

ano IV, número 10
janeiro, fevereiro e março de 2014
www.conass.org.br

consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE



SAÚDE DA PESSOA IDOSA

COMO PREPARAR O BRASIL PARA
O DESAFIO DO SÉCULO XXI

ENTREVISTA

Arthur Chioro fala dos
principais desafios do SUS

SAÚDE EM FOCO

A crise contemporânea dos
modelos de atenção à saúde

OPINIÃO

Como preparar o sistema
de saúde brasileiro para
enfrentar o envelhecimento,
tendo em vista a mudança
do perfil demográfico

consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Ano IV | Número 10 | Janeiro, Fevereiro e Março de 2014



FOTOGRAFIA: THINKSTOCK

6

consensus entrevista

*Confira a entrevista com o ministro da Saúde,
Arthur Chioro*

12

matéria de capa

*O tempo não para
Estamos preparados para envelhecer?*

saúde em foco

26 *A crise contemporânea dos sistemas de saúde*

relações internacionais

32 *Cobertura e sistemas universais de saúde são tema de intercâmbio internacional de experiências no Brasil*

institucional

34 *Revista Consensus interativa*

36 *Pesquisa avalia o desempenho das UPA 24 horas*

38 *Comissão Geral da Câmara dos Deputados debate
financiamento da Saúde*

opinião

40 *Como preparar o sistema de saúde brasileiro para
enfrentar o envelhecimento, tendo em vista a mudança do perfil
demográfico*

46 *curtas*

Trazemos nesta edição da revista **Consensus**, um tema muito importante e que certamente interessa a todos nós: o envelhecimento. Temos de admitir que, durante o processo de apuração dos dados e das informações para a elaboração da nossa matéria de capa, esforçamos-nos para abordar essa questão que nos é cara de maneira positiva e proativa, tendo em vista o seu caráter explícito e inexorável.

Uma expressiva transição demográfica vem se tornando preponderante no Brasil, devendo mudar o rumo das políticas assistenciais no nosso país. De acordo com a projeção de especialistas, o crescimento demográfico, a urbanização e o envelhecimento da população farão que tenhamos, em pouco mais de três décadas, 40 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, consideradas idosas de acordo com a idade estabelecida pelas Nações Unidas e adotada pelo Estatuto do Idoso no Brasil.

E, para dar conta dos impactos causados pelo progressivo aumento da expectativa de vida e da redução das iniquidades dessa parcela da população, o Estado brasileiro tem muito trabalho pela frente. Principalmente no que concerne às condições socioeconômicas, extremamente relevantes nesse processo transitório.

Apresentaremos, então, os principais aspectos relacionados à saúde do idoso e às políticas sociais necessárias para que os anos a mais de vida dos brasileiros não sejam um transtorno, mas sinônimo de desenvolvimento do nosso país e motivo de alegria para os cidadãos.

Ao SUS compete boa parte desse desafio, a começar pela prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, que geralmente expressam-se na velhice.

Aliás, o predomínio das condições crônicas e a necessidade de modernização dos sis-

temas de saúde no Brasil e no mundo é outra temática importante, abordada na matéria que trata da crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde - tema do 3º seminário CONASS Debate.

O evento contará com a presença de especialistas brasileiros e de outros países, que irão expor suas experiências e debater as alternativas de soluções para esse problema que, assim como nas questões relacionadas ao envelhecimento da população, também tem nas transições suas principais premissas.

Demográficas, tecnológicas, epidemiológicas ou nutricionais, essas transições, vivenciadas por países da Europa, dos Estados Unidos da América, do Canadá e do Brasil, não podem ser cessadas. Faz-se imprescindível, portanto, a promoção de mudanças rápidas no modelo de atenção para que ele seja coerente com a conjuntura da saúde predominante no país.

Também conversamos com o ministro da Saúde, Arthur Chioro, que assumiu a pasta em fevereiro. Ele falou à revista **Consensus** a respeito de seus objetivos e estratégias para alavancar e aprimorar o SUS e suas ações.

Outras matérias que compõem nossa revista tratam da pesquisa que avaliou a implementação e o desempenho das Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), realizada pelo CONASS e pelo Ministério da Saúde, com o apoio da Opas; e dos debates internacionais a respeito da universalidade dos sistemas de saúde e da cobertura universal no Brasil e no mundo.

Apresentamos ainda uma novidade tecnológica da qual lançamos mão para tornar a revista **Consensus** mais interativa. Saiba como funciona e como utilizar o QR Code na página 34.

Desejamos a todos uma ótima leitura! ■



Ouvir o texto
goo.gl/TfDLnd





ENTREVISTA

Arthur Chioro

Idealismo, inquietude e gosto por desafios definem bem Arthur Chioro – médico sanitariano, doutor em Saúde Coletiva, professor universitário, pesquisador nas áreas de gestão e planejamento em saúde e, agora, ministro de Estado da Saúde.

Sua experiência profissional legitima a sua indicação para o cargo. Chioro participou da gestão do Ministério da Saúde entre 2003 e 2005 como Diretor do Departamento de Atenção Especializada. Lá coordenou projetos inovadores para o Sistema Único de Saúde (SUS), entre os quais destacam-se: a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192); o processo de certificação e contratualização dos Hospitais de Ensino; a criação do projeto de contratualização dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos com o SUS; e a reorganização da rede de alta complexidade em saúde com a elaboração de políticas para Atenção ao Doente Renal, Doenças Cardiovasculares e Neurológicas.

Por duas vezes, foi secretário de Saúde de São Vicente/SP e, em 2009, assumiu a Secretaria de Saúde do município de São Bernardo do Campo/SP.

Seu compromisso com os movimentos sociais, fruto de sua participação na militância suprapartidária em defesa do SUS, levou-o duas vezes à presidência do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo.

Nesta entrevista exclusiva à Revista **Consensus**, Arthur Chioro fala sobre como pretende enfrentar os maiores problemas que desafiam e ameaçam a saúde pública brasileira, como a judicialização, o financiamento do SUS e a oferta e as condições de trabalho dos profissionais de saúde pública no Brasil.



Ouvir o texto
goo.gl/B8zYZZ





FOTO: Rondon Vellozo - Ascom/MS

Consensus **Ministro, em seu discurso de posse, o senhor fez uma fala bastante abrangente, tratando da maioria dos problemas que a saúde pública enfrenta. Como o senhor pretende dar conta de todas essas temáticas?**

Arthur Chioro Não existe outra forma de enfrentamento dos problemas estruturais do Sistema Único de Saúde (SUS) se não for por meio do fortalecimento das relações interferativas. Nesse sentido, é necessário qualificar e introduzir novas práticas de gestão para reforçar as ações cooperativas e avançar, ainda mais, no processo de descentralização. Ao longo dessas duas décadas de construção do SUS, a descentralização da saúde tem se mostrado muito vantajosa, porém são identificadas dificuldades que precisam ser superadas. Torna-se necessário priorizar a regionalização e reforçar o papel coordenador da gestão estadual do SUS, com ênfase na formatação das redes de atenção.

Consensus **Como o papel dos estados, de coordenadores dos sistemas estaduais de saúde, pode ser fortalecido, como o senhor defende e como eles podem reforçar essa atribuição concomitantemente a outras ações e aos serviços de saúde?**

Chioro É fundamental para o êxito de processo de descentralização que se tenham estados fortes, com maior capacidade de prover cooperação técnica e financeira e de coordenar os sistemas regionais de saúde. Tratando-se de poder, não podemos achar que seja algo a ser transferido ou conferido pelo governo federal. Refere-se, em última instância, a um processo de empoderamento por meio da descentralização da própria estrutura de governança estadual, com ênfase no planejamento regional de saúde e no monitoramento bipartite de metas e resultados, como consequência de pactos explícitos e claras definições de responsabilidades entre os gestores do SUS. A função gestora dos estados precisa ser reforçada, aperfeiçoada com nosso apoio, se ne-

cessário, olhando as singularidades de cada estado e mesmo de cada região, e será sempre a função mais relevante como coordenação dos sistemas estaduais de saúde. Alguns instrumentos e mecanismos de fortalecimento da gestão estadual já estão dados, conforme consta no Decreto n. 7.508/2011. Outros precisam ser aprofundados e/ou repensados, simplificados e, efetivamente, implementados.

Consensus **O senhor propõe que a relação interfederativa seja reforçada com mais diálogo e interação entre as três esferas de gestão do SUS. É possível estabelecer essa relação tripartite tendo em vista tanto o período eleitoral quanto os demais aspectos políticos entrelaçados à gestão da saúde pública no Brasil?**

Chioro Tratar as relações interfederativas de forma democrática e republicana é um imperativo para o sucesso do SUS. Já demonstramos que podemos superar as questões político-partidárias se investirmos no constante aprimoramento dos canais interfederativos de negociação e diálogo. Essa superação deve-se, em muito, ao fato da participação efetiva dos três níveis de governo na construção do arco diretivo da política de saúde e na publicização dessa relação. O consenso normativo possibilita superação de possíveis diferenças partidárias e garante o respeito pelas singularidades locais quando da operacionalização do SUS.

Consensus **Quando esteve com sua equipe na primeira Assembleia do CONASS de 2014, o senhor mencionou que é preciso inovar a atuação das instâncias de pactuação do SUS. Quais são as ideias e as propostas do Ministério da Saúde para fomentar e promover mudanças no processo de trabalho das CIBs (Comissões Intergestores Bipartite), das CIRs (Comissões Intergestores Regionais) e da CIT (Comissão Intergestores Tripartite)?**

Chioro É preciso reforçar seu protagonismo. As instâncias técnicas devem estar subordi-

nadas a esses fóruns de pactuação. É importante capacitar as câmaras técnicas de assessoramento às Comissões de forma que ao aprovarem determinado desenho de rede regional ou estadual, não precisem de validação técnica de outra esfera de governo. É preciso abrir espaços nas agendas que tenham vários sentidos, que expressem prioridades e que não deixem os órgãos colegiados se transformarem no *locus* da burocracia e da protelação.

Consensus **Ultrapassados os obstáculos para a implantação do Programa Mais Médicos, quais são os principais desafios para manter o atendimento nas periferias das grandes cidades e nas áreas mais remotas do país? Como o Ministério da Saúde pretende qualificar o programa e tratar das carências relacionadas à estrutura e à condições de trabalho destes profissionais?**

Chioro O volume de investimentos comprometido na qualificação da rede básica de saúde (construção, ampliação e reforma de UBS) e na implantação das redes regionais de atenção à saúde é impressionante. Precisamos aprofundar o debate sobre a carreira do SUS, que deve ter financiamento tripartite, podendo ter regramento nacional, mas que leve em conta as diferenças regionais, com gestão e operacionalização sob coordenação estadual. Só dessa maneira será possível garantir o enfrentamento das iniquidades. Precisamos também priorizar educação permanente e estratégias de humanização.

Consensus **Como tornar mais atrativo o mercado de trabalho no Sistema Único de Saúde? Em sua opinião, o que falta para melhorar a oferta e as condições de trabalho dos profissionais de saúde pública no Brasil?**

Chioro O SUS já é o principal empregador nesse mercado de trabalho. Acho que não se trata apenas de melhoria salarial como atrativo principal, mas, fundamentalmente, da perspectiva de visualização de uma carreira justa e que considere e avalie desempenho profissional. A melhoria das condições de trabalho está na pauta do dia com o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), SOS Emergência, Qualisus, como exemplos de ações voltadas para qualificação dos serviços e das redes de atenção.

Consensus **No que diz respeito ao financiamento da saúde, mais de 2 milhões de assinaturas, coletadas em todo o país, foram entregues à Câmara dos Deputados no ano passado. Essa ação do movimento intitulado Saúde + 10 pretende fazer que a União destine 10% de suas receitas correntes brutas para a saúde. Como o senhor enxerga esse movimento e a união de esforços para que o governo federal aumente os recursos destinados ao SUS? O que os gestores da saúde podem esperar em relação ao incremento dos recursos do SUS em 2014?**

Chioro Todo esforço de mobilização em defesa do SUS é bem visto pelo Ministério da Saúde.



FOTO: Rondon Vellozo - Ascom/MS



Album completo
goo.gl/LVZKpN



Nosso país enfrenta, atualmente, o grande desafio de assegurar um financiamento público adequado que viabilize a garantia do direito à saúde prevista na Constituição Federal, de 1988. Entre 2000 e 2011, os estados e os municípios mais que triplicaram o volume de recursos destinados à saúde, passando de R\$ 28 bilhões para R\$ 89 bilhões, o que correspondeu a um incremento de R\$ 61 bilhões, sendo R\$ 28 bilhões referentes ao incremento estadual e R\$ 32 bilhões, ao municipal (Ipea, 2013). Nesse mesmo período, a União aumentou o gasto em ações e serviços públicos de saúde em R\$ 31 bilhões, o que correspondeu a um aumento de 75% em relação a 2000. Esse valor incremental é muito próximo ao observado em cada uma das outras duas esferas de governo, totalizando um aumento da ordem de R\$ 92,7 bilhões. Contudo, esses aumentos do percentual de recursos públicos aplicados em saúde, ainda, não ultrapassaram 4% do PIB. Nos países com sistemas de saúde universais, como o nosso, esse percentual já ultrapassa os 6% do PIB há algum tempo e, em muitos, supera 10%. Essas comparações dão uma ideia do caminho de que o Brasil ainda tem de percorrer, sendo necessário avançar, também, na compreensão do custo e da efetiva necessidade de recursos para implantar um sistema que se quer universal, integral e equânime. Precisamos, cada vez mais, legitimar o SUS, por meio da qualificação do atendimento, da explicitação clara de suas responsabilidades e padrão de integralidade, a fim de buscar alternativas factíveis de ampliar os gastos públicos com a saúde da nossa população.

Consensus Como o senhor e sua equipe pretendem trabalhar a questão da revisão de

A função gestora dos estados precisa ser reforçada, aperfeiçoada com nosso apoio, se necessário, olhando as singularidades de cada estado e mesmo de cada região, e será sempre a função mais relevante como coordenação dos sistemas estaduais de saúde.

algumas portarias, em especial a Portaria n. 204/2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde?

