ênfase nas ações de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Atenção Primária à Saúde e aquisição de medicamentos básicos e de especialidade e Vigilância Sanitária

TATIANA ROSA

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), analisou o Projeto de Lei Orçamentária Anual/2014 (PLOA 2014) enviado pelo Governo Federal ao Congresso Nacional focando os recursos destinados ao Ministério da Saúde. A constatação é de que, apesar do ministério da Saúde ter sido contemplado com a segunda maior dotação orçamentária para o próximo ano, em comparação aos demais ministérios, os recursos ainda são insuficientes.

Comparados os valores programados no PLOA/2014 com o orçamento de 2013, houve um incremento nominal de 1,04% no orçamento global do Ministério, muito abaixo da inflação prevista para 2013 (5,7%) e do crescimento do PIB projetado para 2013 (3,0%).

O estudo do CONASS constatou ainda que, se acrescido à Lei, os créditos orçamentários concedidos nesse exercício, até setembro ao MS, o valor alocado no PLOA/2014, é o mesmo que em 2013.

A análise (tabela abaixo) aponta para a necessidade de um acréscimo de R\$ 17,8 bilhões nos recursos orçamentários de 2014, para o Ministério da Saúde, principalmente no que diz respeito às ações de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Atenção Primária à Saúde e aquisição de medicamentos básicos e de especialidade e Vigilância Sanitária.

O CONASS alerta que os recursos apontados no estudo não são relativos à necessidade total do ministério da Saúde, e não contemplam, investimentos, mas sim apenas o atendimento mínimo das ações descritas.

Além disso, é de conhecimento público e está comprovada a necessidade de mais recursos para a área da saúde. Se a União aportasse o equivalente a 10% de sua Receita Corrente Bruta, o orçamento do Ministério da Saúde em Ações e Serviços Público de Saúde para 2014 seria acrescido de aproximadamente R\$ 46,138 bilhões – pleito contemplado no Projeto de Lei de Iniciativa Popular (Saúde+10) entregue à Câmara dos Deputados com 2,2 milhões de assinaturas, em 05 de agosto de 2013.

Confira o estudo detalhado (Nota Técnica n. 53/13) no portal do CONASS.

Acesse: www.conass.org.br ■

Proposta do CONASS para incremento de recursos no PLOA 2014 do Ministério da Saúde

AÇÕES	PLOA 2014	NECESSIDADE TOTAL	PROPOSTA DE ACRÉSCIMO
Atenção à Saúde da População para procedimentos de Média e Alta Complexidade (8585)	36.300.000.000	52.142.139.312	15.842.139.312
Piso de Atenção Básica Fixo - PAB FIXO (8577)	5.287.000.000	6.031.883.670	744.883.670
Apoio Financeiro para Aquisição e Distribuição de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (4705)	4.900.000.000	5.784.837.185	884.837.185
Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde (20AE)	1.300.000.000	1.506.696.133	206.696.133
Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para Execução de Ações de Vigilância Sanitária (20AB)	185.000.000	361.913.020	176.913.020
Total	47.972.000.000	65.827.469.320	17.855.469.320

Em R\$ 1,00



II EXPOGEP

A II EXPOGEP será um grande momento de visibilidade e reconhecimento das experiências implementadas no âmbito da gestão estratégica e participativa ao longo destes 25 anos do SUS. Ela marcará também os 60 anos do Ministério da Saúde e os 10 anos de Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

Juntos gestores, trabalhadores, pesquisadores, conselheiros e usuários vão avaliar a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, construindo diretrizes para sua efetivação. A programação da II EXPOGEP incluirá seminários e oficinas nacionais e internacionais, e o II Acolhimento Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Participe!

DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS.
www.saude.gov.br



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

Mostra Nacional de Experiências em Gestão Estratégica e Participativa no SUS

2 a 6 de fevereiro de 2014

www.saude.gov.br/expogep

Eixos Temáticos



Transparência e Controle na
Gestão Pública



Governança e Regionalização
em Saúde



Escuta e Participação Social



Mobilização Social: Direito à
Saúde e Diversidade



e-saúde e Informação

A saúde pública no Brasil no ano de 2013

TATIANA ROSA

2013 representou para o Brasil um marco na sua história. No ano em que se comemoraram os 25 anos da Constituição Federal e, simultaneamente, do Sistema Único de Saúde (SUS), o povo brasileiro mais uma vez demonstrou a força da democracia conquistada com a Constituinte de 1988.

Em inúmeras manifestações populares nas ruas do país, a sociedade demonstrou a sua insatisfação com os rumos de diversas políticas públicas sociais, entre as quais a saúde pública ocupou maior destaque na pauta de reivindicações.

Para saber quais foram os principais avanços ocorridos no SUS neste ano e o que foi e tem sido feito para atender ao clamor das ruas, ouvimos os representantes das três esferas de gestão do SUS: Ministério da Saúde, Conselho Nacional

de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

Nas linhas a seguir, o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, o presidente do CONASS, Wilson Duarte Alecrim, e o presidente do Conasems, Antonio Carlos Figueiredo Nardi, fazem um balanço dos pontos positivos e negativos da Saúde neste ano em que comemoramos o 25º aniversário de um sistema que representa não só o sonho realizado da conquista da democracia do país, como também um patrimônio do povo brasileiro.

Confira os principais pontos de vista dessas autoridades em relação a pontos cruciais para o funcionamento do Sistema Único de Saúde, como financiamento, gestão, participação popular e o Programa Mais Médicos.

Financiamento

“O financiamento tem sido uma luta contínua por parte dos municípios, dos estados e até mesmo do Ministério da Saúde. Neste ano pode ser considerado vitorioso o Movimento Saúde + 10 no que diz respeito ao papel das entidades e das organizações que ousaram trabalhar para recolher as assinaturas dos eleitores brasileiros, mas eu já não posso dizer o mesmo do Legislativo. Em agosto de 2013, as entidades, entre elas o CONASS e o Conasems, deram entrada, na Câmara dos Deputados, do Projeto de Lei de Iniciativa Popular que prevê a destinação dos 10% da Receita Corrente Bruta da União para a saúde. Nós chegamos ao fim do ano com poucos avanços, ou seja, a primeira parte que foi a organização do movimento, o trabalho das entidades e das organizações pode ser considerada vitoriosa, pois nós conseguimos quase o dobro do número de assinaturas necessárias. Já da segunda parte que depende fundamentalmente do Legislativo, infelizmente, eu não posso dizer o mesmo.” – **Wilson Duarte Alecrim.**

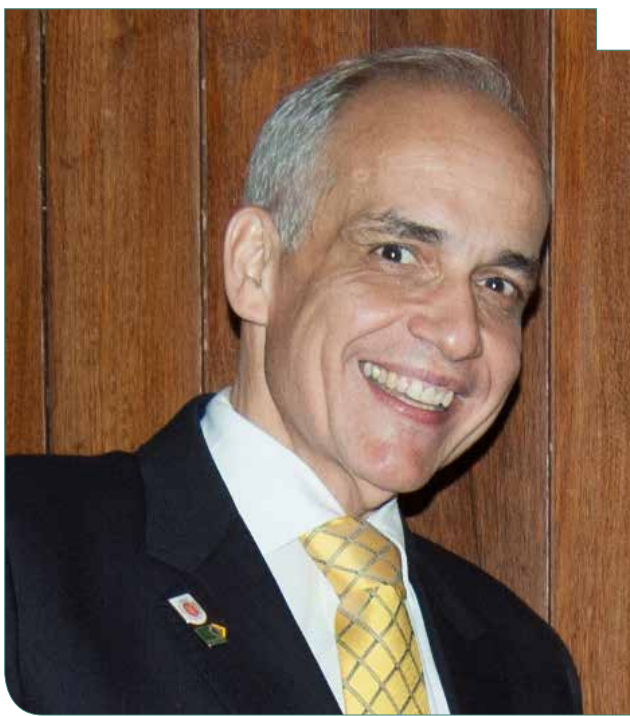
“O Brasil vive, nesse início de século, uma situação de saúde que combina uma transição demográfica acelerada e uma transição epidemiológica singular, caracterizadas, respectivamente, pelo aumento da expectativa de vida e pela convivência de doenças agudas, crônicas e ainda o aumento dos casos de violências e traumas. Assim, temos a necessidade de serviços de qualidade que exigem orçamento cada vez mais crescente para a saúde pública no país. O governo federal saiu de R\$ 28 bilhões em 2002 para R\$ 91,7 bilhões em 2012, em um crescimento quase três vezes maior. Em 2013, teremos o maior aumento nominal no Ministério da Saúde por decisão da presidenta Dilma. Ao mesmo tempo, temos de continuar combatendo qualquer tipo de desperdício de recursos na saúde.” – **Alexandre Padilha.**

“Eu acho que a manifestação popular de mais de 2 milhões de assinaturas do Movimento Saúde + 10 foi o auge de todos os nossos pontos de



(...) Este ano pode ser considerado vitorioso o Movimento Saúde + 10 no que diz respeito ao papel das entidades e organizações que ousaram trabalhar para recolher as assinaturas dos eleitores brasileiros, mas eu já não posso dizer o mesmo do Legislativo.

WILSON ALECRIM, PRESIDENTE DO CONASS



Acho que o marco que nós tivemos no mês de maio e junho com as manifestações populares clamando por transporte, por educação, por lisura, por transparência e por saúde de mais qualidade, mostrou que a população está acordada aos seus direitos (...)