Chioro Essa questão deve ser tratada de maneira articulada com a discussão de critérios de rateio e vem sendo discutida em Grupo de Trabalho Tripartite, constituído para adequação/elaboração de critérios de rateio dos recursos federais, atendendo às exigências da Lei Complementar n. 141/2012.

Consensus A questão da judicialização da saúde também tem sido recorrente em suas falas desde que assumiu o Ministério da Saúde. Que estratégias o senhor e sua equipe pretendem desenvolver e colocar em prática para lidar com esta situação?

Chioro A principal estratégia é a do diálogo. Queremos ouvir do CONASS, assim como do Conasems, quais as alternativas possíveis que já identificam. São soluções diferentes para distintos problemas. Precisamos traçar um plano de ação, no Grupo de Trabalho já constituído para esse fim e começar sua operacionalização, de imediato. Pretendo liderar, efetivamente, esse esforço, envolvendo outros atores como MPF, TCU, OAB e Conselho Nacional de Saúde. A judicialização da saúde, em vez de promover justiça social, está sendo promotora de iniquidades.

Consensus O que o senhor pretende fazer para melhorar a qualificação da Atenção Primária à Saúde?

Chioro Esse conjunto de ações, como o PMAQ, Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab), Atenção Domiciliar, Programa Saúde na Escola, Academia da Saúde, entre outras, é voltado para qualificação da Atenção Básica, porém os resultados não aparecem em curto prazo. Além disso, precisamos avançar na qualificação da gestão da Atenção Básica e, principalmente, na gestão do cuidado. Para isso, são essenciais ações de educação permanente, para que a Atenção Básica seja efetivamente a ordenadora das redes de atenção à saúde. É preciso, também, equacionar o problema da oferta de serviços de mé-

dia complexidade. Este se constitui, ainda, um dos mais graves problemas do SUS, e por se constituir em importante ponto de estrangulamento das redes de cuidados interfere na qualidade da Atenção Básica. Os déficits no padrão de oferta resultam em demanda reprimida, filas e longo tempo de espera ou não garantia de acesso e oportunidade de utilização dos serviços necessários. Organizada e financiada com base na lógica de oferta e pagamento por produção de procedimentos, desconsidera as necessidades e o perfil epidemiológico da população. Caracteriza-se pela dificuldade de acesso e baixa resolutividade, superposição de oferta de serviços nas redes ambulatorial e hospitalar, concentração de serviços e profissionais especializados em locais de alta densidade populacional e baixo grau de integração entre os diferentes níveis de complexidade da assistência. A organização da assistência de saúde em linhas de cuidado contribui para superar a fragmentação, reduzindo a distância entre os diversos pontos de atenção e garantindo a integralidade das ações com um fluxo rápido e oportuno em cada nível de atenção. A linha de cuidado é uma ferramenta imprescindível para a gestão da clínica e, conseqüentemente, para uma atenção à saúde efetiva e de qualidade.

Consensus Considerando a instituição da Política Nacional de Atenção Hospitalar, qual a proposta do Ministério da Saúde para os hospitais de pequeno porte diante da Rede de Atenção à Saúde do SUS?

Chioro É preciso analisar a realidade e as necessidades de cada região de saúde antes de definir o número de leitos considerado adequado para determinado hospital. É preciso, também, considerar a sua inserção em rede – a organização de um conjunto de serviços que articuladamente são ofertados para cuidar da saúde da população –, a estabelecer processos de trabalho que considerem a realidade local, os avanços possíveis e não o ideal estabelecido para o país como um todo. Em certos lugares, pode ser necessário ampliar a oferta de internação hospitalar; em outros, a internação domiciliar pode ser a resposta mais adequada. Há, ainda, situações em que a oferta precisa ser profundamente reestruturada.

Entre 2000 e 2011, os estados e os municípios mais que triplicaram o volume de recursos destinados à saúde, passando de R\$ 28 bilhões para R\$ 89 bilhões, o que correspondeu a um incremento de R\$ 61 bilhões, sendo R\$ 28 bilhões referentes ao incremento estadual e R\$ 32 bilhões, ao municipal.

Consensus O envelhecimento da população é o tema central desta edição da revista Consensus. Em sua opinião, como a saúde pública pode se preparar para as implicações desta transição epidemiológica e demográfica?

Chioro Por meio da formação de redes de atenção integradas e resolutivas. A construção de redes de atenção deve ser orientada por linhas de cuidado, principal ferramenta de integração entre promoção, prevenção, vigilância e assistência em todos os seus níveis. Nesse caso, a Atenção Básica desempenha papel protagonista, constituindo-se na principal porta de entrada do sistema, com garantia da longitudinalidade do cuidado (ou vínculo e responsabilização). A longitudinalidade é especialmente adequada para pessoas com doenças crônicas e em comorbidades, situações muito frequentes e que exigem da Atenção Básica uma reestruturação dos serviços, cuja tradição é organizarem-se para o enfrentamento de problemas agudos. Teremos de pensar em novos arranjos do cuidado, considerando que a saúde dos idosos será um dos maiores desafios sanitários das próximas décadas. Esse esforço de reestruturação implica uma permanente ação articulada entre o estado e os municípios com a definição clara dos seus papéis e responsabilidades, criando mecanismos que garantam o desenvolvimento de suas ações, com empoderamento técnico-científico e financeiro, especialmente dos municípios, e ainda garantam o acompanhamento e o monitoramento das ações pactuadas entre os entes federados. ■

especial



O tempo não para

Estamos preparados para envelhecer?

TATIANA ROSA
ADRIANE CRUZ

“A coisa mais moderna que existe nessa vida é envelhecer”, já dizia Arnaldo Antunes ao cantar, em 2009, a música Envelhecer. Mais atual impossível, a canção fala com leveza, ironia e bom humor sobre a chegada da velhice – realidade cada vez mais comum no mundo e, principalmente, nos países em desenvolvimento, como no caso do Brasil. É o que revelam os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em 2060, uma grande parcela da população brasileira será de idosos com mais de 60 anos. Hoje, são 20,6 milhões de idosos, o que representa 10,8% da população. Em 2060, esse número representará 26,7% do total.



Ouvir o texto
goo.gl/xOM7iM



“O meu problema são as dores que sinto nas juntas. Por isso, que eu costumo dizer que é pra juntar tudo e jogar fora”, brinca a aposentada Anastácia Carvalho Silva, de 63 anos. Moradora de Planaltina, cidade-satélite a aproximadamente 50km de Brasília, a aposentada retrata com bom humor realidade que atinge também grande parte dessa parcela da população que sofre com problemas decorrentes do avanço da idade.

Para amenizar a dores do tempo, dona Anastácia, como gosta de ser chamada, participa de um grupo gratuito de automassagem. “Já melhorei bastante. Antes eu não conseguia levantar o braço e agora eu já consigo e posso fazer outras coisas. As dores que eu sentia nos ombros, braços e pernas já melhoraram muito. Isso aqui alegra a vida da gente e nos dá mais vontade de lutar, porque se a gente ficar só em casa, não dá”, comemora a aposentada.

Totalmente gratuita, a atividade faz parte do Programa de Assistência Integral à Saúde do Idoso da Regional de Planaltina, uma iniciativa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal junto ao Ministério da Saúde, com o objetivo de integrar os idosos em atividades de lazer, saúde e educação, além de socializá-los, dando a eles mais cidadania e facilitando o acesso aos serviços de saúde.

Iniciativas como essa espalham-se pelo país afora e, assim como o que acontece em Planaltina, já existem pelo Brasil inúmeros programas que visam dar melhor qualidade de vida às pessoas que já chegaram à terceira idade. Essas iniciativas demonstram a preocupação das autoridades com o envelhecimento da população.

Desafios

Diante dessa realidade, é importante entender o que isso representa do ponto de vista das políticas públicas e que tipos de desafios o Brasil terá de enfrentar. Estamos preparados?

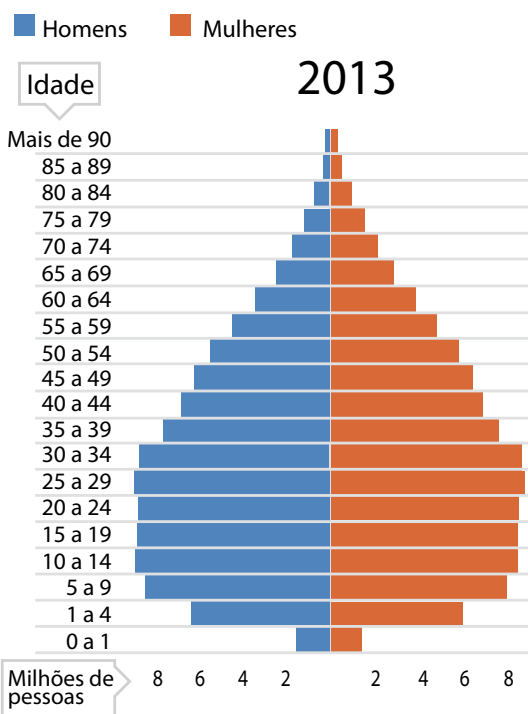
Como estamos nos organizando para cuidar de nossos idosos? Será esse o maior desafio do século XXI?

Para responder a essas perguntas, ouvimos especialistas e autoridades que há algum tempo trabalham com essa temática.

Como no caso das coordenadoras geral e adjunta da Saúde da Pessoa Idosa (Cosapi) – área do Ministério da Saúde vinculada ao Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) –, Maria Cristina Hoffmann e Maria Cristina Lobo, respectivamente. Para elas, um dos maiores desafios para o país é a inclusão da pauta do envelhecimento e seus impactos na agenda prioritária das políticas públicas com ofertas concretas de intervenções.

Hoffmann cita também outros desafios, como o fortalecimento da articulação intersetorial com vistas a responder às demandas da pessoa idosa na sua integralidade, com ampliação de oferta de arranjos institucionais

PIRÂMIDES ETÁRIAS ABSOLUTAS



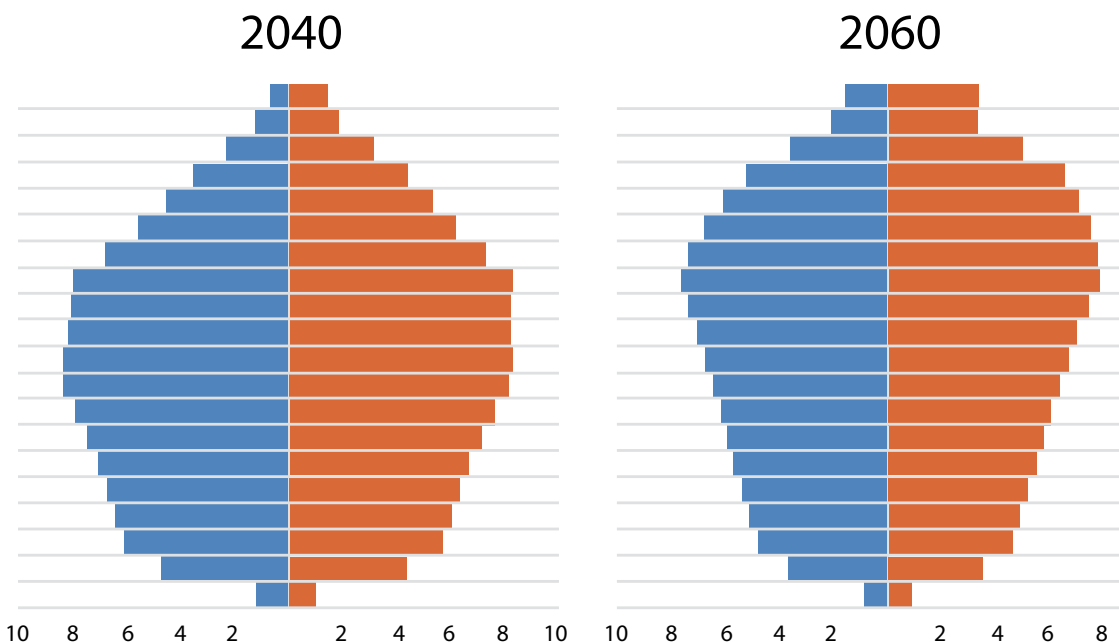
para dar conta da complexidade do cuidado à população que envelhece, envolvendo família e sociedade, oferta de cuidadores e apoio às famílias cuidadoras, atenção domiciliar e cuidados prolongados.

Questionada sobre como o Ministério da Saúde tem se preparado para o enfrentamento desses desafios, ela explica algumas diretrizes que compõem a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI - Portaria n. 2.528/2006). “A Política possui diretrizes que norteiam as ações nas três esferas do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco na promoção do envelhecimento ativo e saudável, na oferta de atenção integral à saúde da pessoa idosa e na realização de ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção. A PNSPI também destaca a importância de investimentos em educação permanente dos profissionais da saúde da pessoa idosa”, diz.

Em contrapartida, a técnica de Planejamento e Pesquisa do Instituto de Pesquisa Aplicada (Ipea) Ana Amélia Camarano cita

outros desafios. Segundo ela, é preciso aumentar o número de crianças no país – hoje a taxa de fecundidade que nos últimos 50 anos era de 6,2 filhos, passou para 1,77 em 2013. “Na verdade, a população brasileira está caminhando para uma diminuição e quem trabalha e paga imposto daqui a alguns anos não vai mais contribuir. A pergunta é: quem vai fazer esse papel?”, questiona.

O outro desafio, segundo Camarano, diz respeito não ao fato de haver muitos ou poucos idosos, mas sim à garantia das condições de saúde e autonomia dessas pessoas. A pesquisadora afirma que é preciso repensar o conceito de idoso. “Essa definição de que idoso é uma pessoa com 60 anos ou mais é ultrapassada. É preciso avaliar melhor essa classificação, porque não importa se a pessoa tem 60 anos ou mais, mas sim se ela está em condições de trabalhar, de produzir, de não estar dependendo da previdência ou de cuidados especiais. Acho que são dois desafios que me parecem assim de imediato”, ressalta.



Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Projeção da População por Sexo e Idade para o Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação, 2013.



Já para o presidente do Centro Internacional de Longevidade do Brasil (ILC), o geriatra Alexandre Kalache, o aumento da expectativa de vida da população e, conseqüentemente, o aumento da população idosa trazem desafios importantes para o país. “A expectativa de vida não aumenta só ao nascer. As pessoas que chegam aos 60 anos também continuam vivendo cada vez mais e isso exige políticas públicas mais adequadas”. A afirmação foi feita durante a sua participação no Fórum Saúde Brasil, promovido pelo jornal *Folha de S. Paulo* no último dia 27 de março.

E assim como a pesquisadora do Ipea, o geriatra também alertou para a diminuição da população, tendo em vista que há pelo menos seis anos a taxa de fecundidade no Brasil está abaixo do nível de reposição. Segundo ele, é importante que se invista na educação pública se quisermos ser bem cuidados e termos jovens produtivos no futuro, uma vez que hoje as mulheres com baixa renda e com tempo de educação menor que 8 anos têm o dobro da taxa de fecundidade daquelas mulheres de classe média/alta. “São essas crianças de hoje, que não estão sendo bem educadas, que vão cuidar de nós e nos sustentar à medida que envelheçemos. Se elas não tiverem o mínimo de educação básica, não serão boas cuidadoras. Então até em causa própria é necessário pensarmos muito nesse desafio do abismo hoje que há em termos de taxa de fecundidade”.

Para ele, outro aspecto importante a ser considerado diz respeito à transição demográfica e epidemiológica. Segundo ele, cada vez mais as mortes de pessoas com mais de 60 anos são decorrentes de doenças crônicas. No entanto, o envelhecimento não deve ser considerado culpado, pois não podemos desconsiderar que a população está envelhecendo com bolsões de extrema pobreza. “Não vamos culpar o envelhecimento por essas doenças crônicas. Nós temos de ter muita atenção antes de responsabilizar o indivíduo, pois não podemos culpá-lo por ter sido pobre, excluído e negligenciado. Temos de ter a solidariedade de tratar essa pessoa que nunca foi cuidada, com respeito e dignidade”.

Kalache também chama a atenção para a importância do cuidado, pois à medida que uma população envelhece, o cuidado é a dimensão principal na área da saúde. “É importante proporcionar o autocuidado, dar sustento e suporte para que o idoso possa se cuidar, afinal ninguém deve estar tão interessado em se cuidar que ele próprio”.

Impactos na Saúde e Políticas Públicas: como trabalhar essa questão?

O acelerado processo de envelhecimento populacional no Brasil impacta e traz mudanças no perfil epidemiológico dos brasileiros, principalmente porque é caracterizado por importante heterogeneidade e grandes desigualdades sociais.

“Essa peculiaridade exige das políticas sociais uma articulação intersetorial entre elas, como a assistência social e a previdência para responder às demandas crescentes de cuidado”, afirma a coordenadora adjunta da Saúde da Pessoa Idosa, Maria Cristina Lobo.

Para ela, fica claro que os impactos dessas mudanças na área da saúde acontecem pelo aumento da demanda por serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, na necessidade de se investir em ações de promoção e prevenção, na atenção ambulatorial e hospitalar especializada e na atenção domiciliar para o cuidado com a pessoa idosa.

Confira algumas experiências exitosas da gestão estadual e municipal no campo do envelhecimento e saúde da pessoa idosa.

Confira em
goo.gl/Jc1Olz



Lobo cita dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2008 que indicam que 73% da população idosa são usuários do SUS, 51% têm domicílio cadastrado nas Equipes de Saúde da Família (ESF) e 53% utilizam posto ou centro de saúde como primeiro local de atendimento. “Isso reforça a necessidade de priorizar investimentos nas ações de promoção, prevenção e preservação das condições de saúde, considerando suas especificidades e ampliando o acesso qualificado à pessoa idosa, preferencialmente nos territórios”, diz.

A coordenadora da Cosapi indica ainda outro impacto significativo que são as demandas de cuidado, seja para apoiar as famílias cuidadoras ou suprir ausência de vínculos sociais. Ela explica que é necessário um esforço conjunto com envolvimento principalmente da Saúde e da Assistência Social para ampliar, criar novos dispositivos de cuidados a partir de experiências já realizadas, como, por exemplo, as experiências de cuidado que envolvem a figura do cuidador, seja no âmbito



51% têm domicílio cadastrado nas Equipes de Saúde da Família (ESF)
53% utilizam posto ou centro de saúde como primeiro local de atendimento
73% da população idosa são usuários do SUS

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2008

familiar ou institucional, a oferta de serviços dia e atenção domiciliares, além de reordenar as instituições de longa permanência de forma que estas se constituam em opção humanizada de moradia para idosos, principalmente para aqueles em situação de vulnerabilidade social e sem vínculo familiares.

Para amenizar os impactos que essas transições acarretam ao SUS, o Ministério da Saúde tem trabalhado com diversas linhas de atuação (confira todas as ações do MS na entrevista completa no *site*). Uma das mais importantes é a implementação do Modelo de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa. “Como é do conhecimento, o SUS adotou como orientação para organizar a atenção, a constituição e atuação em Redes de Atenção à Saúde (RAS). A necessidade de propor um modelo de atenção específico surgiu como resposta para organizar a atenção à população idosa no SUS. Esse modelo tem como foco potencializar e articular ações existentes nas RAS, incluindo as especificidades desse grupo”, explica Maria Cristina Hoffmann.

Entre os objetivos específicos propostos no modelo, estão a busca por melhores resultados sanitários nas condições crônicas, a diminuição das referências para especialistas e hospitais, o aumento da eficiência dos sistemas de saúde, a produção de serviços mais custo-efetivos e melhorias na satisfação dos usuários em relação aos serviços de saúde e a ampliação e qualificação do acesso da pessoa idosa ao SUS, a partir das suas especificidades.

Vale ressaltar que o modelo foi elaborado e validado no VIII Colegiado de Gestores de Saúde da Pessoa Idosa, realizado em novembro de 2013 e será lançado no XXX Congresso Nacional do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), em junho deste ano.

O Ministério da Saúde participa da Comissão Interministerial instituída pelo Decreto Presidencial n. 8.114/2013, que estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e tem o objetivo de

articular esforços da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em colaboração com a Sociedade Civil, para valorização e defesa dos direitos da pessoa idosa. A Comissão é coordenada pela Secretaria dos Direitos Humanos e é composta por 17 ministérios.

“Nós também estamos envolvidos diretamente no fortalecimento do Colegiado Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que é um fórum composto por gestores dos estados e do Distrito Federal, dos municípios capitais e acima de 500 mil habitantes com reuniões presenciais semestrais e agenda permanente de trabalho”, complementa Hoffmann.

Para conhecer a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o esforço de gestão de estados e municípios, a Cosapi conduziu um projeto de mapeamento das experiências exitosas de gestão, seguindo critérios como o alinhamento com princípios e diretrizes do SUS, com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e com as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde com a população idosa. O projeto considerou o caráter inovador, a relevância dos resultados e o potencial para ser replicado em outras realidades.

A pesquisadora do Ipea Ana Maria Camarano lembra que a sociedade conseguiu grande avanço ao emplacar a Política Nacional do Idoso, mas faz uma ressalva: “Nós não conseguimos implementá-la, tanto que nove anos depois foi criado o Estatuto do Idoso por causa do fracasso da política”. E vai além.

“Nós temos condições de desenvolver políticas públicas e sociais eficazes para enfrentar essa nova realidade, mas para isso é preciso que os governantes tratem esse problema como prioridade. Condições há, basta querer. O que preocupa é que o Brasil ainda não conseguiu resolver a saúde para a população. Ainda há uma dificuldade de atendimento, de acesso da população como um todo e conseqüentemente isso afeta também a população idosa”.



Camarano também acredita na importância das ações intersetoriais. “Essa questão do envelhecimento tem de ser trabalhada intersetorialmente. Por exemplo: acabar com o preconceito que existe em relação aos idosos é uma questão de educação que começa desde o ensino básico, ensinando os jovens a valorizar o papel do idoso e seu papel social. São necessárias políticas de cuidado e de acessibilidade para essas pessoas, ou seja, é preciso trabalho conjunto dos ministérios da Cidade, da Educação, da Saúde etc.”

Além disso, explica, “é muito importante a inserção dos idosos na construção dessas políticas, pois muitas vezes elas são elaboradas sem ouvir os principais interessados e acabam não sendo tão eficientes quanto deveriam”.

Revolução da Longevidade

Durante o Fórum Saúde Brasil, Alexandre Kalache falou sobre a Revolução da Longevidade. “Revolução é aquilo que acontece de súbito e que tem impacto em toda a sociedade. É exatamente isso que está acontecendo hoje no Brasil e também no mundo. Estamos diante de uma revolução da longevidade”, afirmou.

Por isso, é importante, segundo o geriatra, traçar uma perspectiva do curso de vida, pois os idosos querem envelhecer mantendo a independência e a qualidade de vida. “Se nós chegarmos bem aos 80 anos, continuaremos a ser um recurso para a sociedade, se ela se preparar para tal. O problema está naquele idoso que entra em declínio. Aí sim o envelhecer é um fardo”.

O médico alertou para a transição do curso de vida. “Antes a aposentadoria durava apenas dois, três anos e com um salário baixo. Hoje nós vamos nos aposentar e viver mais uns 30 anos com muita experiência para continuar contribuindo para a sociedade. Mas será que ela está preparada? Uma sociedade que pensa no idoso vai nos beneficiar a todos. Quem for amigo do idoso será amigo de todos”, refletiu.

O presidente do ILC concluiu sua apresentação afirmando que é preciso promover o



envelhecimento ativo, dando oportunidades de saúde, de educação continuada e de participação na vida social. “Essa revolução veio para ficar e todos nós devemos abraçá-la independentemente da nossa área de atuação”.

Preconceito: é possível acabar?

Exclusão, maus-tratos, negação. Negar a velhice e cultuar a juventude. Negar o passado, negar a história, cultuar o hoje e o efêmero. Como envelhecer diante de uma sociedade mergulhada na valorização daquilo que é novo? Como lidar com a contradição de uma sociedade que, ao mesmo tempo em que busca alternativas que prolonguem a expectativa de vida das pessoas, renega o tão natural ato de envelhecer e exclui os seus idosos, abandonando-os, muitas vezes à própria sorte?

Em Planaltina/DF, os idosos participam da técnica Bordado Terapia (imagem abaixo), que une conhecimentos da psicologia às atividades artísticas na cura de depressão, ansiedade, estresse e dificuldades de relacionamento. A atividade faz parte do Programa de Assistência Integral à Saúde do Idoso, iniciativa da SES/DF junto com o Ministério da Saúde.



“É importante investir em campanhas publicitárias com foco na mudança de paradigma sobre o envelhecimento em uma sociedade que valoriza exageradamente a juventude e não valoriza a sua história”, observa Cristina Hoffmann.

Segundo ela, o conhecimento acumulado pelos anos vividos pode ser aproveitado e investido em políticas de reinserção no mercado de trabalho e de possibilidades de participação social, protagonismo e contribuição para sociedade.

Hoffmann destaca um ponto importante. “Na saúde, temos de trabalhar o conceito do envelhecimento ativo, desvincular envelhecimento de doenças crônicas, reconhecer que o envelhecimento traz perdas, mas que é possível viver esta fase com qualidade de vida”.

E finaliza citando trecho adaptado do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), 2012, que se refere ao processo de envelhecimento como celebração e desafios: “O envelhecimento é um triunfo do desenvolvimento. O aumento da longevidade é uma das maiores conquistas da humanidade. As pessoas vivem mais em razão de melhorias na nutrição, nas condições sanitárias, nos avanços da medicina, nos cuidados com a saúde, no ensino e no bem-estar econômico. Mas a população em envelhecimento também apresenta desafios sociais, econômicos e culturais para indivíduos, famílias, sociedades e para a comunidade global. E isto pode e deve ser planejado para transformar os desafios em oportunidades”.

O que outros países estão fazendo?

O Brasil vem implantando, desde 2012, o projeto-piloto dos Cuidados Continuados Integrados (CCI), fruto da parceria e intercâmbio com a Catalunha, na Espanha, onde o modelo funciona desde a década de 1980, e com Portugal, que há cerca de sete anos vem adotando o CCI.

A participação da família na recuperação e na reabilitação do idoso é primordial. Por isso, estimulamos a integração entre os profissionais de saúde e a família. Equipe médica, assistência social e família são o tripé da atenção à pessoa idosa.

LUIZ MARIA RAMOS FILHO



O modelo, que começa com a abordagem do paciente no hospital pela Equipe de Gestão de Alta (EGA), tem como objetivo orientar a continuidade da atenção dada não apenas aos idosos, mas aos cidadãos em geral com necessidade de acompanhamento, seja em questões agudas ou crônicas.

Uma das principais características do CCI é a articulação entre as equipes multidisciplinares, integrando o atendimento pós-alta com as equipes das atenções básica e domiciliar e com os centros de referência em reabilitação física, efetivando a integralidade da assistência e o prosseguimento do cuidado a pacientes em situação clínica estável que careçam de reabilitação ou adaptação decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico.

“A prisão assistencial que alguns hospitais de média e alta complexidade estavam percebendo, devido ao incremento de patologias crônicas e degenerativas e de pacientes que precisavam de cuidados variados, foi um dos principais motivadores para o início

desse projeto”, relata a dra. Montserrat Dolz, diretora da Gesaworld S.A. e consultora do projeto no Brasil.

Ela conta que não havia oferta de serviços além da atenção básica e da atenção hospitalar clássica, causando diariamente grande volume de cuidados, o que também aconteceu no Canadá e nos Estados Unidos da América, conforme relata Dolz.

“Começando a tratar pessoas com problemas de cronicidade e dependência, viu-se que o modelo clássico de abordagem médico-assistencial prestado nos hospitais ficava curto e incompleto para as necessidades que os pacientes apresentavam. Porque o hospital clássico orienta um tratamento para curar e faz uma intervenção pontual. Então, os pacientes com patologias ou multipatologias, com condições crônicas ou com idade avançada, tinham de ser tratados de outro jeito”, explica.

A experiência da Catalunha e de outros países que têm serviços públicos de saúde, como o Brasil, corrobora a necessidade de reforço da Atenção Primária à Saúde (APS), a fim de fazer



a devida abordagem de pacientes com uma ou mais patologias, crônicas ou degenerativas, que podem ficar em casa e se deslocar à Unidade Básica de Saúde para fazer seus controles.

Nesse aspecto, o papel do cuidador também é fundamental. “Muitas vezes ele é da família, portanto, parte do trabalho dessas equipes é educar os familiares, mostrando como deve ser o acompanhamento para que os pacientes possam receber os cuidados adequados às suas necessidades”, explica Montserrat.

O Dr. Luiz Maria Ramos Filho, superintendente de Assistência Social do Hospital Samaritano, executor do projeto pelo Proadi-SUS, ressalta que o CCI depende muito da mudança da visão da equipe de atenção por

ser uma proposta multidisciplinar não centrada no cuidado médico. O projeto está em fase de implantação em Teresina, no Piauí, em Rebouças, no Paraná, e em Campo Grande, no Mato Grosso do Sul.

Ele explica que, embora não seja uma política específica para a população idosa, ela é grande beneficiária do programa e que nos países europeus, por conta da população mais envelhecida, há um cuidado assistencial diferenciado, até mesmo com o financiamento da assistência social. “Muitas vezes a necessidade social do paciente é muito maior que a necessidade médica. Em algumas situações, o volume de recursos financeiros pode, inclusive, inverter-se, sendo maior o aporte por parte da assistência social que da saúde”.

“O principal é formar as Equipes de Gestão de Alta nos hospitais de referência com lotação maior. Estas equipes, assim como a regulação, são fundamentais para o direcionamento do tratamento ou para a internação domiciliar”, ressalta Ramos Filho.

Na região de Franca, em São Paulo, foram inauguradas, em agosto de 2013, Unidades de Cuidados Continuados nas cidades de Pedregulho e Ipuã, com apoio da Secretaria de Saúde do estado, do Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (Cealag) e da Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo (Fehosp), custeadas pelo Ministério da Saúde.

A Santa Casa de Franca, como hospital estratégico da região, é a que mais encaminha pacientes para essas unidades, tendo como primeira referência a Unidade de Pedregulho, para onde já foi transferido o maior número de pacientes que recebem todo o cuidado de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada, centrada em sua recuperação global, promovendo a sua autonomia e melhorando sua funcionalidade.

Portaria n. 2.809/12
goo.gl/Muj7Xx



Acesse a Portaria n. 2.809/2012 e saiba como os Cuidados Prolongados podem ser implantados nos municípios e nos estados brasileiros.

Cuidados Prolongados

Um dos desdobramento do intercâmbio internacional foi a publicação, em 2012, da Portaria n. 2.809, que estabelece os Cuidados Prolongados como retaguarda da rede de atenção de urgências e com unidades inspiradas no CCI. Os Cuidados Prolongados já estão sendo incorporados ao SUS, implantados nos hospitais São Julião e na Santa Casa de Campo Grande, no Mato Grosso do Sul, e na Santa Casa de Ipuã, em São Paulo.

“Esta é uma estratégia intermediária entre os cuidados hospitalares de caráter agudo ou crônico e a atenção domiciliar destinada a usuários estáveis que necessitem de reabilitação ou adaptação por sequelas, problemas clínicos, cirúrgicos ou traumatológicos”, explica Ana Paula Cavalcante, coordenadora de Atenção Hospitalar do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (SAS/MS).

Os Cuidados Prolongados são uma das possibilidades que os gestores têm para a reabilitação da pessoa com perda de autonomia potencialmente recuperável. São unidades de 15 a 25 leitos, com equipe multiprofissional composta por fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, técnico de enfermagem, enfermeiro e médico.

Diferente do CCI, a Equipe de Gestão de Alta não está prevista nos Cuidados Prolongados, cuja normativa sugere que a alta seja administrada pelo Núcleo de Acesso e Qualidade, tanto para a unidade de Cuidados Prolongados quanto para outra retaguarda clínica, principalmente nos hospitais gerais, explica Ana Paula.

“Unidades pequenas podem ser efetivamente personalizadas. Esta é uma oportunidade de utilizar essas unidades espalhadas em todo Brasil com número reduzido de leitos e uma baixa complexidade na assistência”, completa. ■

Envelhecer

(Arnaldo Antunes, Marcelo Jeneci e Ortinho)

A coisa mais moderna que existe nessa vida é envelhecer
A barba vai descendo e os cabelos vão caindo pra cabeça aparecer
Os filhos vão crescendo e o tempo vai dizendo que agora é pra valer
Os outros vão morrendo e a gente aprendendo a esquecer

Não quero morrer pois quero ver
Como será que deve ser envelhecer
Eu quero é viver pra ver qual é
E dizer venha pra o que vai acontecer

Eu quero que o tapete voe
No meio da sala de estar
Eu quero que a panela de pressão pressione
E que a pia comece a pingar
Eu quero que a sirene soe
E me faça levantar do sofá
Eu quero pôr Rita Pavone
No ringtone do meu celular
Eu quero estar no meio do ciclone
Pra poder aproveitar
E quando eu esquecer meu próprio nome
Que me chamem de velho gagá

Pois ser eternamente adolescente nada é mais demodê
Com uns ralos fios de cabelo sobre a testa que não para de crescer
Não sei por que essa gente vira a cara pro presente e esquece de aprender
Que felizmente ou infelizmente sempre o tempo vai correr



A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde

O predomínio das condições crônicas e a necessidade de modernização dos sistemas de saúde, no Brasil e no mundo, são temas do 3º seminário CONASS Debate, com participação de convidados internacionais e autoridades brasileiras.



Programação – 13 de maio de 2014

9h – Abertura

- Wilson Duarte Alecrim – presidente do CONASS
- Antônio Carlos Nardi – presidente do Conasems
- Maria do Socorro de Souza – presidente do Conselho Nacional de Saúde
- Arthur Chioro – ministro de Estado da Saúde
- Joaquim Molina – representante da Opas/OMS

10h30 – Conferência de Abertura

– Rafael Bengoa – assessor do programa Obamacare, foi diretor de Gestão de Condições Crônicas e diretor de Políticas do Sistema de Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), e ex-ministro da Saúde do país Vasco

11h30 – Contextualização do tema

- Eugênio Vilaça Mendes – gerente técnico do projeto CONASS Debate

12h – Almoço

13h30 – Exposições

– Luiz Facchini, professor do Departamento de Medicina Social e dos Programas de Pós-Graduação em Epidemiologia e em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, pós-doutorado em Saúde Internacional, e ex-presidente da Abrasco

– Claunara Schilling Mendonça, professora de Medicina de Família no Departamento de Medicina Social da Universidade do Rio Grande do Sul, Medica de Família e Comunidade do Grupo Hospitalar Conceição, e ex-diretora de Atenção Básica do Ministério da Saúde

– Luiz Fernando Rolim Sampaio, chefe do Escritório de Serviços de Saúde da Unimed Belo Horizonte, foi diretor de Atenção Básica do Ministério da Saúde, consultor do Departamento de Medicina de Família e Comunidade da Universidade de Toronto, e assessor técnico do CONASS

– Frederico Guanais – PhD, especialista Líder em Saúde da Divisão de Proteção Social e Saúde do Banco Interamericano de Desenvolvimento

Coordenação

- Renilson Rehem – gerente do projeto CONASS Debate

15h30 – Debate com a plateia, internautas e expositores

Mediação

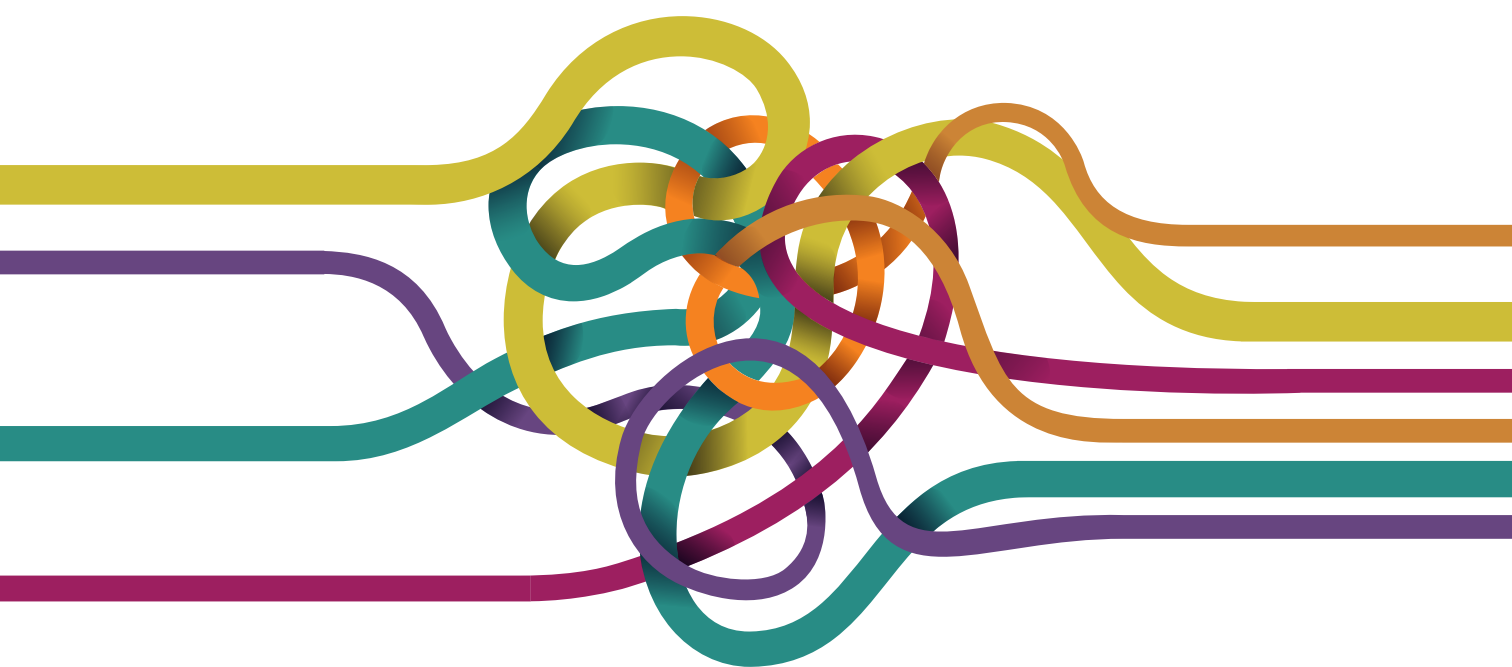
- Renato Farias – Canal Saúde / Fiocruz

17h – Encerramento

Os internautas poderão participar dos debates enviando perguntas e comentários. Acesse o *site* oficial do evento para mais informações!

Assista ao vivo e participe *on-line* dos debates em
www.conass.org.br/conassdebate





A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde

Como o Brasil e o mundo podem se preparar para enfrentar os problemas que assolam os seus modelos de Atenção

TATIANA ROSA



Ouvir o texto
goo.gl/WL2Hm7



A evolução acelerada que o mundo contemporâneo vive nos coloca diante de rápidas e constantes transformações. Acompanhá-las, mais do que questão de sobrevivência, é também uma maneira de inserção social. Adaptar-se às novas realidades impostas por esse desenvolvimento dinâmico faz-se necessário em uma sociedade que exige cada vez mais que estejamos inseridos em seu contexto.

Essas transformações implicam diretamente no modo de viver de uma sociedade na mesma medida em que atingem também as políticas públicas voltadas a essa população.

É o que acontece hoje com os sistemas de saúde do Brasil e do mundo que não conseguiram acompanhar a velocidade das transições epidemiológicas, demográficas, nutricionais e tecnológicas, gerando o descompasso entre as condições de saúde das populações e a capacidade de enfrentamento dessas situações pelos sistemas de saúde.

Pensando nisso e em busca de soluções que resolvam ou ao menos amenizem o problema, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde promove o seminário CONASS Debate – A crise contemporânea dos sistemas de saúde. (Confira a programação na página anterior.)

“As transições demográficas, tecnológicas, epidemiológicas e nutricionais, vivenciadas por países da Europa, Estados Unidos, Canadá e Brasil, não podem ser cessadas. Por isso, é necessário promover mudanças rápidas no modelo de atenção para que ele seja coerente com a conjuntura da saúde predominante no país”, explica o coordenador técnico do projeto CONASS Debate, Eugênio Vilaça.

Com a experiência de quem hoje assessora o programa Obamacare, o ex-diretor de Gestão de Condições Crônicas e diretor de Políticas do

Sistema de Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), e ex-ministro da Saúde do país Vasco, Rafael Bengoa, cita alguns desafios importantes a serem enfrentados pelos sistemas de saúde no Brasil e no mundo.

Segundo ele, são necessárias políticas ativas para transformar os sistemas que hoje não são adaptados para enfrentar o desafio da transição demográfica e das doenças crônicas. “Esta adaptação não ocorrerá sem políticas ativas para complementar o modelo atual, voltado às condições agudas, com um modelo orientado, voltado às condições crônicas”.

Em contrapartida, Bengoa alerta que o modelo assistencial vigente – reativo e focado nas condições agudas – é economicamente insustentável e incompatível com o tempo de continuidade dos cuidados de que precisam os doentes crônicos.

Para ele, não é possível controlar as mudanças demográficas, mas, sim, a resposta ao desafio que elas trazem. “A principal reforma é passarmos de um sistema reativo e passivo que espera os pacientes, para um sistema proativo que intervém antecipadamente sempre que possível. Assim, vamos aprender a gerenciar melhor os pacientes complexos, com múltiplos problemas de saúde”.



tiplas co-morbidades. O que é caro não são os doentes crônicos, mas sim o modelo de atenção fragmentado que oferecemos”, conclui.