ANTONIO CARLOS FIGUEIREDO NARDI,
PRESIDENTE DO CONASEMS

luta. Essa é a nossa principal bandeira, não abrimos mão dos 10 % da Receita Corrente Bruta da União. O mais importante é reafirmarmos esse princípio de um SUS igualitário, universal, com equidade e totalmente gratuito, mas para isso tudo ser concretizado não podemos abrir mão de financiamento solidário entre as três esferas de governo, fazendo que a União destine os 10 % de sua receita. Quem está pedindo é a população.” – **Antonio Carlos Figueiredo Nardi.**

Gestão do SUS

“No que diz respeito à gestão do SUS é muito importante destacar o papel das Comissões Intergestores Regionais (CIR), das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Essas comissões têm amadurecido bastante principalmente no que diz respeito ao debate, à discussão e à implantação das Redes de Atenção à Saúde e isso tem proporcionado um novo papel dessas Comissões dentro do sistema.” – **Wilson Duarte Alecrim.**

“Essa sintonia entre o CONASS, o Conasems e o Ministério da Saúde tem avançado muito. Quero destacar ainda a relação com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), que representa o controle social do SUS e veio corroborar e fortalecer harmonicamente esse pacto interfederativo entre gestão e controle social.” – **Antonio Carlos Figueiredo Nardi**

“Buscamos melhorar a qualidade do atendimento, e essa qualidade começa na formação dos nossos profissionais. Apoiamos os estados e os municípios na qualificação do pessoal em atuação no SUS, em especial na distribuição espacial e nas condições de trabalho dos profissionais de saúde. Atuamos também na educação profissional técnica de nível médio, articulada aos serviços de saúde. Dessa forma, colaboramos para o aperfeiçoamento da gestão de pessoas, desafio para os gestores do SUS de todos os Entes da federação.” – **Alexandre Padilha**

“Outro ponto positivo para o SUS neste ano de 2013 foi o incentivo, por parte do Ministério da Saúde, à Atenção Primária em Saúde, por meio da Portaria n. 2.924, que habilita propostas a receberem recursos referentes ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) para os componentes Construção, Ampliação e Reforma; incentivo para construção dos Polos da Academia da Saúde e Aquisição de Equipamento e Material Permanente para estabelecimentos de saúde.” – **Wilson Duarte Alecrim**

“Certamente os Programas de Requalificação das UBS, de melhoria no co-financiamento da Atenção Básica, das unidades fluviais principalmente no Norte do país como um todo, foram grandiosos.” – **Antonio Carlos Figueiredo Nardi**

“A nova forma de contratualização com as entidades filantrópicas e o SUS, sendo que, nesta última, apenas aqueles estados em que a filantropia tem participação importante na Rede de Atenção terão benefícios consideráveis. Hoje, existem estados que têm pouquíssima participação filantrópica e que certamente não utilizarão da mesma oportunidade que os demais. Essas medidas representam não só o equilíbrio financeiro desses estabelecimentos, como também o aumento da oferta de procedimentos oferecidos à população.” – **Wilson Duarte Alecrim**

“Nesses 25 anos de SUS, o país foi o que mais reduziu a mortalidade infantil no mundo – 40% nos últimos 10 anos e 9% no período 2010-2012 –, atingindo assim o objetivo 4 do milênio. Da mesma forma, o Brasil atingiu as metas do objetivo 6 do milênio estabelecidas para 2015, de redução da carga da tuberculose, e possui uma das maiores taxas de detecção entre os 22 países com maior número de casos.” – **Alexandre Padilha**

“Outro ponto importante para destacar em relação à gestão diz respeito à não consolidação de modelos alternativos de gestão, principalmente na área de hospitais e grandes hospitais. Isso avan-

çou muito pouco. Muitos estados estão caminhando com parcerias público-privadas, outros com modelos similares às fundações estatais, mas sem conseguirmos ainda ter um espectro que aponte qual o caminho alternativo para o modelo de gestão que nós temos no SUS.” – **Wilson Duarte Alecrim**

“Nós tivemos também a grande portaria do apoio às Santas Casas e aos serviços filantrópicos que são braços indispensáveis de acesso do cidadão aos serviços de saúde e que necessitavam dessas medidas para sua sobrevivência e para continuar a assistir a população brasileira.” – **Antonio Carlos Figueiredo Nardi**

Manifestações populares x SUS

“A população foi às ruas e reivindicou. Acho que o marco que nós tivemos no mês de maio e junho com as manifestações populares clamando por transporte, por educação, por lisura, por transparência e por saúde de mais qualidade, mostrou que a população está acordada aos seus direitos e isso é um avanço que nós conseguimos alcançar.” – **Antonio Carlos Figueiredo Nardi**

“É importante a leitura desses movimentos sociais quando nós temos atores que se encarregam do acompanhamento continuado do que se passa em relação à sociedade com a leitura principalmente da parte social e coletiva. O povo indo às ruas em junho levou os responsáveis pelas políticas públicas de saúde a uma análise de como a sociedade está avaliando e qualificando essas políticas. E dentro dessas políticas públicas de saúde que foram bastante levadas para as ruas a saúde mereceu destaque fundamental. Com cobranças de oferta de serviços, cobrança de mais qualidade e de ampla cobertura no país inteiro e não apenas em algumas áreas ou regiões do país. A presidente da República colocou a saúde como um dos pontos prioritários na chamada pactuação com a sociedade brasileira e fez alguns movimentos no sentido do financiamento da saúde como a inclusão da saúde na divisão dos lucros nos royalties do pré-



O grande desafio é colocar qualidade, ampliar o acesso aos serviços de saúde. Interiorizar o atendimento de média e alta complexidade, expandir o acesso a serviços importantes para a população que cada vez mais terá um grande contingente de idosos.

ALEXANDRE PADILHA, MINISTRO DA SAÚDE

-sal, mas continua a incerteza em relação à definição de qual é a participação da União na saúde, por meio de indicadores que assegurem a manutenção dos recursos e o crescimento deles em razão da demanda e das necessidades da população.” – Wilson Duarte Alecrim

Mais Médicos

“A meta do governo federal de espalhar 13 mil profissionais em postos de saúde de todo o país no ano que vem fará o Programa Mais Médicos ‘superar’ o alcance do Bolsa Família em 14 estados. Segundo a projeção do governo, esse exército de médicos será responsável pelo atendimento de quase 46 milhões de pessoas no primeiro semestre de 2014 – média de 3.500 pacientes por médico. Já o Bolsa Família, programa criado em 2003, alcança cerca de 49,1 milhões de pessoas (ou 13,6 milhões de famílias).” – Alexandre Padilha

“O Programa Mais Médicos é um dos pontos mais positivos para o SUS neste ano, pois agora temos condições de criar cada vez mais oportunidades para que os brasileiros tenham acesso à saúde. Esse programa é a busca acertada para a solução do grave problema que é a falta de médicos no Brasil.” – Wilson Duarte Alecrim

“O Programa Mais Médicos é um divisor de águas. É uma resposta que o governo dá a um clamor dos prefeitos e secretários municipais do Movimento Saúde em resposta à população que afirmou que o maior problema da saúde é a falta de médicos.” – Antonio Carlos Figueiredo Nardi

“O conjunto da população brasileira percebe que o Programa Mais Médicos começou muito bem. Já temos, até o momento, mais de 3,6 mil médicos atuando em 1,1 mil municípios e 19 distritos indígenas de todo o país. Em quatro meses, o programa chegou a mais de 12,6 milhões de brasileiros. Em dezembro, quando mais um grupo de profissionais começar a atuar, todos os municípios prioritários – ou seja, aqueles localizados nas regiões mais carentes e aqueles sem atendimento médico – terão pelo menos um profissional do programa.” – Alexandre Padilha

Desafios

“A saúde pública deve, pode e precisa melhorar, e estamos assumindo a responsabilidade de lidar o processo com a qualidade no atendimento como obsessão para o SUS. O grande desafio é colocar qualidade, ampliar o acesso aos serviços de saúde. Interiorizar o atendimento de média e alta complexidade, expandir o acesso a serviços importantes para a população que cada vez mais terá um grande contingente de idosos.” – Alexandre Padilha

“Existem vários desafios para o SUS, e o primeiro é a conquista de financiamento estável. Temos também de pensar que o Programa Mais Médicos não é apenas de fixação de profissional médico para o SUS. O nosso desafio é consolidar as diretrizes do programa no sentido de fixar profissionais nos 5.568 municípios do país, não só na Atenção Básica, mas também nos serviços hospitalares, nas unidades de pronto atendimento, nas clínicas de consultas especializadas, na execução de 100% em todos os estados do país das cirurgias eletivas de acesso com a diminuição das filas de espera que é uma realidade independente do estado em que se vive o cidadão brasileiro, porque falta acesso, faltam leitos e faltam profissionais.” – Antonio Carlos Figueiredo Nardi

“O financiamento da saúde pública é o grande desafio para o SUS. A insuficiência de recursos é grande ameaça ao SUS, que para ser de fato universal, precisa de estabilidade orçamentária.

Mas é importante ressaltar também que esse desafio do financiamento precisa ser enfrentado olhando-se outro aspecto importante que é a qualidade do gasto. É preciso aumentar o gasto em Saúde, mas, ao mesmo tempo, melhorar a maneira como esses recursos são aplicados.”

WILSON ALECRIM, PRESIDENTE DO CONASS

Programa Mais Médicos é sancionado por lei

TATIANA ROSA

“**A** desigualdade no acesso à saúde é resistente e está entranhada na sociedade brasileira, por isso o Programa Mais Médicos é tão importante para transpor essa distância e essa diferença que existem hoje no nosso país”, afirmou a presidente da República Dilma Rousseff, ao sancionar, no dia 22 de outubro, a Lei n. 12.871/13 que institui o Programa Mais Médicos.

Ainda assim, um mês após a sanção, o programa ainda tem a sua legalidade questionada. Nos dias 25 e 26 de novembro, o ministro do Supremo Tribunal Federal, Marco Aurélio Mello, realizou Audiência Pública para debater o programa do governo federal com representantes de 23 entidades ligadas a médicos, trabalhadores, pesquisadores, sociedade civil e poder público.

O ministro é o relator das Ações Diretas de

Inconstitucionalidade (ADIs) n. 5.035 e 5.037, ajuizadas pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pela Confederação Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários Regulamentados (CNTU). Nelas, são contestados os dispositivos da Medida Provisória n. 621/2013, que instituiu o programa, os quais alteram o funcionamento dos cursos de graduação em Medicina, a formação dos profissionais e a via-

Mais de 320 mil consultas já realizadas

bilidade de contratação de médicos estrangeiros para atuarem junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no âmbito do atendimento familiar.

“É importantíssima a junção desses dois predicados, o técnico-constitucional e o humanístico, uma vez que a ordem jurídica existe para beneficiar os cidadãos em geral”, afirmou o ministro durante o debate.

Marco Aurélio explicou que a Audiência Pública servirá como base para instruí-lo no julgamento das ADIs e esclareceu que levará em consideração a vinda dos médicos ao Brasil, ou seja, “a abertura maior das fronteiras brasileiras” no setor da saúde.

O julgamento das ações está previsto para acontecer só em 2014. Segundo o ministro do STF, o Procurador-Geral da República ainda precisa se manifestar em relação às ações.

A presidenta da República, Dilma Rousseff, no momento da sanção da Lei do Programa Mais Médicos



- 
- 3.663 médicos;
 - 819 médicos brasileiros;
 - 2.844 médicos estrangeiros;
 - 1.099 municípios atendidos;
 - 19 Distritos Especiais Indígenas (DSEIs).

Defesa do Programa

Durante a solenidade de sanção da lei, a presidente falou que as medidas estabelecidas com o Programa respondem às demandas dos movimentos sociais ocorridos no Brasil no mês de junho e destacou que elas convergem com as questões que o governo também considera importantes para o desenvolvimento do país. “Após os movimentos populares apresentei os cinco pactos estabelecidos

Padilha também destacou dados do Programa e observou que, desde a chegada dos médicos às áreas remotas, 320 mil consultas a mais já foram realizadas.

pelo Governo Federal na tentativa de promover mudanças importantes para o país. Entre eles, está o pacto pela melhoria do atendimento aos usuários do SUS. O Mais Médicos é um dos programas mais importantes da minha gestão. Por meio dele, vamos continuar a combater a exclusão social que segrega grande parte da população brasileira, privando-a do acesso aos serviços públicos essenciais, como a saúde”, disse.

Para o presidente do CONASS, secretário de Estado da Saúde do Amazonas, Wilson Alecrim, a sanção da lei legitima o Programa e fortalece o debate com a sociedade brasileira, com as entidades médicas e com a sociedade civil organizada. “Hoje é um dia fundamental para o SUS. Agora podemos fazer uma leitura da lei e, dentro daquilo que ela possibilita, continuar o nosso trabalho de maneira legítima, criando cada vez mais oportunidades para que os brasileiros tenham acesso à saúde”, observou.

Alexandre Padilha, ministro da Saúde, ressaltou o caráter social do Programa e criticou aqueles que dizem que ele é eleitoreiro. “É estranho dizer que o Mais Médicos é eleitoreiro quando a solicitação por mais profissionais partiu de todos os prefeitos de todos os partidos deste país”, disse.

Alecrim enfatizou ainda o trabalho do ministro da Saúde, Alexandre Padilha. “Precisamos reconhecer o papel do ministro Alexandre Padilha na sua liderança, percorrendo os estados brasileiros, fazendo a divulgação e colocando o Programa em discussão. Esse trabalho foi fundamental para que o Programa se tornasse lei.” ■



Juízes, procuradores de Estado e assessores das SES debatem a judicialização na Saúde em encontro promovido pelo CONASS

TATIANA ROSA

Entre os dias 21 e 22 de outubro, o CONASS reuniu secretários de saúde, assessores técnicos e jurídicos das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), procuradores de Estado e juízes e debateu a fundo o tema da judicialização da saúde e as suas implicações no SUS. Tudo com o objetivo fomentar a cooperação técnica entre as SES e promover o debate sobre a judicialização entre os técnicos dos estados e o Judiciário.



Para o secretário de Estado da Saúde de Rondônia, Williames Pimentel, a discussão fortaleceu os gestores que, muitas vezes, com as decisões judiciais, são colocados em risco na sua integridade física e patrimonial. “A judicialização aflige todos os secretários de saúde, quer seja no nível municipal ou no nível estadual com demanda crescente de alguns pedidos que estão, até mesmo, em desarmonia com a equidade que move o SUS”, ressaltou.

Para o coordenador do Comitê Executivo Nacional do Fórum da Saúde e juiz auxiliar do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), Clênio Jair Schulze, a parceria do CONASS é extremamente importante, porque permite que o CNJ tenha capilaridade nos estados, além de proporcionar conhecimento das realidades dessas regiões.

Schulze participou do encontro e apresentou a importância do CNJ para gestores e técnicos das secretarias de saúde. De acordo com ele, o Conselho Nacional de Justiça pretende ampliar o diálogo entre o sistema de justiça e o sistema de saúde, principalmente por meio do CONASS, a fim de facilitar a dis-

cussão da judicialização e melhorar a análise das demandas específicas à saúde. “O nosso papel é exatamente fazer essa aproximação entre todos os agentes do sistema de saúde e todos os agentes do sistema de justiça, com a finalidade de ampliar e aprimorar o debate entre esses dois setores, facilitando a compreensão e a redução desses processos judiciais em saúde. O propósito de todos nós é um propósito comum: a melhoria do sistema de saúde”, observou.

O juiz falou ainda sobre o recente ingresso do CONASS no Comitê Executivo Nacional do Fórum da Saúde. “Esse foi um passo importante, porque, por meio do CONASS, teremos a possibilidade de ampliar e facilitar o diálogo do CNJ com os secretários estaduais de saúde”.

Em continuidade ao debate, o juiz da 3ª Vara da Fazenda Pública do Rio Grande do Sul e membro do Comitê Executivo Nacional do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde, Martin Schulze, apresentou as experiências do Comitê Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. “Basicamente o que nós fazemos é congregamos as instituições, tanto do sistema

Ao todo, 21 Secretarias Estaduais de Saúde enviaram representantes para participar do encontro

de justiça, quanto do sistema de saúde, dialogando e detectando os principais fatores que levam à judicialização”.

Segundo ele, verificou-se que boa parcela das demandas são decorrentes de problemas de gestão e que, por isso, para dar efetividade às atividades do Comitê, o foco de ações é a gestão. “Tanto o gestor estadual como o municipal enfrentam dificuldades em fazer chegar ao cidadão em tempo hábil determinados medicamentos. Hoje, nas demandas de saúde, procuramos primeiro uma solução que chamamos de mediação, em que o cidadão procura a Defensoria Pública e esta, por sua vez, entra em contato com os gestores para que se chegue a uma solução administrativa. Só no caso de isso não ser possível é que é feito o ajuizamento”, explicou.

Para o procurador do Estado do Rio de Janeiro e subsecretário jurídico da SES/RJ, Pedro Henrique Di Masi Palheiro, quando o assunto é judicialização, o profissional do sistema de saúde pensa no usuário como um todo, enquanto o juiz pensa em um caso específico, daí a importância da aproximação entre o sistema de saúde e o sistema de justiça.

Masi apresentou, junto com a equipe da SES/RJ, o software da secretaria que controla as ordens judiciais e a dispensação de medicamentos e outros insumos para a saúde e informou que estão disponíveis às secretarias que se interessarem em também utilizá-los. Ele explicou que o sistema funciona em três áreas: a primeira, ligada à Central de Atendimento às Demandas Judiciais (CADJ); a segunda, ligada à Área de Assessoria Técnica (Nast); e a terceira área, que é a Câmara de Resolução de Saúde (CRS), que funciona em uma fase pré-processual. “A ideia é que essas três abas do sistema sejam interligadas, para que todo o caminho feito pelo paciente seja verificado por todos os entes de maneira que eles possam se comunicar”, observou.

Mediação em Saúde

A proposta de uma solução alternativa de conflitos que não seja restrita ao plano do judiciário – a Mediação em Saúde – também foi tema do debate durante o encontro. A professora e coordenadora em exercício do Programa de Direito Sanitário (Prodisa/Fiocruz), Sandra Mara Alves, apresentou o projeto desenvolvido pelo Prodisa junto à Universidade Internacional Menéndez Pelayo Santander, na Espanha, cujo objetivo é fazer com que o processo de mediação seja extrajudicial e protagonizado pelos próprios gestores do SUS, a fim de se evitem a desorganização dos serviços, o descumprimento dos pactos que são estabelecidos e a observância das políticas públicas que são feitas todas de forma coadunadas. “A mediação sanitária tem a proposta de ser feita dentro do SUS, para o SUS e pelo SUS”, disse.

Sandra Mara destacou que a Fiocruz, junto com o Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília (Nesp/UnB), está desenvolvendo projeto financiado pelo Ministério da Saúde, que irá fazer um estudo do estado da arte da judicialização na saúde no país, para então propor a capacitação em mediação sanitária para gestores do SUS. “Essa capacitação tem o objetivo de sensibilizar os gestores para a ferramenta da mediação sanitária, de maneira que, quando eles identificarem os conflitos sanitários, instalem núcleos de mediação sanitária a partir das suas próprias realidades e de acordo com as ferramentas que são disponibilizadas pelo curso.”

Estrutura e Experiências das SES

No primeiro dia do encontro, os participantes forneceram informações acerca da estrutura e da experiência das secretarias na pauta da judicialização. Eles responderam a perguntas relativas à informação e informática, medidas preventivas e saneadoras, relação

das SES com os operadores de Direito, comprometimento orçamentário e financeiro etc. Os dados foram compilados e apresentados aos secretários estaduais de Saúde na Assembleia do CONASS na em outubro.

“Com a compilação dos dados gerais, os participantes sentiram a necessidade de aprofundar o assunto e mostraram-se disponíveis para isso. O debate com o CNJ permitiu que sejam levadas para apreciação da Assembleia demandas das SES. Além disso, a partir de agora, as secretarias sabem que o CNJ tem as portas abertas para ouvir o gestor estadual”, avaliou a assessora técnica do CONASS e coordenadora do encontro, Alethele dos Santos.