Já o ex-diretor do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), Luís Fernando Rolim, hoje chefe do escritório de serviços de Saúde da Unimed de Belo Horizonte, afirma que já existem movimentos de estímulo da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para que as operadoras de planos implementem novas formas de atenção à saúde, tendo em vista que as mudanças no quadro epidemiológico trazem a exigência de um novo modelo de atenção à saúde.

Entretanto, observa: “no caso brasileiro, não podemos desconsiderar que por trás desse cenário existe uma crise maior, a meu ver, no plano político-ideológico a qual teremos de enfrentar, pois a sociedade vai nos exigir uma resposta. Essa crise passa por temas muito delicados como: os limites no direito à saúde em relação ao acesso a serviços e tecnologias da indústria médico-hospitalar e o redesenho do *mix* público-privado no sistema de saúde brasileiro”.

Sobre o papel do setor privado como suplementar, Rolim esclarece que essa é uma discussão antiga e complexa. “Suplementar é algo que vai além de um todo já existente. Nesse entendimento, poderíamos retirar esse suplemento e o sistema permaneceria estável, como acontece no sistema de saúde canadense no qual a opção de comprar planos é oferecida para serviços específicos”, diz.

Rolim esclarece, no entanto, que o subsistema público e o subsistema privado brasi-

leiros têm hoje relações de interdependência. “A saúde suplementar ultrapassa os limites do que poderíamos categorizar como suplementar. Ela complementa a cobertura pública e, por falta de limites dos dois subsectores, há efetivamente muitos casos de duplicação de serviços e de assistência”.

Em contrapartida, a professora de medicina de família e comunidade do Grupo Hospitalar Conceição e ex-diretora do DAB/MS, Claunara Schilling Mendonça, acredita que existe uma crise de valor moral e ético que significa o quanto as sociedades estão dispostas a financiar sistemas públicos e universais e também uma crise de modelo de atenção, que inclui quais são os serviços ofertados e a forma como são acessados pela população.

Schilling cita a situação dos países europeus que com a crise financeira estão revisando algumas ofertas desnecessárias e custosas à população. Ela explica que no Brasil são gastos 9% do Produto Interno Bruto (PIB) em saúde, mas 55% desse valor são distribuídos para 40% da população brasileira com planos privados e os demais (60% da população) têm de ter suas necessidades em saúde atendidas por 4,07% do PIB. “A crise dos sistemas no mundo é que depois de um certo valor de gastos *per capita* em saúde, a melhora dos indicadores se dá na forma como os recursos se distribuem, e aí entra a distribuição nos modelos de atenção”, esclarece.

Nesse sentido, a médica observa que o modelo de atenção precisa atender às mudan-



ças na sociedade. “Os sistemas de saúde que são orientados às necessidades da população têm melhores resultados. A população vivendo mais, e com menos utilização dos espaços da ‘rua’ (pela questão da insegurança), faz que a rede de serviços (de saúde e dos outros setores da determinação social da saúde) deva se preparar para apoiar as pessoas a lidar com condições crônicas”.

Categórica, afirma ainda que só será possível um modelo de atenção que responda às necessidades das pessoas quando os problemas prevalentes (80 a 90%) forem atendidos e acompanhados na Atenção Primária à Saúde e o restante, com tempo correto e qualidade na atenção especializada. Segundo ela, sempre que um problema de saúde prevalente, agudo ou a agudização de um problema crônico é respondido na rede por serviços especializados focais, os recursos são gastos inapropriadamente e não dão a resposta adequada. Além disso, ocupam o espaço dos serviços especializados com questões que não são de sua competência e dificultam o acesso aos que realmente precisam estar nesses serviços.

No período em que esteve à frente do DAB/MS, Claunara Schilling defendeu que o Programa Saúde da Família – modelo brasileiro de APS – fosse o serviço de referência para todo brasileiro. “Esses serviços, de base territorial, com população definida, integrariam a rede de serviços assistenciais de saúde e também se relacionariam com a rede intersetorial (escola, cultura, assistência social, justiça, saúde urbana e ambiente, desenvolvimento agrário etc.)”

No entanto, ela explica que faltaram naquele momento, e ainda faltam até hoje, profissionais com competência adequada e a garan-

tia do escopo das ações e dos serviços a serem ofertados nas Unidades Básicas de Saúde.

Para ela, se os serviços criam barreiras de acesso ou não conseguem dar as respostas aos problemas que levam as pessoas a procurarem os serviços de saúde, abre-se uma brecha para que a população busque respostas inadequadas às suas doenças em serviços de pronto-atendimentos ou especializados, sem longitudinalidade, sem estabelecer relação de confiança com os profissionais do cuidado, submetendo-se a intervenções e tratamentos mais invasivos e que podem causar mais danos que benefícios.

“Dentro do ideário do que é ser ‘cuidado’, isso atende ao senso comum de acesso ao médico, aos exames e ao tratamento medicamentoso. Esse é o modelo que está em falência no mundo”, conclui.

Conheça melhor o CONASS Debate e acesse todo o material no *site* do projeto. ■



Acesse o site
goo.gl/SRsTLA



Luiz Facchini, professor da Universidade Federal de Pelotas e ex-presidente da Abrasco (E) e Frederico Guanais – PhD, especialista Líder em Saúde da Divisão de Proteção Social e Saúde do Banco Interamericano de Desenvolvimento, também participarão, como expositores, do seminário, juntamente com os entrevistados desta matéria. Confira a programação no evento nas páginas 24 e 25.

Publicações Digitais do CONASS

Pensando em sua comodidade, o CONASS adaptou suas publicações que agora podem ser lidas gratuitamente na palma da sua mão e onde estiver!

Confira essa novidade em nosso site ou use o leitor de **QR Code** de seu *tablet* ou *smartphone*, conforme instruções na página 65, e baixe as publicações.

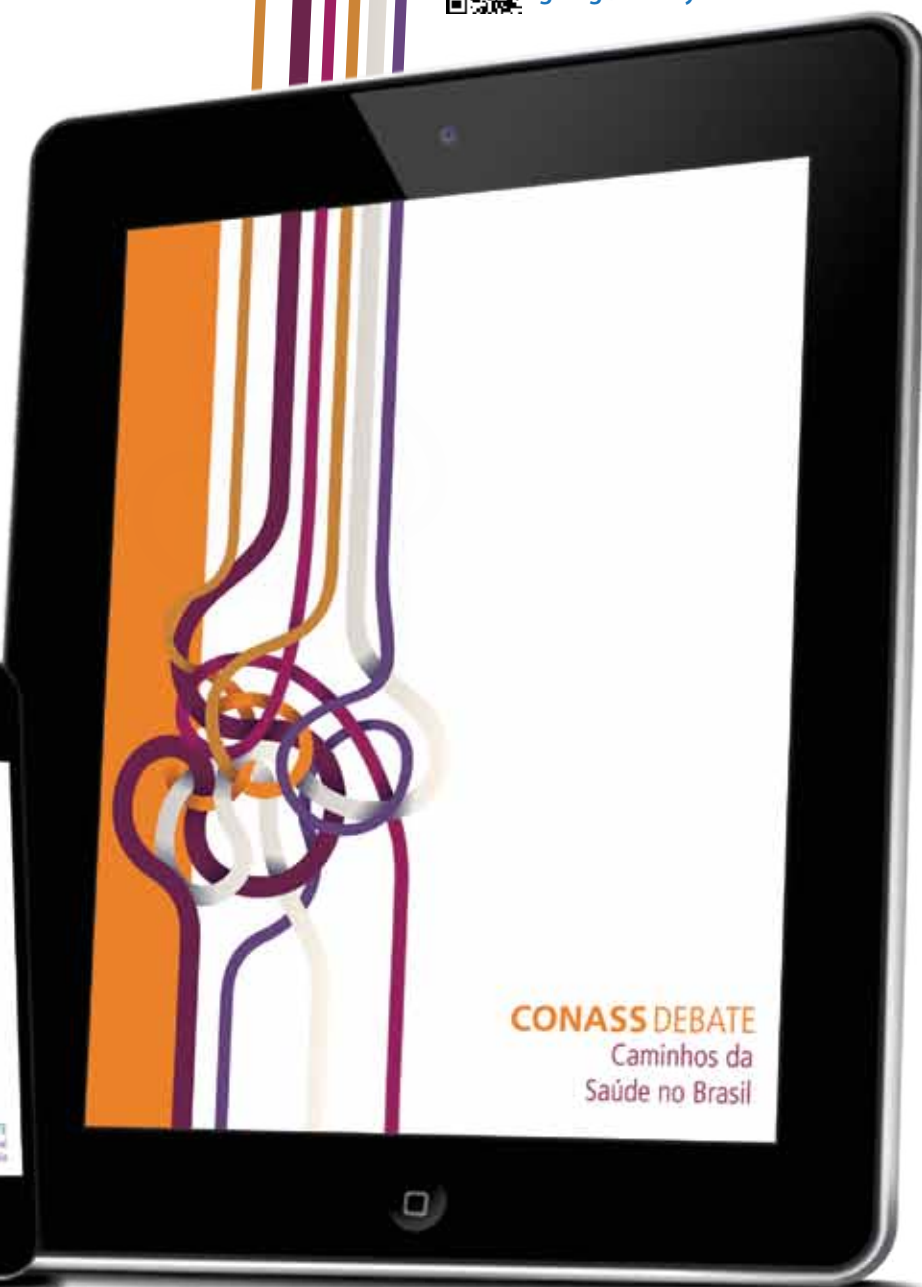
Livro do 2º seminário
CONASS Debate - Caminhos da Saúde no Brasil



Baixe em
goo.gl/vD2kly

Livro do 1º seminário
CONASS Debate
Saúde: para onde vai
a nova classe média

Baixe em
goo.gl/xUcg05



As Redes de Atenção à Saúde

Eugênio Vilaça Mendes

O livro traz subsídios e evidência de que as Redes de Atenção são o melhor arranjo para superar os desafios de gestores no processo de implantação de redes no SUS e integrar os sistemas de saúde. Trata-se de obra fundamental e relevante para os temas Redes de Atenção e APS, com conteúdo coeso, baseado na melhor evidência disponível nessa área de conhecimento.



Baixe em
goo.gl/7Hgro1



O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O Imperativo da Consolidação da Estratégia de Saúde da Família

Eugênio Vilaça Mendes

A publicação oferece informações sobre o manejo da condição crônica na Atenção Primária à Saúde. Nas palavras do próprio autor: "O livro é uma contribuição para qualificar o debate sobre o futuro da atenção primária no Brasil".



Baixe em
goo.gl/BsVeYz

Seminário Internacional – Atenção Primária à Saúde: Acesso Universal e Proteção Social

CONASS Documenta n. 27

Ao se realizar este seminário internacional, o CONASS buscou ampliar o escopo da discussão da APS, inserindo-a na discussão de temas mais abrangentes que compõem o debate sobre o desenvolvimento de políticas intersectoriais de caráter universal, com foco especialmente na integralidade, na equidade e na participação da sociedade.



Baixe em
goo.gl/MJJuLI



Coleção para Entender a Gestão do SUS 2011

Composta por 12 livros que esmiuçam a complexidade do SUS: Sistema Único de Saúde; O financiamento da Saúde; Atenção Primária e Promoção e Saúde; Vigilância em Saúde (Parte I e II); Assistência Farmacêutica no SUS; A Gestão Administrativa e Financeira do SUS; Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Regulação em Saúde; Ciência e Tecnologia em Saúde; Saúde Suplementar; e Legislação Estruturante do SUS.



Baixe em
goo.gl/xvLEVm

Instruções para baixar

1

Clique em "+ detalhes".



2

Clique na opção "ebook".



3

Escolha a opção "abrir em *".



4

Boa Leitura!



*Caso seu *tablet* ou *smartphone* da **Apple** não estiver instalado o **iBooks**, você poderá instalá-lo gratuitamente pela AppStore.



*Nos sistemas **Android**, sugerimos o aplicativo **Moon+ Reader**, disponível gratuitamente na Google Play.

www.conass.org.br/biblioteca

COBERTURA E SISTEMAS UNIVERSAIS DE SAÚDE SÃO TEMA DE INTERCÂMBIO INTERNACIONAL DE EXPERIÊNCIAS NO BRASIL

ADRIANE CRUZ

Brasília foi sede de dois eventos internacionais importantes no mês de fevereiro, que reuniram gestores e acadêmicos brasileiros, canadenses, franceses, portugueses e espanhóis. Em ambos os eventos, os especialistas apresentaram suas experiências e debateram alternativas para tratar de um tema relevante e atual: a cobertura e o acesso universal dos sistemas de saúde em todo o mundo.

A discussão a respeito dos desafios que os sistemas universais de saúde enfrentam está em pauta nesses países, por isso a Conferência Luso-Francófona da Saúde (ColufRAS) e o Observatório Ibero-Americano de Políticas e Sistemas de Saúde (OIAPSS), dos quais o CONASS é integrante, vêm promovendo o intercâmbio de experiências entre Brasil, Canadá/Quebec, Portugal, França e Espanha, conforme explica o assessor de Relações Internacionais do CONASS, Fernando Cupertino.



Ouvir o texto
goo.gl/htXOcQ



 COLUFRAS	Conferência Luso-Francófona da Saúde www.colufRAS.info/pt		 oiapss	Observatório Ibero-americano de Políticas e Sistemas de Saúde www.oiapss.org/	
---	--	---	---	---	---

Fórum internacional reúne, na sede da Opas em Brasília, especialistas para tratar dos sistemas universais de saúde.

“O fato de trocar ideias e discutir experiências com países que passaram e que passam pelos mesmos desafios enriquece o nosso poder de combater as desigualdades e nos fortalece no sentido de buscar o funcionamento pleno de um sistema que seja universal, gratuito e integral – que não se destine a cuidar apenas de quem está doente, mas que tenha a preocupação em preservar a saúde das pessoas e de promover o bem-estar. E que seja também, de fato, equânime, ou seja, capaz de dar mais atenção a quem mais necessita”, defende Cupertino.

Ele ressalta que o Estado precisa exercer cada vez mais o seu papel regulador, sobretudo no Brasil, onde há grande interface entre o setores público e privado. Destaca ainda que o financiamento público é condição indispensável para que os sistemas universais funcionem. “Principalmente para o Sistema Único de Saúde (SUS), que sofre com o paradoxo de não ser suficientemente financiado, indo na contramão da sua condição de ser um sistema público e universal para 200 milhões de brasileiros”, argumenta.

O presidente do CONASS, Wilson Duarte Alecrim, destacou a importância da parceria e do intercâmbio entre os países como mecanismo fundamental de contribuição entre eles, tendo em vista que a experiência e a produção de conhecimento de cada um podem ser alinhadas no intuito de procurar soluções para problemas em comum.

“Como fruto destes encontros, o Observatório irá produzir um relatório a respeito dessas discussões que, acredito, irá subsidiar muito o trabalho do CONASS, do Conasems e do Ministério da Saúde na busca por melhores soluções para os problemas que angustiam os três entes federados do SUS no que concerne à universalidade”, completou.

FOTO: Tania Mello/SGEP



Os especialistas participaram ainda de uma reunião na sede do CONASS a fim de sistematizar as experiências e as próximas ações do grupo e gravaram suas participações para um vídeo-documentário produzido pelas três instituições e com apoio e parceria da Rádio Web Saúde da Universidade de Brasília (UnB). Outro desdobramento é a participação do CONASS no I Encontro Partilhar Saúde: Rede Lusófona de Cuidados de Saúde Primários, em Lisboa, nos dias 8 e 9 de abril e, ainda, no 6º Congresso Nacional das Unidades de Saúde Familiar, a realizar-se na cidade do Porto, de 8 a 10 de maio. ■

O “I Fórum Internacional sobre Cobertura e Sistemas Universais em Saúde” ocorreu nos dias 1º e 2 de fevereiro, na sede da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS), em Brasília.

O Seminário Internacional “A proteção e desenvolvimento dos sistemas universais de saúde” ocorreu no dia 2 de fevereiro, no Centro de Convenções Ulysses Guimarães, também em Brasília.



Programação
goo.gl/l40wzH



Programação
goo.gl/rnMebS



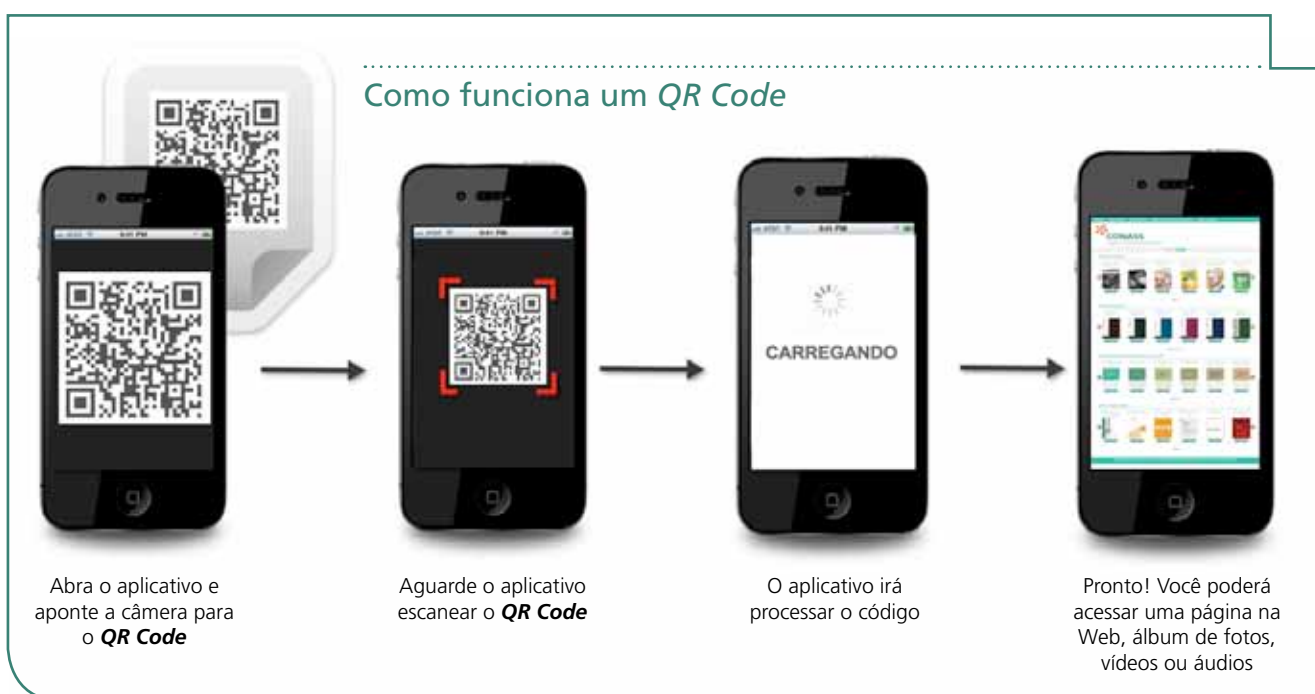
Revista Consensus interativa

A revista **Consensus** está com novidades que tornaram a experiência de leitura mais ampla e imersiva: a tecnologia de QR Code, um código de barras em 2D (duas dimensões) que permite ao usuário obter informações de forma rápida e prática

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

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

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





A experiência em Saúde Pública do seu estado ou município é um sucesso? Então registre como vem sendo desenvolvida, descreva seus principais resultados e venha apresentá-la na 14^a EXPOEPI.

Até 08 de junho de 2014 você poderá enviar sua experiência bem-sucedida, na área da vigilância, prevenção e controle de doenças ou agravos em Saúde Pública, pela internet. Seu município, ou estado, concorrerá a prêmios de até R\$ 50 mil.

Também serão premiados os autores de trabalhos nas categorias de especialização, mestrado e doutorado, com prêmios de até R\$ 6 mil, R\$ 9 mil e 12 mil, respectivamente, e serão premiadas experiências exitosas desenvolvidas pelos movimentos sociais, com prêmios de até R\$ 5 mil.

Neste ano, todos os finalistas serão premiados!

Confira o edital da 14^a EXPOEPI na página da Secretaria de Vigilância em Saúde: www.saude.gov.br/svs

Confira as áreas para inscrição das experiências, trabalhos técnico-científicos e intervenções sociais que concorrerão na 14^a EXPOEPI

PRÊMIOS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE (PESSOA JURÍDICA)

Área 1: Vigilância em saúde ambiental e em saúde do trabalhador

Área 2: Integração da vigilância em saúde com os serviços de saúde da atenção básica, rede hospitalar e laboratórios de Saúde Pública

Área 3: DST/HIV/aids e hepatites virais

Área 4: Dengue

Área 5: Melhoria da qualidade da informação em saúde

Área 6: Promoção da saúde e as doenças crônicas não transmissíveis – Implementação de ações de promoção da saúde e vigilância dos fatores de risco e proteção, prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis

Área 7: Promoção da saúde e os agravos de interesse de Saúde Pública

Área 8: Hanseníase, leishmanioses e outras doenças transmissíveis relacionadas à pobreza, com ênfase na esquistossomose, geo-helmintíases, tracoma, filariose, oncocercose ou doença de Chagas

Área 9: Malária e outras doenças transmissíveis de importância para a Região Amazônica

Área 10: Doenças imunopreveníveis

Área 11: Tuberculose

Área 12: Prêmio Carlos Chagas – Investigações de surtos conduzidas pelas esferas estadual e municipal do SUS

PRÊMIOS PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE (PESSOA FÍSICA)

Área 13: Produção técnico-científica (Especialização, Mestrado ou Doutorado) por parte de profissional do SUS que contribuiu para o aprimoramento das ações de vigilância em saúde

PRÊMIOS PARA OS MOVIMENTOS SOCIAIS (PESSOA JURÍDICA)

Área 14: Ações desenvolvidas por movimento social que contribuíram para o aprimoramento da vigilância em saúde

PESQUISA AVALIA O DESEMPENHO DAS UPAS 24 HORAS

ADRIANE CRUZ

Estudo promovido pelo CONASS e pelo Ministério da Saúde, sob a coordenação do Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (Cealag) e o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), avaliou a implantação e o desempenho das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA) em todo o país. Ao todo, foram realizadas 483 entrevistas com gestores estaduais e municipais de saúde e profissionais das áreas de planejamento e de coordenação de serviços pré-hospitalares e hospitalares.

Participaram da amostra Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, São Paulo e Sergipe, eleitos pelo fato de concentrarem o maior número de Upas em funcionamento quando o projeto foi concebido. O Mato Grosso do Sul também participou da pesquisa, tendo como critério de inclusão o fato de que o estado prevê a inserção das UPA em sua Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), cuja constituição e governança são destaques da pesquisa. O estudo buscou identificar também os fatores que favorecem e que dificultam o processo de implantação, o desempenho e a resolubilidade das UPA.

Os resultados da pesquisa foram apresentados às secretarias de saúde e o relatório final, entregue aos secretários. Foram focados o contexto estadual de implantação das UPA 24 horas e sua inserção na RUE no estado, assim como os entraves e os facilitadores do seu desempenho nas Unidades da Federação que participaram do estudo.

Concebido em meados de 2011, o estudo concretizou-se a partir do segundo semestre

de 2012, sendo o trabalho de campo finalizado em 2013, após a realização das entrevistas. A análise consolidada desses resultados foi apresentada pelo coordenador-geral da pesquisa, Nelson Ibañez, na primeira assembleia do CONASS de 2014, realizada no dia 19 de fevereiro.

O presidente do CONASS, Wilson Alecrim, destacou que o estudo nasceu da discussão entre o CONASS e a SAS (Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde), a respeito da necessidade de se conhecer o papel e o espaço das UPA 24 horas dentro do SUS. “A SAS aportou os recursos necessários para a realização da pesquisa e o CONASS será o responsável pela sua publicação”, completou.

O secretário da SAS, Helvécio Magalhães, participou da apresentação da pesquisa aos secretários e ressaltou que se trata de uma “feliz coincidência de institucionalidades”, a fim de buscar o melhor entendimento da realidade dessas unidades para embasar e qualificar a tomada de decisões.

Para Helvécio, o diagnóstico vem reafirmar a importância da RUE. “Fizemos, paulatinamente ao estudo, a discussão dos planos regionais, em rodadas das quais todos os Co-sems e todas as SES participaram, desenhando as redes e identificando os vazios assistenciais com intuito de alocar as UPA”, explicou.

Outros aspectos ressaltados pela pesquisa estão relacionados à governança da rede e à gestão regional e suas várias possibilidades de operação; a questão da fixação e do vínculo dos profissionais – seu custo e rigidez burocrática; além do financiamento. ■



Ouvir o texto
goo.gl/T9ZR9j



Reforma no Sistema de Saúde Americano

OBAMACARE

ORGANIZAÇÃO:



INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS
DE ENSINO E PESQUISA

PARCERIA:



CONASS

12
MAI
2014

**VENHA PARTICIPAR
DESTE ENCONTRO.
VAGAS LIMITADAS!**

INFORMAÇÕES E INSCRIÇÕES:
WWW.HOSPITALSIRIOLIBANES.ORG.BR/ENSINO



Rafael Bengoa

Assessor do Programa Obamacare



David Uip

Secretário Estadual
de Saúde de São Paulo



Gonzalo Vecina Neto

Superintendente Corporativo
do Hospital Sírio-Libanês

COMISSÃO GERAL DA CÂMARA DOS DEPUTADOS DEBATE FINANCIAMENTO DA SAÚDE

A comissão marca a retomada do Movimento Saúde + 10

TATIANA ROSA



Ouvir o texto
goo.gl/px6xVx



O presidente e o secretário executivo do CONASS, Wilson Duarte Alecrim e Jurandi Frutuoso respectivamente, representaram o Conselho durante a comissão

Na semana em que se comemorou o Dia Mundial da Saúde, a Câmara dos Deputados realizou, no dia 8/4, uma Comissão Geral para debater o Projeto de Lei de Iniciativa Popular que prevê a destinação de 10% da Receita Bruta da União para a saúde. A comissão foi proposta pelo presidente da Casa, deputado federal Henrique Alves (PMDB/RN), para atender ao pleito de diversas organizações que compõem o Movimento Saúde+10.

Henrique Alves declarou que a comissão vai viabilizar alternativas para que a proposta seja votada mais rapidamente.

Wilson Duarte Alecrim, secretário de Estado da Saúde do Amazonas e presidente do CONASS, ressaltou que o aumento de recursos para o SUS é fundamental para a sobrevivência do sistema e observou a grandiosidade da mobi-

lização popular em prol da saúde pública. “Não é todo dia que chega a essa Casa um projeto de iniciativa popular com mais de 2 milhões de assinaturas. A nossa luta agora é pela votação do PLP n. 321/2013, na forma como ele foi apresentado e não apensado a outro projeto”, afirmou.

Para Alecrim, a Comissão Geral representa a retomada do Movimento Popular em Defesa da Saúde Pública – Saúde + 10. Ele advertiu que agora é preciso ter capacidade operacional e política de mobilização para que o projeto tramite o mais rápido possível.

O secretário observou ainda a importância de que seja votado o requerimento do deputado federal João Ananias (PCdoB/CE) que requer que a tramitação do PLP n. 321/2013 ocorra da maneira como ele foi apresentado na Câmara e não apensado a outro projeto. “Esse projeto tem início a partir de uma iniciativa popular que coletou mais de 2 milhões de assinaturas no país inteiro. As pessoas não assinaram para que ele fosse apensado a outro projeto”, declarou.

Em breve entrevista à revista **Consensus** ao fim da Comissão, o deputado federal e presidente da Frente Parlamentar da Saúde Darcísio Perondi (pelo PMDB/RS) afirmou que o Governo Federal não quer priorizar a saúde. “A posição é cada vez mais dura na área econômica do governo, que prioriza subsídios para o setor elétrico e para grandes empresas nacionais e internacionais”.





Wilson Duarte Alecrim lembrou aos parlamentares a grandiosidade do projeto que coletou mais de 2 milhões de assinaturas



Assista o discurso
goo.gl/ReiPbd

Para Perondi, a intenção do governo é acabar com o PLP n. 321/2013. “Basta ver a proposta da PEC n. 22-A. Lá eles ‘dinamitaram’ o Movimento Saúde + 10 com uma proposta anêmica e vergonhosa de 15% da Receita Corrente Líquida da União em cinco anos. Isso foi, para mim, a interpretação concreta de que o Governo Federal não quer priorizar o SUS”, disse.

Segundo o parlamentar, só a indignação de todos os brasileiros pode levar à votação do Saúde + 10, viabilizando assim mais recursos federais à saúde. “Talvez tenhamos de fazer passeatas de 1 milhão de pessoas como foi o Movimento Diretas Já ou como ocorreu na derrubada do golpe militar quando 2 milhões de pessoas foram às ruas”, concluiu.

Ronald Ferreira, coordenador geral do Movimento Saúde + 10, mostrou-se satisfeito com a retomada do debate em torno do Projeto de Lei de Iniciativa Popular. “Esta Comissão atendeu plenamente às nossas expectativas. Nós, atores do Saúde + 10, estamos chamando para nós mesmos o protagonismo e ocupando os espaços que a democracia nos permite”. ■

Eleita a diretoria do CONASS para a gestão 2014/2015



Reunidos no dia 26 de março, na 2ª Assembleia do CONASS de 2014, os secretários estaduais de saúde decidiram, por unanimidade, reconduzir a atual diretoria do Conselho.

“Nenhum presidente do CONASS é capaz de realizar uma boa condução sem a participação de todos os secretários e da Secretaria Executiva do CONASS. Se esse é o desejo dos meus colegas, agradeço as manifestações de respeito, confiança e carinho e aceito, honrado, continuar presidindo o CONASS”, disse Wilson Alecrim.

O secretário executivo, Jurandi Frutuoso, permanecerá no cargo, a convite da diretoria do CONASS.

Presidente

Wilson Alecrim (AM)

Vice-Presidentes e Adjuntos

Região Centro Oeste: Halim Antonio Girade (GO); **Região Nordeste:** Jorge Villas Boas (AL); **Região Norte:** Vanda Maria Paiva (TO); **Região Sudeste:** Marcos Esner Musafir (RJ); **Região Sul:** Michele Caputo Neto (PR)

Comissão Fiscal

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

Representantes do CONASS

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

COMO PREPARAR O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO PARA ENFRENTAR O ENVELHECIMENTO, TENDO EM VISTA A MUDANÇA DO PERFIL DEMOGRÁFICO

EDGAR NUNES DE MORAES*

* Graduado em Medicina e professor universitário da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). É também coordenador do Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG, coordenador do Centro de Referência do Idoso do Hospital das Clínicas (HC-UFMG), e coordenador do Programa de Residência Médica em Geriatria do HC-UFMG. Atualmente, dedica-se às seguintes áreas de pesquisa: Modelos de Atenção à Saúde do Idoso, Binômio Depressão e Demência no Idoso, Idoso institucionalizado e Osteoporose, quedas, fratura de fêmur e fragilidade. Membro do Comitê Assessor do Ministério da Saúde na área de Saúde do Idoso.

O envelhecimento rápido da população brasileira, aliado ao aumento da esperança de vida em idades avançadas e ao aumento da longevidade dos idosos, implicou não apenas o aumento do peso relativo da população idosa em relação às outras faixas etárias, mas também o aumento do número absoluto dos indivíduos de 60 anos e mais, em período de tempo bastante curto se comparado aos países desenvolvidos. Isso traz profundas consequências à estruturação das redes de atenção à saúde, com maior carga de doenças crônicas e incapacidades funcionais. O sistema de saúde brasileiro, tendo em vista seu modelo hospitalocêntrico que vigorou até há poucas décadas e o despreparo para a nova rea-

lidade populacional, ainda está mais comprometido com as condições agudas de saúde; contudo, mais recentemente, tem despertado para o enfrentamento das condições crônicas. A *Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas* é importante iniciativa do Ministério da Saúde e demais gestores estaduais e municipais no reconhecimento da importância da abordagem adequada das condições crônicas, com atenção a aspectos específicos, como: alimentação saudável, atividade física, redução do consumo de álcool e suspensão do tabagismo, em conjunto com intervenções direcionadas à hipertensão arterial e ao *diabetes mellitus*, que são altamente prevalentes e associados à elevada mor-

Contribuíram na revisão deste artigo: Flávia Lanna de Moraes, Carla Jorge Machado e Juliana Alves do Carmo.

bimortalidade. A prevalência de doenças crônicas em idosos é elevada, atingindo a maior parte deles. Envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais exceção que regra. Nessa perspectiva, os idosos brasileiros estariam contemplados com essa nova modelagem do sistema de saúde. Todavia, a pessoa idosa não pode ser encarada como um somatório de doenças crônico-degenerativas, intercaladas por condições agudas. Assim, se saúde ainda fosse a ausência de doenças, não teríamos qualquer idoso saudável. A maioria dos idosos tem doenças ou disfunções orgânicas que, felizmente, na maioria das vezes, não estão associadas à limitação das atividades ou à restrição da participação social. Assim, mesmo apresentando doenças, o idoso pode continuar desempenhando as suas atividades e os papéis sociais. Dessa forma, a saúde pode ser definida como uma medida da capacidade de realização de aspirações e da satisfação das necessidades e não simplesmente como a ausência de doenças. Temos, então, um novo indicador de saúde, a capacidade funcional. O foco da saúde está estritamente relacionado à funcionalidade global do indivíduo, definida como a capacidade de gerir a própria vida e de cuidar de si mesmo. A pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar as tarefas do cotidiano, de forma independente e autônoma, mesmo na presença de doenças.

Assim, a funcionalidade global é a base do conceito de saúde do idoso. O declínio funcional é a perda da autonomia e/ou da independência, pois restringe a participação social do indivíduo. Por sua vez, a independência e a autonomia estão intimamente relacionadas ao funcionamento integrado e harmonioso de sistemas funcionais como a cognição, o humor/comportamento, a mobilidade e a comunicação. A perda da independência e/ou au-

tonomia é decorrente das principais incapacidades associadas ao envelhecimento, conhecidas como as “Grandes Síndromes Geriátricas” ou “Gigantes da Geriatria”: incapacidade cognitiva (demências), instabilidade postural (quedas, dificuldade para andar sozinho), incontinência esfincteriana (perda não intencional de urina ou fezes), imobilidade (idoso acamado) e incapacidade comunicativa (surdez, cegueira, por exemplo). A presença destas condições crônicas de saúde aumenta a complexidade do manejo clínico e o risco de iatrogenia. Esta pode ser definida como o conjunto de intervenções inadequadas realizadas por profissionais da saúde, por desconhecimento das particularidades do processo de envelhecimento, sendo capaz de prejudicar a saúde do idoso, causando declínio funcional e aumento da mortalidade. Essas incapacidades estão associadas a maior demanda de cuidados de longa duração, usualmente realizados pela família, que, na maioria das vezes, não se encontra preparada para essa nova função, quando, então, se apresenta a insuficiência familiar. Percebe-se, dessa forma, que a presença de declínio funcional, capaz de restringir a autonomia e a independência do indivíduo, não pode ser atribuída ao envelhecimento normal, mas sim à presença de incapacidade funcional, resultante das Grandes Síndromes Geriátricas, de forma isolada ou associada (poli-incapacidades). Este declínio funcional não deve ser considerado “normal da idade”, pois representa o principal determinante de desfechos negativos, como o desenvolvimento de outras incapacidades e piora funcional, institucionalização, hospitalização e morte. Usualmente, as causas são múltiplas e multifatoriais, frequentemente associadas à presença de doenças crônico-degenerativas, polifarmácia, sarcopenia e alto risco de iatrogenia.

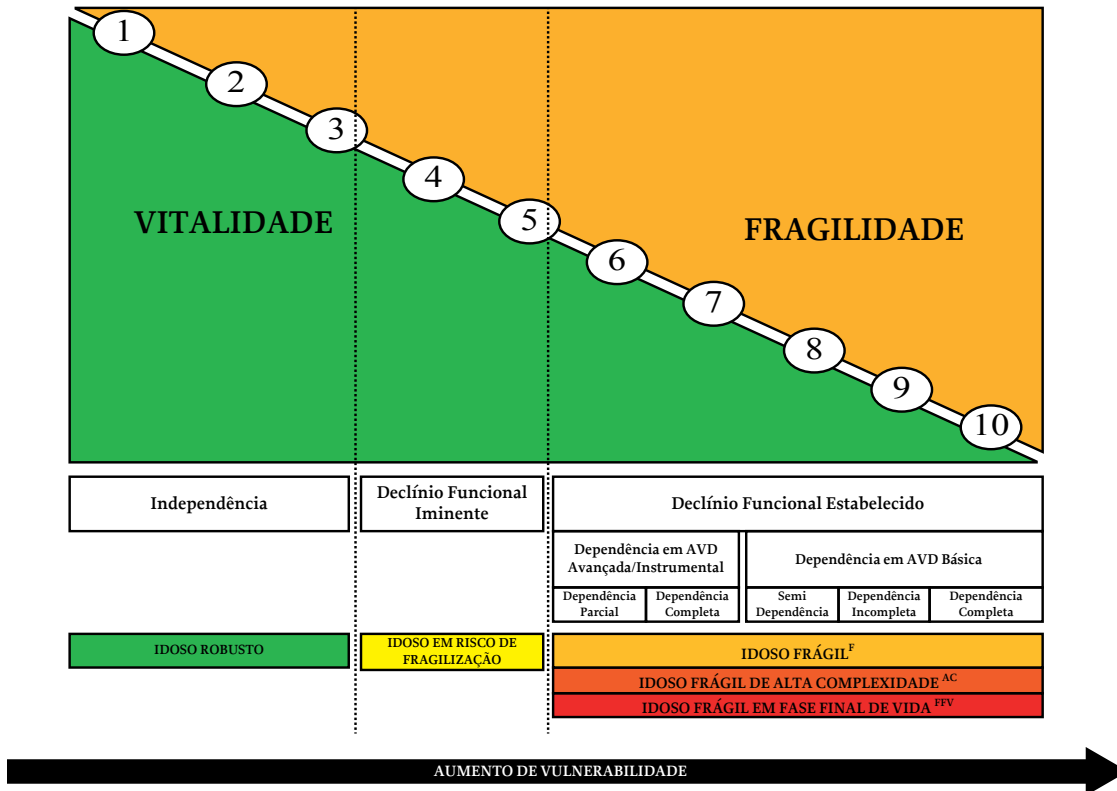
Atualmente, todos os sistemas de saúde estão extremamente preocupados com essa maior vulnerabilidade do idoso a desfechos adversos, como institucionalização, dependência ou morte. O termo FRAGILIDADE é cada vez mais utilizado para representar essa maior vulnerabilidade do idoso. O desafio atual é a operacionalização desse conceito de fragilidade, a fim de permitir o seu reconhecimento e estabelecer intervenções capazes de maximizar a independência e a autonomia do indivíduo e impedir ou retardar o surgimento de desfechos adversos. É crescente a ideia de que a fragilidade é multidimensional e que sua operacionalização deve considerar componentes sociodemográficos, clínicos, funcionais, afetivos, cognitivos e físicos. Assim, o conceito de fragilidade pode ser definido como a **redução da reserva homeostática e/ou da capacidade de adaptação às agressões biopsicossociais e, consequentemente, maior vulnerabilidade ao declínio funcional**. Apresenta, portanto, um componente clínico-funcional e outro sociofamiliar, resgatando a importância dos aspectos biopsicossociais da saúde.

O componente clínico-funcional tem o declínio funcional como a principal manifestação de vulnerabilidade e é o foco da intervenção geriátrica e gerontológica, independentemente da idade do paciente. Pode ser estabelecido ou iminente. Declínio funcional estabelecido é a presença de incapacidade funcional ou de dependência propriamente dita. Declínio funcional iminente é a presença de condições crônicas preditoras de dependência funcional, como idade avançada, comorbidades múltiplas (polipatologia, polifarmácia e sarcopenia). O modelo de classificação clínico-funcional proposto é baseado em uma visão de saúde pública, fortemente ancorado na multidimensionalidade dos

determinantes da saúde do idoso, sem desprezar a importância das doenças ou das alterações físicas, como a sarcopenia. Nele, o termo FRAGILIDADE é utilizado para representar as seguintes situações: a) presença de condições crônicas preditoras de declínio funcional, institucionalização e/ou óbito; e b) dependência funcional estabelecida. Dessa forma, os idosos podem ser classificados em: **Idoso Robusto**: é o idoso capaz de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma e não apresenta incapacidade funcional ou condição crônica de saúde associada a maior vulnerabilidade. **Idoso em Risco de Fragilização**: é o idoso capaz de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma, todavia que encontra-se em um estado dinâmico entre senescência e senilidade, resultando na presença de limitações funcionais (declínio funcional iminente), mas sem dependência funcional. Apresenta uma ou mais condições crônicas de saúde preditoras de desfechos adversos, como: a) evidências de sarcopenia: presença de alterações da massa e da função muscular (força e desempenho muscular); b) Presença de comorbidades múltiplas representadas por polipatologia (presença simultânea de cinco ou mais condições crônicas de saúde, acometendo sistemas fisiológicos diferentes) ou polifarmácia (uso regular e concomitante de cinco ou mais medicamentos por dia para condições crônicas diferentes) ou história de internações recentes (6 meses) e/ou pós-alta hospitalar. **Idoso Frágil**: é o idoso com declínio funcional estabelecido e incapaz de gerenciar sua vida, em virtude da presença de incapacidades únicas ou múltiplas.

O envelhecimento do indivíduo está intimamente associado ao processo de fragilização, mas há uma relação de causa e efeito direta, pois não segue um padrão

Figura 1 – Classificação Analógica de Fragilidade Clínico-Funcional dos Idosos



homogêneo de evolução, justificando a heterogeneidade presente em indivíduos idosos da mesma idade cronológica. Para expressar de forma mais clara os vários subtipos de idosos, sugerimos a adoção de uma **estratificação clínico-funcional** mais detalhada, com base na funcionalidade do indivíduo (Figura 1). Assim, os idosos robustos podem ser subdivididos em três estratos (1, 2 e 3), os idosos em risco de fragilização em dois estratos (4 e 5) e os frágeis em cinco estratos (6, 7, 8, 9 e 10).

O termo fragilidade inclui o idoso em risco de fragilização e o idoso frágil propriamente dito. Esta proposta de classificação clínico-funcional do idoso não nega a importância do diagnóstico correto e bem feito das doenças, dentro da complementariedade proposta pela Classificação Internacional de Funcionalidade e das mor-

bidades, como registrado na Classificação Internacional das Doenças. Ela propõe ampliar a importância da funcionalidade, no contexto do envelhecimento, sabendo-se que, sendo idosa, a pessoa vive, provavelmente, com uma ou mais patologias.

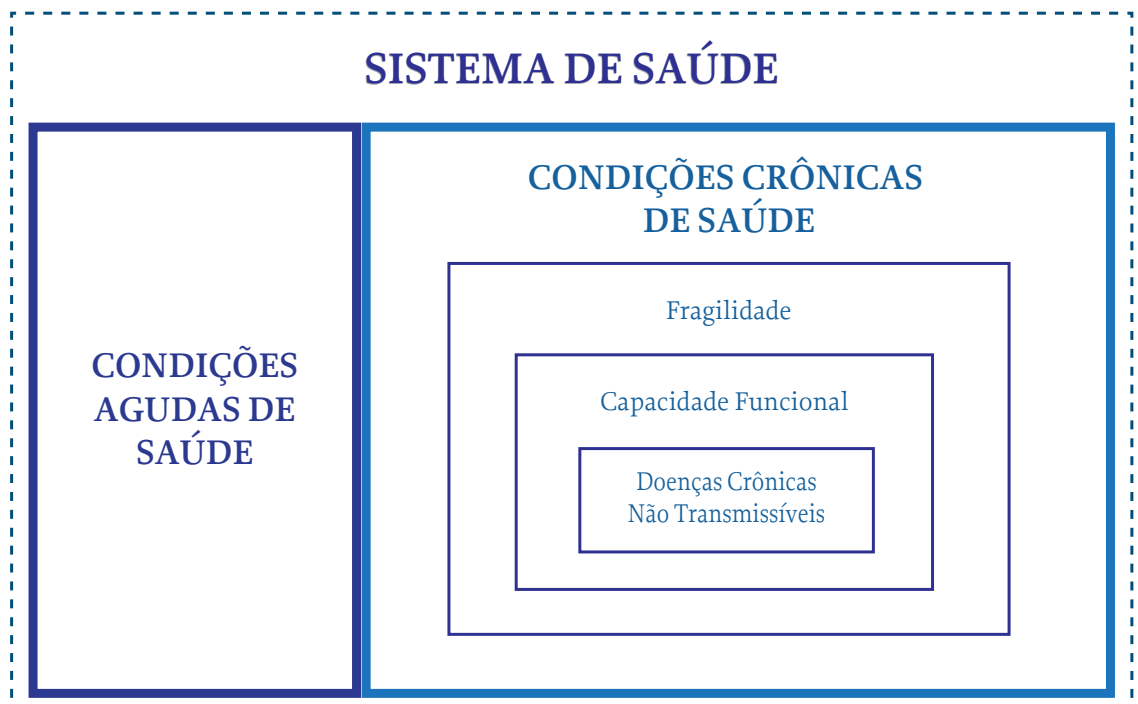
O componente sociofamiliar da fragilidade resgata a importância de outros determinantes da saúde, como: sexo, raça/cor, escolaridade, estado civil, arranjos familiares, viuvez recente, idoso cuidador, participação e apoio social, acesso a serviços e situação laboral. A avaliação da saúde do idoso deve, portanto, utilizar informações sobre os aspectos clínico-funcionais e sociofamiliares, resgatando o conceito de saúde como sendo “o estado de mais completo bem-estar biopsicossocial, e não, simplesmente, a ausência de doenças” (Organização Mundial da Saúde, 1947).

Como vimos, a saúde do idoso frágil é caracterizada pela presença de múltiplas condições clínicas, poli-incapacidades, polifarmácia, propedêutica complementar extensa e vários especialistas envolvidos no cuidado. A resposta do sistema de saúde é, usualmente, fragmentada, tanto no que se refere à integralidade quanto à continuidade do cuidado, o que não está de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde e necessita ser objeto de intervenção. Utilizamos o termo microgestão da clínica para descrever a integralidade do cuidado, cujo objetivo é a definição das demandas biopsicossociais do paciente e todas as intervenções preventivas, curativas, paliativas e reabilitadoras propostas para manter ou recuperar a saúde. Por sua vez, a macrogestão da clínica é o processo de coordenação e continuidade do cuidado prestado pela atenção primária, secundária

e terciária, de forma integrada. A gestão da clínica é o processo de gestão da saúde do indivíduo, englobando o cuidado integral (microgestão da clínica) e o cuidado integrado (macrogestão da clínica).

O principal objetivo das intervenções propostas depende diretamente do estrato clínico-funcional mostrado na figura acima. Nos idosos classificados como robustos (estrato 1, 2 e 3), o objetivo é a manutenção da independência e da autonomia. Representam a maior parte dos idosos (50 a 60%). As intervenções promocionais, preventivas e curativas são as mais importantes. Já entre os idosos em risco de fragilização, que representam de 10 a 20% dos idosos, todo cuidado deve ser tomado para identificar as condições preditoras de desfechos adversos e intervir rapidamente, para que o idoso não apresente declínio funcional e torne-se dependente. Esta po-

Figura 2 – Modelo de Atenção à Saúde do Idoso



pulação é alvo de atenção por todos os sistemas de saúde dos países desenvolvidos, por representar uma potencial ameaça futura, que deve ser reconhecida e abordada precocemente. Por sua vez, nos idosos frágeis, que representam cerca de 20 a 30% dos idosos, as intervenções têm como objetivo principal a recuperação da autonomia e independência. Nesta população, as intervenções mais eficazes para o ganho funcional são, por ordem de prioridade:

- redução da iatrogenia e suspensão de “drogas fúteis”;
- definição de metas terapêuticas individualizadas e priorização dos cuidados, com envolvimento integral do paciente e de sua família;
- intervenções terapêuticas nas condições de saúde subdiagnosticadas e/ou subtratadas;
- reabilitação;
- prevenção secundária;
- prevenção primária.

Dessa forma, o atendimento adequado das condições agudas de saúde e das doenças crônicas não transmissíveis não é suficiente para essa nova população ainda desconhecida, os idosos frágeis. O aumento da esperança de vida em idades mais avançadas e o aumento da longevidade dos idosos são grandes conquistas da humanidade, que deve ser sempre celebrada. Entretanto, ele está intimamente associado à fragilidade. Assim, o sistema de saúde precisa estar preparado para atuar precocemente nos determinantes e nas consequências da fragilidade. A melhoria da qualidade de vida do idoso frágil, cujo aumento em número e percentual se dá a velocidades cada vez mais rápidas no país, representa o principal desafio do sistema de saúde brasileiro (Figura 2). ■

Leitura Sugerida

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.



Baixe o livro
goo.gl/7Hgro1



MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.



Baixe o livro
goo.gl/aW3SnV



MORAES, E. N.; LANNA, F. M. **Avaliação multidimensional do idoso**. Folium, 2014 (disponível na versão impressa e eletrônica – aplicativo para iPad).



Conheça o livro
goo.gl/FkmpA0



CAMARGOS, M. C. S.; MACHADO, C. J. O idoso frágil: uma proposta de abordagem na saúde. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 5, páginas 345-350, 2013.



Baixe o artigo
goo.gl/6ZjcRT



Judicialização da Saúde – O secretário de Estado da Saúde do Pará, Hélio Franco, representando o presidente do CONASS, Wilson Duarte Alecrim, e o presidente do Conasems, Antonio Carlos Nardi, entregaram ao ministro da Saúde, Arthur Chioro, documento de ambas as entidades acerca do Ressarcimento pela União às Secretarias de Saúde dos Estados, DF e Municípios dos valores financeiros dispendidos para o cumprimento das decisões judiciais. Chioro ressaltou a importância do tema e comprometeu-se a trazer o assunto como pauta principal para a reunião da Comissão Intergestores Tripartite, em abril. “Precisamos pensar juntos sobre quais estratégias utilizaremos para enfrentar esse problema da judicialização, por isso faço questão de acompanhar esse assunto do início ao fim”, afirmou Chioro.

Planificação da Atenção Primária à Saúde – Entre os dias 1º e 2 de abril, cerca de 130 profissionais de saúde do município de Tauá/CE, inscritos no Curso de Especialização em Planificação da Atenção Primária, participaram do II Módulo do curso com a temática “Metodologia da Pesquisa”. O módulo é ministrado pela professora Fátima Antero, doutora pela Universidade Federal do Ceará (UFC), docente da Universidade Regional do Cariri (Urca), e tem como objetivo de fornecer instrumentos para que os alunos possam construir um projeto de intervenção, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), a partir de metodologias ativas. Os profissionais envolvidos neste módulo irão replicar os conhecimentos adquiridos aos alunos do Curso de Aperfeiçoamento na Atenção Primária à Saúde.

Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) – A construção desta política foi um dos temas debatidos durante o encontro entre profissionais de Epidemiologia, Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. A reunião foi promovida pelas Câmaras Técnicas de Epidemiologia e Vigilância Sanitária do CONASS, da qual mais de 100 profissionais das Secretarias Estaduais de Saúde participaram. Outro ponto de pauta debatido pelo grupo foi a respeito da Política Nacional de Segurança do Paciente.

Pesquisas sobre os Hospitais com até 50 leitos – Com o objetivo de diagnosticar as condições dos hospitais com até 50 leitos, o Ministério da Saúde, em consenso com CONASS e Conasems, encomendou uma pesquisa censitária dos hospitais com até 50 leitos, que prestam ou não serviços ao SUS, e uma pesquisa de opinião dos gestores municipais e estaduais sobre esses estabelecimentos. A pesquisa censitária teve início em fevereiro e contemplará todos os estados e o DF. Serão avaliadas a estrutura física, a administração e a gestão, o papel na rede assistencial, os recursos humanos e o financiamento. Já a pesquisa de opinião dos gestores ouviu a maioria absoluta dos estados e 104 municípios, contemplando todos os estados brasileiros. Nela, foram avaliados o papel desses hospitais, a importância e os desafios para sua manutenção, a qualificação e a sustentabilidade. Os gestores também deram sugestões de destinação destes estabelecimentos nas Redes de Atenção à Saúde. A partir dos resultados, serão elaboradas propostas de atuação do MS para a construção de políticas específicas para este segmento.

Mais Curtas podem ser acompanhadas nas Redes Sociais!



Siga
twitter.com/CONASSoficial



Curta
facebook.com/conassoficial

consensus

Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

PRESIDENTE

Wilson Alecrim (AM)

VICE-PRESIDENTES

Região Centro-Oeste: Halim Antonio Girade (GO); **Região Nordeste:** Jorge Villas Boas (AL); **Região Norte:** Vanda Maria Paiva (TO); **Região Sudeste:** Marcos Esner Musafir (RJ); **Região Sul:** Michele Caputo Neto (PR)

COMISSÃO FISCAL

Titulares: Waldson Dias de Souza (PB); Ermani Maia (PI); Hélio Franco de Macedo Júnior (PA); **Suplentes:** Suely de Souza Melo da Costa (AC); Antônio Carlos dos Santos Figueira (PE); Jorge Araújo Lafeté Neto (MT)

REPRESENTANTES DO CONASS

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

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

Alexandre Salomão de Oliveira (RR); Alexandre Silveira (MG); Antônio Carlos dos S. Figueira (PE); Antonio Lastória (MS); Ciro Gomes (CE); David Everson Uip (SP); Ernani Maia (PI); Halim Antonio Girade (GO); Hélio Franco de Macedo Júnior (PA); Jardel Adailton Souza Nunes (AP); Joélia Silva Santos (SE); Jorge Araújo Lafeté Neto (MT); Jorge Villas Boas (AL); José Tadeu Marino (ES); Luiz Roberto Leite Fonseca (RN); Marcos Esner Musafir (RJ); Michele Caputo Neto (PR); Rafael de Aguiar Barbosa (DF); Ricardo Murad (MA); Sandra Maria Sales Fagundes (RS); Suely de Souza Melo da Costa (AC); Tânia Maria Eberhardt (SC); Vanda Maria Paiva (TO); Waldson Dias de Souza (PB); Washington Couto (BA); William Pimentel (RO); Wilson Alecrim (AM)

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

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

CONSELHO EDITORIAL

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

JORNALISTA RESPONSÁVEL

Adriane Cruz | RP 7672 DF

PROJETO GRÁFICO

Clarice Lacerda
Thales Amorim

DIAGRAMAÇÃO, ILUSTRAÇÕES E CAPA

Marcus Carvalho

IMPRESSÃO

Gráfica Positiva

TIRAGEM

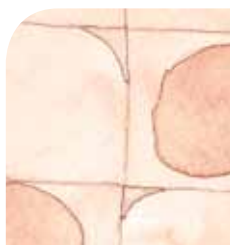
7.000 exemplares

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

Opiniões, sugestões e pautas

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

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



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

XXX CONGRESSO NACIONAL
DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE
XI CONGRESSO BRASILEIRO
DE SAÚDE, CULTURA DE PAZ E NÃO VIOLÊNCIA



SUS: DESAFIOS DO
FINANCIAMENTO

1º a 4 de Junho de 2014
Carapina Centro de Eventos
SERRA - ES



REALIZAÇÃO

 **CONASEMS**
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

Acesse www.conasems.org.br e inscreva-se