Rosália Bardaro, assistente técnica do núcleo jurídico da SES/SP, classificou o encontro como fonte importante de conhecimento e troca de experiências. “Essa proximidade com a magistratura faz-se necessária e importante, da mesma forma que se faz necessária também a aproximação com o Ministério Público e com a Defensoria Pública, para que esses órgãos entendam exatamente o que é o SUS e como esse sistema funciona. A gente percebe que as ações de judicialização são crescentes e que, se não forem enfrentadas de maneira mais coerente, vão prejudicar a saúde pública brasileira.” ■

Resultados da Oficina são apresentados na Assembleia do CONASS

Os resultados obtidos na Oficina e as demandas dela decorrentes foram apresentados aos secretários estaduais de saúde, durante a Assembleia do CONASS de outubro.

Os secretários foram informados sobre a existência de *softwares* destinados ao controle dos processos judiciais nas SES e sua possibilidade de cooperação técnica com outras secretarias interessadas e sobre a “nacionalização” do *software* da SES/RJ, após customização do Datasus, como obtenção de resultado do previsto na Resolução Tripartite n. 01/2013.

A assessora técnica do CONASS, Alethele dos Santos, também expôs as maiores dificuldades apontadas pelos participantes durante a oficina e que dizem respeito aos processos judiciali-

zados, às medidas preventivas e saneadoras executadas pelas SES em face da judicialização, a relação das secretarias com os operadores de direito, os itens mais judicializados e o comprometimento orçamentário e financeiro ocasionado pela Judicialização.

Após as exposições, algumas propostas foram apresentadas aos secretários, como a formação de uma Câmara Técnica de Direito Sanitário e a sua inclusão no Estatuto do CONASS, a fim de dar regularidade às discussões sobre direito sanitário (judicialização) e também para subsidiar com informações coletivas as posições do CONASS.

Além disso, também foi proposto que os secretários manifestem seu apoio aos Comitês Estaduais da Saúde e a outras estratégias preventivas e saneadoras da judicialização. ■

CONASS Debate

Caminhos da Saúde no Brasil

TATIANA ROSA

É possível que o sonho do SUS universal se concretize nos próximos anos? O SUS está fadado a ser um sistema público destinado para os setores mais pobres da população? Estas e outras questões foram abordadas no dia 25 de setembro pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde, no seminário CONASS Debate – Caminhos da Saúde no Brasil, que reuniu aproximadamente 300 pessoas, entre gestores, economistas, sociólogos, jornalistas e sanitaristas.

Na abertura do evento, Michele Caputo Neto, secretário de Estado da Saúde do Paraná e vice-presidente do CONASS na Região Sul, destacou os avanços obtidos pelo Sistema Único de Saúde ao longo dos seus 25 anos, como os programas de Imunização, de Transplantes de Órgãos e Tecidos e de DST e Aids, mas observou que o sistema ainda não conseguiu se constituir como fora planejado. “O SUS é a maior política de inclusão social do país e foi concebido constitucionalmente para ser um sistema público universal, financiado por impostos gerais. No entanto, isso

ainda não aconteceu por várias razões, sendo a principal delas o subfinanciamento que hoje configura-se como seu problema central e do qual os demais são derivados”, afirmou.

Exposições

O diretor-executivo do Instituto Sul-Americano de Governos em Saúde (Isags), José Gomes Temporão, foi o primeiro expositor a apresentar-se. Com o enfoque voltado para a questão: para onde vai o SUS? O ex-ministro da Saúde ponderou que o sistema de saúde brasileiro deve cuidar bem de todos os cidadãos e não apenas dos mais pobres. Segundo avaliou, nesses 25 anos, o Brasil não conseguiu estruturar o seu sistema da maneira como ele foi pensado. “Isso é um grande desafio para nós sanitaristas do ponto de vista político e ideológico. As elites veem o SUS como um sistema para atender aos mais pobres, mas não é isso que nós queremos”, reiterou.

Para o diretor de Assuntos Institucionais da Amil, Antonio Jorge Kropf, é importante pon-

O SUS e o sistema de Saúde suplementar carregam cada um a sua cruz. E estão pesadas. O modelo atual que é alvo de muitas críticas da população, apesar de algumas conquistas, foi dissecado na quarta-feira 25/09, num debate promovido pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde, em Brasília. Houve concordância sobre a necessidade imediata e corajosa de reforma constitucional que integre os dois complexos sistemas e dê ao SUS recursos que lhe permitam assegurar boa saúde aos brasileiros. O CONASS vai liderar essa luta no país.

REVISTA ISTO É, COLUNA RICARDO BOECHAT, COM RONALDO HERDY – 2 DE OUTUBRO DE 2013



Debatedores e expositores juntos ao final do evento. Da esquerda para a direita: Antonio Kropf, Win Van Lerberghe, Renato Tasca, José Gomes Temporão, Renilson Rehem (gerente do projeto) e Gonzalo Vecina



André Medici também participou como expositor

derar que o cenário brasileiro epidemiológico e demográfico evoluiu de maneira muito rápida e diferente daquela prevista. Segundo ele, é preciso que haja modelos assistenciais integrados. “As áreas pública e privada precisam trabalhar de maneira sinérgica. Vamos aprender com os exemplos que estão dando certo. Criar uma agenda positiva e acabar com esse espírito de competição que existe entre os setores.”


André Medici, economista aposentado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), ressaltou que é preciso considerar a singularidade de cada modelo de saúde. “No caso do Brasil, a realidade do sistema público é de que ele não é único. Temos de pensar como integrar esses sistemas de maneira que eles caminhem juntos. O SUS precisa de fato de uma nova via? Acredito que o que precisa ser mudado é a sua estratégia de implementação”, afirmou.

No período da tarde, foi feita a problematização das exposições com os debatedores Renato Tasca (Opas/Washington), Gonzalo Vecina (Sírio-Libanês/SP) e Win Van Lerberghe (Instituto de Medicina Tropical de Lisboa).

Os vídeos com a íntegra do debate estão disponíveis no canal do CONASS no YouTube (www.youtube.com/conassoficial).

FOTOS: CONASS

A presidente do Conselho Nacional de Saúde, Maria do Socorro de Souza; o presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Antonio Nardi; o representante da Opas no Brasil, Joaquim Molina; e o secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, Luiz Odorico Monteiro também participaram da abertura do seminário. ■



CONASS Debate

O projeto CONASS Debate é uma nova linha de atuação do Conselho e busca fomentar a discussão de temas importantes para o setor saúde, tendo como mote dos debates a sustentabilidade do SUS. Teve início em abril deste ano, com o seminário CONASS Debate – Saúde: para onde vai a nova classe média. O livro deste evento, já está disponível para computadores, *tablets* e *smartphones*. Para baixá-lo e saber mais informações sobre este projeto, acesse a página oficial: www.conass.org.br/conassdebate

CONASS promove oficina sobre Sistemas de Informação e Análise de Situação de Saúde, com ênfase nas Doenças Crônicas não Transmissíveis

Atividade faz parte da Câmara Técnica de Atenção Primária em Saúde do CONASS

TATIANA ROSA

Nos dias 13 e 14 de novembro, 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 em Aracaju, da Oficina Sistemas de Informação e Análise de Situação de Saúde, com ênfase nas Doenças Crônicas não Transmissíveis, promovida pelo CONASS. O objetivo foi apresentar os sistemas de informação em saúde e promover a reflexão sobre

a importância da utilização das informações e também da análise de situação de saúde para planejamento, programação e tomada de decisão, monitoramento e avaliação.

O encontro fez parte das atividades da Câmara Técnica de Atenção Primária à Saúde do CONASS, coordenada pela assessora técnica do Conselho, Maria José Evangelista. Ela explicou que a oficina já é resultado da mudança de caráter das reuniões do grupo. “Nós decidimos que esse ano iríamos aproveitar esses encon-

Participantes da oficina reunidos com o secretário executivo do CONASS, Jurandi Frutuoso



tros para realizar cursos e oficinas com o objetivo de capacitar os assessores técnicos para o exercício desse papel tão importante que eles têm nas secretarias estaduais de Saúde”

A secretária de Estado da Saúde de Sergipe, Joélia Silva, participou da abertura do evento e destacou a importância do debate conjunto. “Essa oficina é uma oportunidade única que a nossa coordenação estadual e municipal de Atenção Básica e de Vigilância em Saúde tem de poder discutir com as representações de todos os estados brasileiros aqui representados”, disse.

Durante os dois dias da oficina, os técnicos trabalharam em grupos, temáticas específicas como o conceito e a importância da incorporação na gestão e na prática cotidiana dos serviços, da Saúde Coletiva Baseada em Evidências, dos Sistemas de Informação em Saúde da Análise de Situação de Saúde; o processo de implantação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab).

Os participantes também debateram a importância de coleta de dados e da alimentação dos diversos sistemas de informação e realizaram a análise de algumas informações geradas pelos principais sistemas de informação, a partir do cálculo de alguns indicadores.

Zélia Lins, assessora técnica do CONASS e uma das coordenadoras da oficina, explica que ela configura-se como um desdobramento do Curso do Manejo em Condições Crô-

cas realizado em julho deste ano em Alagoas. Segundo ela, após a avaliação do curso em Maceió, concluiu-se que era necessário instruir os técnicos das SES em termos de capacitação sobre como eles fariam o planejamento local do Plano de Ação de Melhoria de Qualidade que foi um dos encaminhamentos do curso. “Surgiu então a ideia de fazer a oficina sobre os sistemas de informação. Como o CONASS já tem um livro da Planificação da APS no qual uma das oficinas é sobre Sistemas de Informação e Análise da Situação então nós a customizamos direcionando a sua aplicabilidade para as Condições Doenças Crônicas”, esclarece.

O secretário executivo do CONASS, Jurandi Frutuoso, também participou do encontro e parabenizou os técnicos dos estados. “Aqui nós percebemos que o SUS dá certo porque existem pessoas envolvidas com a saúde pública e que mesmo na adversidade conseguem se aliar aos outros para encontrar soluções para os problemas desse sistema. Isso nos dá animo para continuar buscando o aperfeiçoamento do SUS.

Frutuoso ressaltou ainda o papel importante das Câmaras Técnicas do CONASS. “Esses espaços de debate que mantemos com vocês, são importantes porque nos permitem trabalhar com todo os estados, tendo como base o pensamento do Brasil para conduzirmos o processo de pactuação das políticas públicas para o País”, disse. ■

MOBILIDADE É PODER CONSUMIR INFORMAÇÃO ONDE VOCÊ QUISER.



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



CONASS PARTICIPA DE MISSÃO INTERNACIONAL NO CANADÁ

TATIANA ROSA

Entre os dias 13 e 20 de outubro, uma equipe do CONASS formada pelo seu secretário executivo, Jurandi Frutuoso, pelos assessores técnicos Nereu Mansano, Eliana Dourado e pelo assessor para Relações Internacionais do Conselho, Fernando Cupertino, participou no Canadá, de inúmeras atividades com profissionais do Ministério da Saúde e dos Serviços Sociais do Québec (MSSS) e ainda da Primeira Semana Lusofrancófona da Saúde, em Montreal.

O encontro entre as organizações faz parte de um Acordo de Cooperação celebrado entre o MSSS e o CONASS, objetivando troca de experiências em assuntos de interesse comum de nossos sistemas de saúde. Também participaram os representantes da Associação Nacional das Unidades de Saúde Familiar de Portugal, André Biscaia e Henrique Botelho.

A equipe do CONASS participou de oficinas de trabalho com dirigentes e profissionais do Ministério da Saúde e Serviços Sociais do Québec. Os temas abordados foram a política de prevenção e promoção; o enfrentamento das dependências e os modos de remuneração dos profissionais de saúde, que haviam sido estabelecidos em comum acordo, quando da visita ao CONASS do Subministro da Saúde do Québec, Luc Castonguay, em julho passado.

Em seguida, os representantes do CONASS participaram das atividades da Primeira Semana Lusofrancófona da Saúde, promovida pela Colufra - Conferência Lusofrancófona da Saúde, na Escola Nacional

de Administração Pública do Québec, em Montreal. Do mesmo evento participaram o Núcleo de Estudos de Saúde Pública da UnB e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), além de outras instituições internacionais e de representantes de diferentes países de língua portuguesa e francesa.

Para o assessor para Relações Internacionais do CONASS, Fernando Cupertino, a relação de cooperação mútua entre CONASS e o MSSS permite a união de esforços e de estratégias que permitam defender de todas as frequentes ameaças a que estão permanentemente submetidos, os sistemas públicos de saúde de ambos os países. “Essa cooperação existe desde 2004. Ao ser renovada recentemente, ambos decidiram debruçar-se sobre alguns temas prioritários, de modo a trocar experiências e reflexões que permitam o contínuo aprimoramento de nossos sistemas de saúde, especialmente na organização dos serviços que o compõem. ■

Equipe do CONASS reunida com integrantes do Ministério da Saúde e dos Serviços Sociais do Québec, durante missão internacional.



NECESSIDADES EM SAÚDE: UMA ABORDAGEM OPERACIONAL PARA O NÍVEL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

FRANCISCO CARLOS CARDOSO DE CAMPOS*
"CHICO POTÉ"

I. Introdução

A maioria das pessoas tenderia a concordar, exceto aqueles movidos por motivações conscientemente deletérias ao interesse público, que os serviços de saúde devam ser organizados para atender às necessidades de saúde da população. Se, por um lado, há uma concordância geral em torno desse desiderato, grau menor de consenso existe sobre o que essa expressão possa vir a significar. Seu caráter polissêmico é evidente, servindo aos mais diversos discursos, justificando as mais diversas estratégias.

Cada vez mais a expressão frequenta o discurso dos dirigentes do setor saúde e mesmo os conteúdos da legislação sanitária. Nesse sentido, o recente Decreto Nº 7508, de 28/06/2011, que regulamenta a Lei 8080, em seu artigo 36º, prescreve que o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP), instrumento formal que estabelece os compromissos entre os gestores, conterà, entre suas disposições essenciais, a "identificação das necessidades de saúde locais e regionais". Dispõe também que o "Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde" (BRASIL, 2011).

Mais recentemente, a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, considera as

"necessidades de saúde" como um dos critérios para o rateio dos recursos federais para os estados e municípios, bem como para a distribuição dos recursos estaduais para os municípios. O parágrafo primeiro do seu artigo 36 define que os processos de planejamento e orçamento das regiões de saúde deverão se orientar pelas "necessidades de saúde" da população, dando uma pista de que essas deverão tomar como base o "perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico". Em nenhum momento, no entanto, nossos textos legais definem o que entendem por necessidade de saúde.

Muitas vezes, ao defender que o sistema de saúde e seu planejamento devam ser orientados pelas necessidades de saúde, os atores intencionalmente apenas expressar seu posicionamento político de ele não deva ser organizado pela lógica do mercado e, sim, dirigido pela intervenção racional do Estado. O contrário da necessidade seria a orientação do sistema para o lucro e para a acumulação capitalista. O enunciado assume, assim, o caráter de uma senha subliminar, que classifica imediatamente quem a profere como um defensor da intervenção estatal no setor saúde, sem obrigatoriamente querer sugerir que as ditas necessidades devam ser, ou possam ser, de alguma maneira, quantificadas.

A polissemia e a complexidade desse conceito nos obriga, portanto, a procurar de-

* Médico Sanitarista. Pesquisador do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

fini-lo minimamente e propor aproximações operacionais que permitam utilizá-lo na prática do planejamento e da programação dos serviços de saúde.

II. As necessidades em saúde numa perspectiva ampliada

A saúde, se reconhecida numa perspectiva ampla, é a resultante de múltiplos determinantes. Esses se confundem com as condições necessárias, não apenas para a vida humana em geral, mas para expressar uma “boa vida”, no sentido de uma existência que permita o exercício pleno das potencialidades corporais e sociais do ser humano. Resulta, no cálculo das condições que são necessárias à sua produção e reprodução, num conjunto extremamente abrangente de condições econômicas e sociais que abarcam a maioria das necessidades humanas em geral. Concordando com John Wright, importante autor no campo da estimativa de necessidades em saúde,

as necessidades de saúde incorporam amplos determinantes de saúde sociais e ambientais, como privações, moradia, alimentação, educação, emprego. Essa definição ampliada permite-nos olhar além dos confins do modelo médico baseado em serviços de saúde, para amplas influências na saúde. As necessidades de saúde de uma população estarão constantemente cambiando e muitas não poderão ser amenizadas por intervenções médicas (WRIGHT, J. et al., 1998, p. 1311).

Se, por um lado, compartilhamos totalmente essa concepção da determinação social do processo saúde doença e a múltipla e complexa interação entre os diversos determinantes, cada vez mais referendada por evidências de cunho empírico (Marmot et al., 2003), por outro temos que constatar que as mudanças necessárias à sua mudança extrapolam em muito o setor saúde. Tal enfoque pode apoiar o convencimento pelas grandes mudanças estruturais necessárias para se alcançar um mundo mais saudável, mas informa pouco quando

o campo da intervenção se restringe a planos muito mais desagregados da realidade social e, mais ainda, no espaço bem mais restrito de intervenção das organizações do setor saúde.

III. Necessidades em saúde e necessidades de serviços de saúde

Para que se possa utilizar a noção de necessidade em saúde no planejamento e na programação das ações e serviços de saúde há que se retirá-la desse plano genérico das necessidades humanas em geral para um contexto mais próximo ao funcionamento real das organizações que compõem o setor saúde. Deve-se reconhecer também que muitas políticas e as ações decorrentes necessárias para interferir na complexa cadeia de determinantes sociais e econômicos que definem os níveis de saúde de uma coletividade (e talvez as mais importantes) estão sob a responsabilidade de outros setores. Da complexidade do objeto saúde-doença (e do bem-estar em geral) e da multiplicidade das intervenções e atores envolvidos no enfrentamento de seus determinantes decorre a exigência de uma bem articulada (e diga-se de passagem, muito difícil de ocorrer na prática das instituições) ação intersectorial para se conseguir mudanças significativas em seu status.

Uma abordagem operacional do tema das necessidades em saúde obriga, portanto, uma redução de seu escopo, delimitando-se do conjunto amplo e difuso das necessidades humanas, aquelas que podem ser modificadas por cuidados de saúde (promoção da saúde, prevenção de doenças, processos diagnósticos e terapêuticos, reabilitação, cuidados paliativos etc.) e realizadas por serviços de saúde (WRIGHT, J. et al., 1998, p.1311).

Passa-se, então, a tratar aqui, exclusivamente de necessidades de serviços de saúde. Mesmo esse escopo mais limitado engloba um amplo conjunto de questões e os profissionais de saúde, gestores e planejadores costumam delimitá-lo de forma diferente do

que seriam as expectativas das pessoas que recorrem a esses serviços buscando apoio para resolver uma extensa gama de problemas. Poder-se-ia delimitar, grosseiramente, dois grandes conjuntos de necessidades de serviços de saúde, segundo os atores que os formulem:

- necessidades de serviços de saúde definidos pelos usuários (por indivíduos, grupos sociais, ou recortes sociais mais amplos);
- necessidades de serviços de saúde definidos tecnicamente com base no saber de especialistas da área de saúde e em evidências científicas com graus variados de consistência e robustez (epidemiólogos, planejadores, profissionais de saúde etc.).

Esses dois conjuntos não coincidem necessariamente, podendo haver necessidades dos usuários que não encontram respaldo em evidências científicas, ou mesmo o contrário: necessidades percebidas pelos especialistas, que não correspondem às percepções subjetivas individuais ou coletivas dos usuários. Para superar essa dicotomia, muitas iniciativas buscam envolver a pluralidade dos atores interessados nas questões, estruturando-se espaços públicos democráticos para a busca de consensos técnicos e políticos em torno do quê e de quanto o serviço de saúde deva produzir. Roteiros e manuais com esse tipo de enfoque tem sido utilizados pelo Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra -NHS (CAVANAGH, 2005).

Um complicador na definição das necessidades de serviços é que o nível de certeza estatística exigido como evidência suficiente para legitimar cientificamente a efetividade das intervenções costuma ser fixado em patamares muito elevados, rejeitando assim muitas ações que poderiam potencialmente beneficiar algumas, ou mesmo, muitas pessoas. Para complicar ainda mais o cenário lembre-se dos poderosos interesses econômicos envolvidos na introdução de novas tecnologias no campo da saúde e de suas tentativas, nem sempre respaldadas em princípios éticos amplamente aceitos, de buscar a legitimação científica de seus argumentos.

O desafio para os formuladores de políticas e dos gestores deveria ser conhecer com maior profundidades esses dois conjuntos e envidar esforços comunicacionais e de negociação para aproximar e ampliar a margem de coincidência de ambos. A fixação dos perfis de oferta de serviços necessários, não somente do ponto de vista quantitativo global, mas adequados à extrema variabilidade das condições de saúde de cada indivíduo, oferta essa que deve ser oportuna do ponto de vista do acesso geográfico, temporal, econômico - custos de deslocamento, pagamento por serviços etc. - bem como da suficiência quantitativa e qualitativa das ações, representa um grande desafio colocados para todos os sistemas de saúde universais. Outra crescente preocupação tem sido dada ao superdiagnóstico (overdiagnosis) e ao supertratamento (overtreatment) de diversas condições patológicas, com consequências geralmente danosas para a saúde das pessoas, quando os nebulosos patamares das necessidades são extrapolados.

IV. A dimensão tecnológica das necessidades

As necessidade de serviços de saúde pressupõe a existência de uma determinada tecnologia ou conjunto de tecnologias que historicamente se mostraram efetivas para resolver certos problemas de saúde a um custo socialmente tolerável.

À incorporação de novas tecnologias, correspondem novas necessidades de serviços, implicando em custos variáveis aos governos, empresas ou famílias, sobrecarregando seus orçamentos. Isso obriga que devam ser avaliadas criteriosamente para aquilatar os seus potenciais benefícios em comparação com as tecnologias usuais, já disponíveis nos serviços de saúde. Além disso, os benefícios produzidos devem ser compatíveis com o seu custo, isto é, procura-se medir seu custo-benefício.

Além da introdução de novas tecnologias, a mudança de concepções sociais sobre

a saúde e o uso social do corpo induz a emergência de novas necessidades. Por exemplo, a adoção de anestesia peridural no momento do parto tornou-se corriqueira, à medida em que as mulheres passaram a rejeitar a dor durante o procedimento como uma fatalidade e uma exigência de mortificação de cunho religioso (“parirás com dor”, diz um texto sagrado).

V. Necessidades, demanda e oferta em saúde: o difícil encontro dos desejos dos indivíduos e das recomendações dos especialistas com a capacidade de provimento pelos sistemas de saúde

O esquema gráfico apresentado abaixo, elaborado por Andrew Stevens e colaboradores, pretende mostrar as interações entre necessidades, demanda e oferta de serviços de saúde.

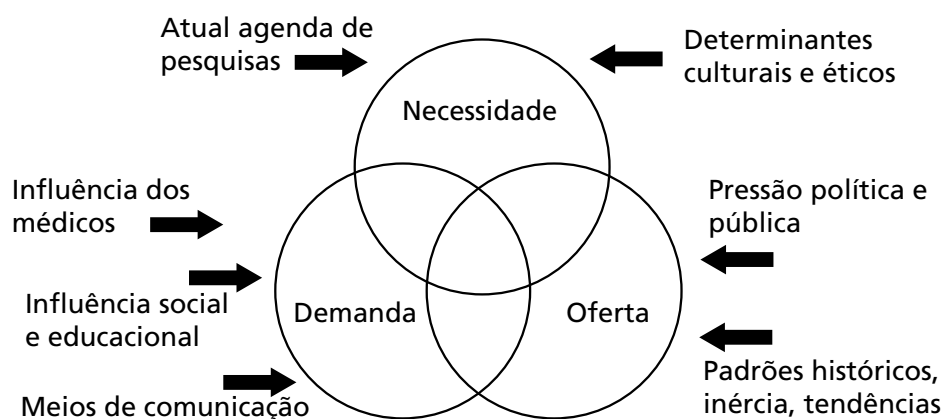
Nesse esquema, constata-se que apenas uma parcela das necessidades se expressaria na forma de demanda, isto é, na procura objetiva por serviços de saúde. Entre a percepção de um problema de saúde por parte de uma pessoa e a efetiva procura por um serviço se antepõem vários obstáculos ou “barreiras ao acesso”. Essas podem ser de diversas naturezas: econômicas (custo de deslocamento, preços a serem pagos pelos serviços, informações limitadas quanto aos recursos existentes e formas de alcançá-los); culturais (procura de especialistas de cura tradicionais e respectivos itinerários terapêuticos;

percepções corporais culturalmente determinadas, interdições religiosas, tabus etc.); e mesmo naturais (barreiras geográficas, por exemplo).

Os recursos de saúde, por serem escassos por definição, estão localizados em determinados pontos do território que obrigam a deslocamentos muitas vezes longos e demorados, que implicam em custos significativos para a maioria das pessoas, resultando em cálculos complexos entre a adoção das escolhas possíveis.

“A demanda é aquela os pacientes procuram, são as necessidades que a maioria dos médicos encontram. Os clínicos gerais têm um papel fundamental como gatekeepers (porteiros) no controle dessa demanda, e as listas de espera tornam-se um marcador e uma influência sobre essa demanda. A demanda dos pacientes para um serviço pode depender das características do paciente ou em interesses da mídia no serviço. A procura também pode ser induzida pela oferta: a variação geográfica nas taxas de internações hospitalares é explicada mais pela oferta de leitos hospitalares do que pelos indicadores de mortalidade, as taxas de clínicos gerais de referência deve mais às características dos médicos do que para a saúde de suas populações (WRIGHT, J. et all., p. 1311).”

Apenas uma parte da demanda encontraria uma oferta de serviços que a atenda a contento, tanto do ponto de vista da percepção dos pacientes, quanto dos profissionais de saúde ou dos gestores do sistema. Essa de-



Fonte: Stevens A. Referty J. eds. Health care needs assessment – the epidemiologically based needs assessment reviews. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1994.

manda não atendida é chamada, usualmente, de demanda reprimida.

Uma característica da oferta de serviços de saúde é a chamada Lei de Roemer, nomeada em homenagem a Milton Roemer, professor da Universidade da Califórnia em Los Angeles, pioneiro nos estudos de economia da saúde, para quem “um novo serviço de saúde tem a capacidade de gerar sua própria demanda, mesmo em mercados saturados” (DEL NERO, C. R., 2002, p.11).

Essa propriedade dos serviços de saúde de suscitar sua própria demanda esbarra, no entanto, e felizmente, em limitações diversas de recursos e de preferências das pessoas, que optam por fazer outra coisa do que peregrinar por serviços de saúde superlotados, que seria o quadro esperado em um sistema com retroalimentação positiva.

Características inerentes aos serviços de saúde também limitam sua busca e oferta desenfreadas. Um conceito importante para entender essas restrições é o de elasticidade. Teríamos serviços com alta elasticidade de demanda se essa demanda pudesse oscilar largamente em resposta a um estímulo: por exemplo, a procura por um determinado exame ou terapia como resposta a uma matéria jornalística inserida num programa de TV de alta audiência ou a procura por cirurgias plásticas estéticas estimuladas pelo merchandising inserido em uma novela. Ao contrário, no caso das cirurgias para apendicite aguda, observa-se grande estabilidade estatística, oscilando apenas nos limites da variação probabilística, não respondendo a estímulos de preço ou de uma oferta disseminada no território.

Pelo lado da oferta, teríamos alta elasticidade quando modificações na disponibilidade de serviços podem ser feitas em curtos períodos de tempo, como é o caso de um bloqueio vacinal que pode ser desencadeado rapidamente para conter um surto de sarampo. O comportamento da oferta de leitos de UTI, por outro lado, apresenta baixa elasticidade

de oferta pois seu crescimento exige altos investimentos em infraestrutura, relativamente lentas obras físicas, tempos prolongados de aquisição de equipamentos e insumos, capacitação de profissionais especialistas etc.

Cada tipo de serviço, portanto, apresenta padrões de oferta e demanda muito especiais, que tem que ser conhecidos em detalhe para o seu planejamento, introduzindo graus de complexidade muito elevados em comparação com outros tipos de serviços.

VI. Necessidades em saúde e critérios de justiça

O cálculo estimativo das necessidades em saúde remete, inevitavelmente, a questões de âmbito filosófico, tratadas pelos diversos enfoques da filosofia moral, nos quais se intenta basear os argumentos subjacentes às escolhas distributivas em critérios de justiça.

Embora essas diversas abordagens filosóficas estejam longe de fundamentar escolhas num nível tão desagregado como o que se trabalha no campo das estimativas de saúde, os grandes delineamentos teóricos podem orientar de alguma forma os processos da construção das suas proposições operacionais.

Johh Rawls, um dos teóricos da filosofia moral e política contemporâneos, é uma das referências obrigatórias nesse campo. Em sua teoria da justiça, construída em bases exclusivamente racionais e de inspiração assumidamente contratualista, conclui que as sociedades liberais democráticas deveriam garantir um patamar igualitário de bens primários, um conjunto de bens e serviços nos quais estariam incluídos os serviços de saúde. A esse princípio da igualdade, agrega um outro princípio, o da desigualdade, segundo o qual um indivíduo somente poderia auferir uma maior quantidade de bens ou serviços se esses fossem destinados a suprir uma desvantagem ou uma posição desfavorável em relação aos demais.

Esse último princípio frequentemente

alicerça o conceito de equidade, tão utilizado na proposição das políticas de saúde, que busca justificar as diferenças de alocação com base em critério de justiça distributiva.

Amartya Sen vai argumentar pela insuficiência no foco de Rawls nos bens primários, fundando sua teoria no que chama de capacidades básicas e funcionamentos. Os indivíduos teriam diferentes condições de aproveitar os bens ou serviços a eles alocados, segundo suas capacidades para transformar esses recursos em realizações concretas que os beneficiariam efetivamente.

“É possível argumentar que a igualdade na realização de certas ‘capacidades básicas’ proporciona um enfoque especialmente plausível para o igualitarismo na presença das privações elementares. O termo ‘capacidades básicas’ usado por Sen (1980) teria a finalidade de separar a habilidade para satisfazer certos funcionamentos crucialmente importantes até certos níveis adequadamente mínimos.” (SEN, 1998, 67)

Para que alguém se beneficie de uma bicicleta para melhorar suas capacidades de escolha geradas pelo transporte mais rápido, seria, obviamente, necessário saber andar de bicicleta. Do contrário, o meio de transporte lhe seria de muito pouca valia.

O enfoque procedimental de Norman Daniels se dirige especialmente para as questões suscitadas pelos serviços de saúde. Concordando com o conceito de bens primários e com o princípio da igualdade de oportunidades de Rawls, esse autor procura enfrentar os problemas de racionamento dos serviços de saúde, quando pessoas razoáveis podem discordar sobre a resolução alocativa de demandas conflitantes em saúde, situação muito frequente nas polêmicas sobre critérios distributivos entre áreas assistenciais ou alternativas de investimento no sistema de saúde:

“Chamado de controle pela razoabilidade, essa estrutura teórica faz uso do processo justo para preencher as lacunas deixadas pelo princípio de justiça devido à realidade que pessoas razoáveis discordarão sobre o relativo peso de demandas

conflitantes em saúde. Controle por razoabilidade parece ser a resposta usada por Daniels para enfrentar a quarta questão não resolvida de racionamento — o problema da democracia, o qual questiona “quanto peso deve ser dado a julgamentos baseados teoricamente ou na intuição em oposição a preferências expressas”. O processo deliberativo de controle por razoabilidade oferece uma solução parcial ao problema ao invocar condições de publicidade, relevância, instâncias de revisão e recurso, e regulação, para tomada de decisão que seja convincente ao desafio do desacordo razoável entre pessoas imparciais” (BENEDICT, 2010, p.311)

Esses procedimentos para o controle da razoabilidade indicam uma via de construção de arenas democráticas para a criação de consensos sobre as necessidades de saúde. Em pleno acordo com esse ditame processual, reconhece-se que o estabelecimento de estimativas de necessidades em saúde em uma sociedade democrática será obrigatoriamente um processo político envolvendo os atores interessados em amplos processos de criação de consenso sobre os patamares de oferta requeridos e as circunstâncias de sua flexibilização e adaptação aos contextos geográficos e sócio-sanitários específicos.

VII. Estudos de utilização de serviços de saúde

Como foi dito anteriormente, as necessidades de serviços de saúde devem ser diferenciadas das expectativas ou desejos individuais de utilização de serviços de saúde. O estudo de utilização de serviços de saúde denominado de ecologia do cuidado em saúde promovido por Kerr L. White e colaboradores em 1961, nos Estados Unidos, e os que se seguiram aplicando o mesmo enfoque em outros contextos, mostram um quadro instigante. Apesar de pequenas diferenças nas questões formuladas e da diversidade geográfica dos países, a quantidade de pessoas que reportaram algum tipo de sintoma no período de um mês e que consideraram a possibilidade de procurar um

serviço de saúde e aquelas que, efetivamente, o procuraram, apresenta um padrão estruturalmente muito semelhante.

Assim, entre 56,7 e 90,1% dos entrevistados reportaram sintomas ou enfermidades no mês, mas menos da metade consideraram a possibilidade de procurar cuidados médicos (EUA, 2001). Aproximadamente entre 1/4 a 1/3 das pessoas chegaram a procurar um médico ou serviço de cuidados primários. Um pouco menos de 1/10 procurou cuidados especializados (isso em apenas mês!). Em termos percentuais e projetando os dados para o período de um ano, entre 9,6 a 16,8 por cento foram internados em algum hospital, com grandes

variações entre as situações, e entre 12,0 a 19,2 por cento das pessoas foram admitidos em Pronto Socorros.

Apenas para efeito de comparação, o parâmetro para estimativa de necessidade de consultas médicas de urgência proposto pela Portaria 1101 é de 15% das consultas médicas. Isso resultaria, aplicando-o às consultas médicas esperadas (2 a 3 consultas médicas/ano), que entre 30 a 45% das pessoas procurariam consultas de urgência, mais do dobro do observado nos países pesquisados. Isso talvez reflita o modelo centrado nos atendimentos de urgência ainda marcante no sistema de saúde brasileiro.

A utilização de serviços hospitalares se

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS EM UM MÊS, EM 1000 HAB.	HONG KONG (2005)	EUA (1961)	EUA (2001)	JAPÃO (2005)	NORUEGA (2012)
reportaram sintomas	567	750	800	862	901
consideraram possibilidade de procurar cuidado médico	512		327		
procuraram cuidados primários	372	250		307	214
visitaram um consultório médico			217	232	
procuraram cuidados especializados	68			88	91
visitaram um médico medicina chinesa	54		65	49	55
visitaram um serviço de urgência	16		13	10	
foram hospitalizados num hospital comunitário	7	9	8	7	14
			14	3	
		5			
foram hospitalizados em centro médico terciário	1	1	1		
				6	
visitaram um fisioterapeuta					141
visitaram um dentista					115
Taxas					
Internação hospitalar (por ano, por 100 hab.)	9,6	12,0	10,8	8,4	16,8
Admissão em Pronto Socorro (por ano, por 100 hab.)	19,2		15,6	12,0	
Procuraram cuidados primários (por ano, por 100 hab.)	44,6	30,0	26,0	36,8	

mostrou bem mais elevada que o observado no SUS, que apresenta uma concentração per capita média próxima a 6% ao ano.

Na tabela ao lado, procurou-se resumir os achados desses estudos de “ecologia do cuidado”. As cores foram usadas para vincular as questões formuladas nos estudos aos respectivos resultados e a construção das duas colunas contendo descrições de “utilização de serviços em um mês, em 1000 hab.” tentou abranger, com uma tradução livre dos termos utilizados nas pesquisas, as nuances contida nas questões formuladas.

Apesar dos inúmeros vieses que se possa atribuir aos estudos de utilização, são um im-

portante referencial para o estudo de necessidades em saúde. Isso porque, apesar de toda a complexidade dos fenômenos envolvidos, são expressão dessas necessidades, manifestando-se de forma diversa segundo os padrões culturais, econômicos e de oferta de serviços existentes. São também importantes meios de aferir as desigualdades, e mesmo as iniquidades, no acesso aos serviços entre os grupos sociais.

VIII. Estimativas de necessidade: uma proposição sintética

Aproximações às necessidades de serviços de saúde podem ser realizadas a partir de vários enfoques. Propõe-se aqui uma metodologia que foi desenvolvida e encontra-se em constante revisão e adaptação no processo de revisão dos parâmetros da Portaria MS 1101/2002 (Brasil, 2002), coordenado pelo este autor.

Em nosso país, a tradição observada na programação, isto é, nos processos de definição de quantitativos de serviços a serem realizados e a consequente alocação de recursos para seu custeio, é centrada em meros ajustes das séries históricas de procedimentos realizados pelos prestadores de serviços, públicos ou privados. Essa tradição remonta ao modelo de remuneração exercido pelo antigo INAMPS (Instituto de Assistência Médica da Previdência Social), cuja modalidade de remuneração dos serviços predominante era o chamado fee-for-service (pagamento por procedimento). Apesar do modelo da Programação Pactuada e Integrada - PPI, de 2006, já introduzir o cálculo de necessidades para um amplo leque de ações de atenção primária e das ações de atenção especializada delas decorrentes, um grande número de serviços ainda continua sendo programado com base nos critérios contidos na Portaria 1101, muito influenciada pela lógica de oferta e de ajustes sobre a série histórica da época em que foi elaborada.

A mudança na lógica de programação, buscando-se aproximações às necessidades de saúde, além do mandato legal, encontra ressonância no

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS EM UM MÊS, EM 1000 HAB.	
adultos reportaram um ou mais enfermidades ou agravos por mês	
consultaram médico uma ou mais vezes no mês	
consultaram médico de cuidados primários	
visitaram um ambulatório em hospital	
visitaram complementar ou provedor de cuidado alternativo	
visitaram um departamento de emergência (pronto-socorro)	
adulto admitido em um hospital por mês	
receberam cuidado domiciliar	
adulto referenciado para outro médico por mês	
adulto referenciado para um centro médico universitário por mês	
visitaram um ambulatório de um hospital universitário	

contexto mais recente de desenvolvimento econômico que permite o abandono dos enfoques restritivos e puramente racionalizadores de recursos que marcaram o período anterior.

Para a proposição de estimativas de necessidade de serviços, incorporadas em referências quantitativas para o seu cálculo (usualmente denominadas de “parâmetros de programação” no jargão dos planejadores), propõe-se o seguinte percurso metodológico:

1. Definição das populações alvo para cada tipo de serviço:

Estabelecer com clareza o grupo populacional cujas necessidades serão estimadas;

2. Identificação de subcategorias dessas populações com necessidades diferenciadas

Na população alvo, identificar subpopulações que potencialmente se beneficiam de determinadas intervenções realizadas pelos serviços (por exemplo, classificação dos estágios das doenças crônicas: pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, nos estágios Leve, Moderada, Severa, e Muito Severa);

Além das meras taxas de prevalência e incidência anual, para algumas doenças já foram desenvolvidos modelos bastante complexos que as classificam em diversos estágios, segundo sua história natural, com taxas de prevalência conhecidas para cada um deles, além das probabilidades de transição de um estágio a outro num determinado período de tempo (em geral de um ano de duração), bem como as taxas de mortalidade para cada estágio. Esses modelos, com alto grau de elaboração, utilizam abordagens matemáticas, como as Cadeias de Markov e outras, e permitem estimativas mais refinadas da quantidade de intervenções para cada estágio;

3. Propor a organização das intervenções nos vários níveis de atenção.

Os modelos de atenção são fundamentais para a estimativa de necessidades de serviços de saúde. Muitas vezes não se pode prever a quantidade de intervenções necessárias independente do modelo de atenção, isto é, num contexto de desorganização e fragmentação dos serviços e da inexistência de uma Rede Integrada de Ser-

viços de Saúde estruturada, as possibilidades de planejamento se reduzem enormemente e o cálculo estimativo das ações necessárias perde toda a consistência;

4. Levantamento de evidências que embasem as intervenções

Recorre-se a revisões sistemáticas de pesquisas clínicas; estudos de utilização de serviços de saúde; estudos de efetividade e custo-efetividade etc. em busca de fundamentação científica para justificar a oportunidade das intervenções e os quantitativos ótimos a serem ofertados. Há que se reconhecer que a produção científica nesse campo ainda é bastante incipiente, adotando-se frequentemente recomendações com nível de evidência muito baixo, como a opinião de especialistas;

5. Levantamento de critérios de planejamento e proposições quantitativas de sistemas de saúde centrados na atenção primária (benchmarking)

A prática de outros sistemas centrados na atenção primária orientados para a organização de redes integradas de serviços são utilizados como padrões de comparação para auxiliar na definição de recomendações de parâmetros nacionais, na medida em que são experimentos sociais já consolidados e que podem representar estágios desejados de organização sistêmica. Apesar de serem referências importantes, as enormes diferenças econômicas e culturais, bem como as especificidades de organização dos modelos de atenção devem ser consideradas na análise. Muitas vezes o benchmarking é a única alternativa para estimar necessidades de determinadas estruturas ou equipamentos sanitários que atendem uma ampla gama de condições de saúde (por exemplo, equipamentos de exame de imagem como tomógrafos, ressonância magnética nuclear ou ecógrafos, que permitem diagnósticos de um sem número de doenças e condições clínicas).

6. Proposição de recomendações de critérios de planejamento e parâmetros para estimativa de necessidades

Ao final, fixa-se um valor de referência,

sempre fruto de um juízo crítico sobre as evidências disponíveis e a prática dos especialistas, na medida em que poucas pesquisas alcançam o grau de detalhamento e precisão desejados para a definição dos quantitativos das intervenções no nível de populações.

Os parâmetros assim propostos sempre assumem caráter estimativo e provisório, com um caráter de “melhor estimativa possível a partir das informações disponíveis”, a ser obrigatoriamente adaptado aos contextos reais e aos perfis demográficos, epidemiológicos, de demanda e de oferta loco regionais. A legitimação das proposições deve passar por processos de criação de consenso por especialistas e pela abertura para a discussão e crítica pelos atores envolvidos, assumindo-se plenamente seu caráter de dispositivo dialógico que contribui na construção de consensos democraticamente produzidos.

IX. Conclusão

O conceito de necessidades em saúde, para poder ser aplicado no nível dos serviços de saúde, pela sua elevada complexidade e por extrapolar o âmbito setorial, exige uma redução de seu escopo a uma de suas dimensões, a das necessidades de serviços de saúde. O conhecimento das características da demanda, oferta, e dos padrões históricos de utilização são importantes aspectos para a estimativa das necessidades de serviços de saúde. Os modelos de atenção são pressupostos importantes na definição de necessidades, na medida em que a organização dos serviços nos padrões de redes integradas de serviços de saúde tem demonstrado respostas mais eficazes na melhoria dos níveis de saúde.

A aplicação do enfoque de necessidades à fixação de referências quantitativas nos processos de programação da atenção à saúde permite aproximações à demanda esperada, e em coerência com o desenho do modelo de atenção centrado na atenção primária, contribui para a superação da lógica dominante da programação baseada em ajustes de série histórica. ■

Referências bibliográficas

1. Benedict AL. Resenha. Just health:meeting health needs fairly, by Norman Daniels. Cambridge: Cambridge University Press, 2008. Revista de Direito Sanitário, São Paulo v. 11, n. 2 p. 310 319 Jul /Out. 2010.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1101, de 12 de junho de 2002. Estabelece parâmetros assistenciais do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, v.139, n.112, p.36, 13 jun. 2002. Seção 1.
3. Cavanagh S, Chadwick K. Health needs assessment: a practical guide. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2005. 105 p.
4. Del Nero C. R. O que é Economia da Saúde. In: Piola S. F. & Vianna S. M. (Org.). Economia da Saúde: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde. Brasília: IPEA, 2002.
5. Fukui T, Rhaman M, Takahashi O, et al. The Ecology of Medical Care in Japan. JMAJ 2005;4:163-67
6. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. N Engl J Med 2001;344:2021-2025.
7. Hansen A., Halvorsen P., Førde O.. The ecology of medical care in Norway: wide use of general practitioners may not necessarily keep patients out of hospitals. Journal of Public Health Research, North America, 1, jul. 2012. Available at: <<http://www.jpghres.org/index.php/jpghres/article/view/jpghr.2012.e28>>. Date accessed: 08 Jul. 2013.
8. Leung GM, Wong IOL, Chan WS, et al. The ecology of health care in Hong Kong. Soc Sci Med 2005; 61:577-90. Marmot M, Wilkinson R (ed.) Social determinants of health: the solid facts. Second edition. World Health Organization Europe, 2003.
9. Sen AK. Capacidad y Bienestar. In: NUSSBAUM, Martha C.; SEN, Amartya. La Calidad de Vida. México: Fondo de Cultura Económica, 1996.
10. Stevens A, Raferty J, eds. Health care needs assessment—the epidemiologically based needs assessment reviews. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1994.
11. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl J Med 1961;265:885-92
12. Wright J, Williams R, Wilkinson JR: Development and importance of health needs assessment. BMJ 1998, 316(7140):1310-3.

No dia 6 de novembro, o Conselho Nacional de Saúde lançou a Campanha Nacional em Defesa do SUS e Fortalecimento do Controle Social. Coordenada pelo CNS, mas assumida também pelas três esferas do controle social, a campanha tem o objetivo de aproveitar os 25 anos do SUS como oportunidade de comunicação para valorizar a atuação e a participação do CNS e dos Conselhos Estaduais e Municipais na construção do SUS e, por consequência, da saúde pública brasileira. Participe da campanha nas redes sociais e ajude a fortalecer o Sistema Único de Saúde. Todos #JuntosPeloSUS

O Governo Federal criou, no mês de outubro, por meio da Lei n. 12.873, o Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Sem Fins Lucrativos (PROSUS) que possibilitará, a partir de janeiro de 2014, o parcelamento da dívida dos serviços com a União. Além disso, o Ministério da Saúde anunciou também um pacote de medidas para fortalecer a atuação dos hospitais filantrópicos e das Santas Casas na assistência a pacientes atendidos no SUS. Uma delas é o aumento do incentivo pago às Santas Casas e a instituições filantrópicas para garantir o atendimento, o que irá gerar impacto financeiro de R\$ 1,7 bilhão em 2014 e permitirá aumentar em 236 mil o número de cirurgias realizadas por essas instituições anualmente no SUS. Saiba mais sobre essas medidas no portal do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br).

Assim como acontece todos os anos com a promoção do Outubro Rosa para lembrar as mulheres da importância da prevenção do câncer de mama, o movimento Novembro Azul – Um Toque, um Drible –, lançado pela Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), em parceria com Instituto Lado a Lado pela Vida, iluminou, durante todo o mês, pontos turísticos em várias cidades e distribuiu panfletos explicativos para conscientizar os homens sobre a necessidade de se submeterem a exames preventivos contra o câncer de próstata. Dados do Instituto Nacional do Câncer (Inca) mostram que, no ano passado, foram identificados mais de 60 mil novos casos da doença.

O Brasil foi sede, entre os dias 10 e 13 de novembro, do III Fórum Global de Recursos Humanos. Promovido pelo Ministério da Saúde, pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS) e pela Aliança Global para a Força de Trabalho em Saúde (GHWA), o encontro debateu a crise mundial de falta de profissionais em saúde para atender à demanda populacional e as soluções para o enfrentamento do problema. Ministros de estado e autoridades de 35 países, acompanhados de delegações de 85 nações, e cerca de 1.500 convidados participaram do encontro. Essa foi a primeira vez que um país das Américas sediou o evento.

Mais Curtas podem ser acompanhadas nas Redes Sociais!



Siga
twitter.com/CONASSoficial



Curta
facebook.com/conassoficial

consensus

Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

PRESIDENTE

Wilson Alecrim (AM)

VICE-PRESIDENTES E ADJUNTOS

Região Centro Oeste: a eleger; **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); Ermani 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 Salomão de Oliveira (RR); Antônio Carlos dos S. Figueira (PE); Antonio Faleiros (GO); Antônio Jorge de S. Marques (MG); Antonio Lastória (MS); Ciro Carlos Emerim Simoni (RS); Ciro Gomes (CE); David Everson Uip (SP); Ermani Maia (PI); Hélio Franco de Macedo Júnior (PA); Joélia Silva Santos (SE); Jorge Araújo Lafetá Neto (MT); Jorge José Santos Pereira Solla (BA); Jorge Vilas Boas (AL); José Tadeu Marino (ES); Luiz Roberto Leite Fonseca (RN); 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, ILUSTRAÇÕES E CAPA

Marcus Carvalho

IMPRESSÃO

Gráfica Positiva

TIRAGEM

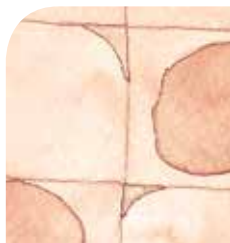
7.000 exemplares

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

Opiniões, sugestões e pautas

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

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



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE



IV MOSTRA NACIONAL
DE EXPERIÊNCIAS EM
ATENÇÃO BÁSICA/
SAÚDE DA FAMÍLIA

> Brasília - DF | Março de 2014
Valorizando a experiência,
estimulando o protagonismo local



se amostre !

*Veja a cara da
Atenção Básica no Brasil*



<http://www.atencaobasica.org.br/mostra>

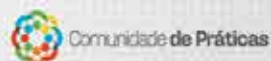


Participe
do maior evento
já realizado na
área da saúde.

Serão
10 mil participantes
trocando experiências
e mostrando a cara da
Atenção Básica nos
4 cantos do país.

Acesse
o site e faça
já sua inscrição!

QUE
VE CONTA
QUE
VE FAZ



Ministério da
Saúde



BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA