



ano IV, número 13
outubro, novembro e dezembro de 2014
www.conass.org.br/consensus

consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

ENTREVISTA ESPECIAL

Arthur Chioro, Wilson Alecrim e Antônio Carlos Nardi
falam sobre os desafios para os novos gestores

SAÚDE EM FOCO

CONASS e Canal Saúde promovem
debate sobre comunicação em saúde

Construindo o



no Brasil



Adeus, mestre!

Adib Domingos Jatene

04/06/1929 - 14/11/2014

consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Ano IV | Número 13 | Outubro, Novembro e Dezembro de 2014

<p>ENTREVISTA ESPECIAL Arthur Chioro, Wilson Alecrim e Antônio Carlos Nardi falam sobre os desafios para os novos gestores</p>	<p>SAÚDE EM FOCO CONASS e Canal Saúde promovem debate sobre comunicação em saúde</p>
<h1>Construindo o SUS no Brasil</h1>	
 <p>Adeus, mestre! Adib Domingos Jatene 04/06/1929 - 14/11/2014</p>	

FOTOS MOSAICO: ASSESSORIAS DE COMUNICAÇÃO
DAS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE.

FOTO ADIB JATENE: LEONARDO SOARES/ESTADÃO CONTEÚDO

6

consensus entrevista

Confira o que dizem o ministro de Estado da Saúde, Arthur Chioro, o presidente do CONASS, Wilson Duarte Alecrim, e o presidente do Conasems, Antônio Carlos Nardi, sobre a expectativa em relação aos desafios do SUS para a próxima gestão

20

matéria de capa

Construindo o SUS no Brasil: saiba o que as Secretarias Estaduais de Saúde estão fazendo no Brasil para melhorar a qualidade dos serviços de saúde ofertados à população

saúde em foco

42 *CONASS e Canal Saúde promovem debate sobre a comunicação em saúde*

institucional

46 *Seminário em Belo Horizonte apresenta experiências nacionais e internacionais de enfrentamento das doenças crônicas e debate alternativas para o Brasil*

50 *Fernando Cupertino recebe honraria do governo de Québec*

homenagem

52 *O Adeus ao Mestre Adib Jatene*

opinião

54 *O Ministério da Saúde deve também regular o gasto tributário em saúde?, por Carlos Otávio Ocké Reis*

58 *curtas*

Caro leitor,
Passadas as expectativas das eleições deste ano, voltamos agora o nosso olhar para a chegada de novos gestores com a perspectiva de que com eles cheguem também novas possibilidades para o fortalecimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O ano de 2015 trará inúmeros desafios tanto para os novos gestores quanto para aqueles que permanecerão em suas secretarias, pois, além de viabilizar meios para realizar aquilo que foi prometido durante a campanha eleitoral, precisaremos também dar continuidade às políticas públicas de saúde de forma que seja possível melhorar cada vez mais os indicadores de saúde da nossa população.

Apesar dos seus 26 anos e dos inúmeros avanços obtidos ao longo da sua existência, o SUS ainda carece da luta e do comprometimento de seus trabalhadores para conseguir de fato se consolidar como o sistema público de saúde dos brasileiros.

E para auxiliar na busca por soluções de problemas que ainda ameaçam o futuro do sistema, o CONASS, por meio da sua equipe técnica, coloca-se à disposição dos novos gestores e de suas equipes para contribuir, seja por meio do trabalho interfederativo com as outras instâncias de gestão, seja por meio de parcerias com outras instituições, com o fortalecimento da capacidade de gestão das Secretarias Estaduais de Saúde de maneira que elas ocupem seu espaço estratégico no SUS e construam propostas concretas de intervenção que permitam a consolidação do sistema como uma política de Estado e como grande conquista da sociedade brasileira.

Esperamos que nos próximos quatro anos possamos trabalhar coletivamente, em todos os âmbitos de gestão, a fim de encontrarmos caminhos que apontem para o fortalecimento e aprimoramento do SUS.

Wilson Duarte Alecrim
Presidente do CONASS



ENTREVISTA ESPECIAL

Arthur Chioro, Wilson Duarte Alecrim e Antônio Carlos Nardi

Chegamos ao fim de mais um governo e, em quatro anos de gestão, o Sistema Único de Saúde contabilizou inúmeros avanços, mas inegavelmente manteve-se estável em muitas outras áreas importantes para o seu aperfeiçoamento e sustentabilidade. Passada a eleição, vem agora a expectativa de novos rumos para o SUS, com novos gestores, mas também com a permanência daqueles que já trabalham no dia a dia nas secretarias estaduais e municipais de saúde em todo o país.

Para compreender melhor os progressos do SUS nessa gestão, que em breve se encerra, e colocar em pauta os desafios que estão postos para os próximos gestores, a revista **Consensus** ouviu os representantes das três esferas de gestão: o ministro da Saúde, Arthur Chioro, o presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Wilson Duarte Alecrim, e o presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Antonio Carlos Nardi.

Nas próximas páginas, eles falam sobre temas como o subfinanciamento do sistema, a problemática dos Recursos Humanos, o enfrentamento de epidemias e outros pontos importantes para a saúde pública brasileira.



Ouvir o texto
goo.gl/Ze5Xxg



Consensus Em sua opinião, quais foram as principais realizações do SUS nos últimos quatro anos?

Arthur Chioro – O Sistema Único de Saúde (SUS) atende 200 milhões de brasileiros, com 11 milhões de internações ao ano e é o maior sistema público de transplante de órgãos do mundo, representando quase 100% dos procedimentos desse tipo no país. Nesses últimos anos podemos destacar a criação do Programa Mais Médicos, que conseguiu atender 100% da demanda apresentada pelos municípios. Com a chegada do médico no município, é possível completar equipes multiprofissionais da área da saúde ou mesmo formar novas equipes e, assim, ampliar o atendimento à população. Podemos destacar também a incorporação de novos medicamentos e vacinas para a população. Em 2014, com a incorporação DTPa, HPV e Hepatite A o SUS passou a ofertar 17 vacinas de rotina no calendário nacional.

Além disso, melhoramos a assistência aos usuários do SUS, garantindo um atendimento qualificado. Ampliamos o SAMU 192, o programa Brasil Sorridente, e temos investido na implantação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e na reforma, ampliação e construção de 26 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS). Avançamos na formação de trabalhadores qualificados, no domínio de tecnologias de ponta, na indústria de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares garantindo soberania. A ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) é realidade em todo o território nacional.

Outro avanço foi o direito ao tratamento em liberdade, com espaços coletivos de decisão e com o envolvimento de usuários, familiares, trabalhadores e da comunidade como um todo na garantia de um cuidado huma-



É preciso dialogar com a sociedade sobre o SUS, recolocar a defesa do nosso sistema de saúde no centro da agenda e debater o financiamento que permita o seu desenvolvimento pleno.

ARTHUR CHIORO
MINISTRO DA SAÚDE

Assista a mensagem do ministro de Estado da Saúde, Arthur Chioro, aos novos gestores do SUS.

Assista em
goo.gl/iqKP48



nizado e em liberdade. Hoje temos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) em todo país. Também avançamos na política de promoção da Saúde que reforça o empenho do Ministério em assegurar o acesso da população, sobretudo às mais vulneráveis, à educação em saúde, à melhoria da qualidade de vida e ao envelhecimento saudável. Ela incorpora o saber popular e tradicional às práticas em saúde e valoriza a formação e a educação permanente, que compreende mobilizar, sensibilizar e promover capacitações para gestores, trabalhadores da saúde e de outros setores.

Wilson Duarte Alecrim – Podemos falar do Programa Mais Médicos que contempla um segmento de trabalho que é a Atenção Primária em Saúde (APS). Hoje, temos aproximadamente 12 mil médicos trabalhando no programa, o que representa a presença do médico de forma mais efetiva nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Equipes de Saúde da Família (ESF). Atualmente, esses médicos, na sua maioria absoluta, cumprem a sua carga horária e trabalham com dedicação exclusiva ao programa, possibilitando a realização de milhões de consultas médicas e orientações na área de vigilância e prevenção, e isso não acontecia antes. No entanto, é bom considerar que os outros segmentos da Média e Alta Complexidade (MAC) não tiveram os mesmos ganhos e ainda respondem pela demanda oriunda da APS.

Outro ponto foi a criação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), que representou o resgate da dignidade no que diz respeito à infraestrutura das UBS, tanto para quem nelas trabalha quanto para quem delas precisa. E, no segundo ciclo, a adesão ao programa foi extraordinária, com mais de 5 mil municípios. Assim, os gestores municipais, claro que com participação dos gestores estaduais, passaram

a dar credibilidade e acreditação ao PMAQ. No entanto, creio que ainda é preciso discutir melhor a sustentabilidade de financiamento do programa.

Outro ponto a ser considerado positivo é a facilitação do acesso à saúde por meio da regionalização e das redes de atenção. O processo de regionalização praticamente concluiu-se no país com mais de 400 regiões de saúde. Agora, para que essas regiões possam ofertar o princípio fundamental da regionalização que é a melhoria do acesso com qualidade, é preciso que tenhamos assegurados a programação de instalação e o funcionamento das redes temáticas. De todas as redes temáticas que foram propostas e cujas portarias e políticas estão aprovadas, acredito que duas caminharam bastante nas regiões em que foram instaladas: Rede de Urgência e Emergência (RUE) e Rede Cegonha. As demais ainda estão sendo trabalhadas e ainda temos de fazer mais esforços para que elas ocorram.

Outra realização importante foi a introdução, por parte da Vigilância em Saúde, da vacina contra o HPV. Essa medida com certeza vai beneficiar milhões de mulheres para que elas, ao chegarem à idade adulta, não padeçam do câncer de colo de útero. E, além disso, vai retirar um peso social muito grande para as famílias e, por desdobramento, para as políticas públicas, porque existem doenças e agravos que podem ser resolvidos com um único procedimento e não causam tanto problema nem têm taxa de letalidade elevada. Nesse caso, trata-se de doença que causa problema social, médico e que tem taxa de letalidade elevada. Essa medida é com certeza um exemplo de política de Estado e não de governo.

Antônio Carlos Nardi – O fortalecimento da municipalização da saúde acabou sendo uma das grandes conquistas e, com esse fortale-

cimento, o acesso dos usuários ao sistema. Nesse contexto, a organização e o fortalecimento da Atenção Básica (AB) foram talvez o principal avanço. Quando nós falamos em organização, temos de falar dos vazios assistenciais que ainda existem e da organização no sentido da formatação da rede. A formatação das redes de atenção que priorizam na AB a questão da Rede Cegonha, que muitos estados e municípios estão implementando, nos faz pensar nessa questão do acesso, que começa com o pré-natal da gestante e indo até a criança. Dessa maneira, estamos trabalhando com dois grandes indicadores que pactuamos todos os anos. Nesses últimos quatro anos, a melhoria dos indicadores de saúde foi muito veemente nessas duas vertentes: na diminuição da mortalidade materna e na diminuição da mortalidade infantil. Exatamente pela questão das redes e pelo fortalecimento da Atenção Básica.

Nessa lógica, também foram muito importantes os programas do Ministério da Saúde, em parceria com muitas Secretarias Estaduais de Saúde (SES), que estão apoiando e fazendo um complemento financeiro do Piso de Atenção Básica (PAB), e também com o apoio de construções de Unidades Básicas de Saúde, somadas ao PMAQ, dando melhores condições de trabalho. Porque esse é outro problema que nós tínhamos e continuamos a ter em menor grau que é a questão da força de trabalho no SUS e que também teve esse processo de melhoria, no sentido de se desmitificar e descentralizar exclusivamente da pessoa do médico o atendimento profissional e pensar na equipe multiprofissional. Então, acho que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) tiveram papel extremamente importante nesses últimos quatro anos.

O acesso, para mim, incluindo todos esses processos paralelos, foi extremamente importante.

Foto: CONASS



De todos os pilares de sustentabilidade do SUS o de menor desenvolvimento e de menor discussão foi o de Recursos Humanos (RH).

WILSON DUARTE ALECRIM
PRESIDENTE DO CONASS

Assista a mensagem do presidente do CONASS, Wilson Duarte Alecrim, aos novos gestores do SUS .

Assista em
goo.gl/ITpo8Z



Outro processo que temos de citar como grande avanço foi a priorização das Redes Temáticas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Nós passamos a pensar no contexto do país e isso significou implementá-las em primeiro lugar nas regiões com maiores lacunas e vazios assistenciais.

Essa é a grande diferença que a gente vê. Ainda temos problemas, mas temos de pensar em tudo que evoluímos. Isso é outro grande benefício que a gente conseguiu ter como grande balanço.

No Conasems, o avanço que tivemos foi em relação à organização e à qualificação da gestão municipal e tudo isso passando pela qualificação e pelo fortalecimento dos Conselhos Municipais de Saúde (Cosems). Essa foi uma bandeira que levantei como presidente do Conasems: de que cada Cosems deste país fosse fortalecido como instrumento e ferramenta da boa gestão municipal, oferecendo ferramentas para ele exercer uma gestão técnica com qualificação. E a qualificação da gestão foi essencial, pois hoje há credibilidade dos Cosems, do Conasems, nas CIRs, todo mundo sabe o que é o CONASS, o Conasems, o que são os Cosems, as Bipartites Estaduais e as Comissões Intergestores Regionais (CIR). Isso foi grande avanço. Nós mostramos o que é o pacto federativo para cada Ente Federado do Brasil. Cada gestor hoje conhece e pode se expressar na CIR ou na CIB ou na CIT e, passando tudo isso, nos Conselhos.

Consensus Quais são os principais desafios para a implementação do SUS nos próximos quatro anos?

Arthur Chioro – Um dos objetivos estratégicos do Ministério da Saúde é exatamente a melhoria do acesso e da qualidade do serviço, resolvendo de forma humanizada os problemas de saúde da população. Implantar as medidas estruturantes do Mais Médicos, no que se refere

à formação e especialização na residência médica, avançando-se na regulação do trabalho do SUS e ajudando a resolver definitivamente a necessidade de mais médicos no país.

Também é preciso ampliar a produção de medicamentos e equipamentos pelo fortalecimento do complexo industrial brasileiro de saúde; cuidar com dignidade e em liberdade dos pacientes com transtornos mentais e dependentes químicos; modernizar e qualificar o processo de gestão do SUS. Uma agenda central para os próximos quatro anos é ampliar a oferta de serviços especializados, com a implantação do Mais Especialidades. Um grande desafio, em todas as esferas de governo, é encantar os trabalhadores para o nosso projeto ético-político para o SUS. Este projeto está sempre em disputa e é preciso defendê-lo em cada território. Ou seja, avançamos muito nesses 25 anos de história e o nosso compromisso é melhorar cada vez mais.

Wilson Duarte Alecrim – Os desafios na realidade são sinônimos de problemas. Nós continuamos com o crônico problema que representa um dos maiores, se não o principal desafio, para a consolidação do SUS, que é o financiamento. Esse problema vem se agravando ano a ano porque, em anos anteriores, os estados e os municípios, claro que não na totalidade, mas na grande maioria, foram suprindo com recursos próprios. Há estados que já ultrapassam 20% da aplicação dos seus recursos em saúde. Municípios, da mesma forma; e agora eles não têm mais como acrescentar despesas na área da saúde por receita própria. E embora o orçamento da União tenha crescido, não houve aumento da sua participação nos recursos para as necessidades do SUS. Então, esse é um problema crônico, mas é urgente e necessária a sua solução.

Outro problema que é parte consequente do financiamento diz respeito às alternativas

de gestão que devem ser buscadas e ampliadas – algumas já existentes em poucos estados brasileiros –, para que possamos otimizar a aplicação dos recursos. É preciso ficar bem claro que a nossa luta não é somente por mais recursos, é por mais recursos e melhoria da gestão. Essas duas coisas combinadas certamente farão que a população passe a ter a oferta para as demandas que são necessárias e assim viva melhor e avalie melhor a política pública de saúde do país. Nessa parte da gestão, é importante que seja mencionado que gestores municipais e estaduais, principalmente no que diz respeito a secretários estaduais e municipais, devem ser nomeados a partir de critérios técnicos e políticos. E que seja evitado o rodízio precoce desses gestores. Não é possível fazer gestão de uma SES, de uma Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com secretário de “plantão”. Secretário tem de estar no exercício da função do cargo, para seu desempenho ser avaliado pelo maior tempo possível dentro de um período de governo. Cada período de governo, em um estado e em um município, dura quatro anos. Não é possível que se tenha uma boa gestão em uma SES ou SMS se em quatro anos ocorreu um rodízio acentuado desses gestores. Aliás, os estados e os municípios que têm razoável ou melhor capacidade de gestão são aqueles em que o gestor permanece por mais tempo e é capaz de cumprir um período de governo. Então, esses dois assuntos, financiamento e gestão, são fundamentais para que nós possamos avançar.

Outro desafio importante diz respeito à tecnologia. Muitas vezes nós temos dificuldades em implantar determinados programas ou realizar determinados procedimentos por problemas de dependência tecnológica, porque não temos implantado no país, embora esteja em fase de implantação, um modelo tecnológico que priorize a inovação e não a



Não se fala em desafios se não falarmos em quem vai exercer a gestão. Temos de continuar a qualificação da gestão, independente do nível de governo (...)

ANTÔNIO CARLOS NARDI
PRESIDENTE DO CONASEMS

Assista a mensagem presidente do Conasems, Antônio Carlos Nardi, aos novos gestores do SUS.

Assista em
goo.gl/KQjiCQ



invençione que são coisas antagônicas para a área da saúde. Essa absorção e implantação de tecnologia são desafios que precisam ser superados, e outro desafio ainda que está à nossa frente e não depende exclusivamente da área da saúde, mas de políticas de outros ministérios, incluindo os Ministérios da Saúde e da Educação, é a parte de Recursos Humanos, entre eles os médicos.

Antônio Carlos Nardi – Não se fala em desafios se não falarmos em quem vai exercer a gestão. Temos de continuar a qualificação da gestão, independentemente do nível de governo, e também a questão da força de trabalho no SUS, da fixação de profissionais. Com o Programa Mais Médicos, que foi talvez o maior avanço deste governo e foi apoiado integralmente pelo Conasems, muitos municípios no Brasil que não tinham médicos um dia na semana sequer, com o Mais Médicos passaram a ter 24 horas por dia, residindo nesse município. Esse é talvez o maior desafio que teremos: dar continuidade a esse avanço, para assim pensar que nossos indicadores irão melhorar. Não podemos esquecer que, no dia 31 de dezembro, encerra-se o prazo para alcançarmos os objetivos do milênio e vamos entrar o ano que vem no grande desafio mundial que é o desafio do desenvolvimento sustentável. Em relação aos objetivos do milênio, nós ainda estamos com a mortalidade materna alta, a mortalidade infantil ainda não chegou a um indicador melhor, o combate à Aids, a vacinação e os outros indicadores do combate à fome e tantos outros que estavam nos objetivos do milênio ainda precisam melhorar.

E para falarmos em objetivos do desenvolvimento sustentável, nós temos de falar na epidemia do acidente de trânsito, na epidemia da violência, da drogadição, do alcoolismo, porque esse é o grande desafio da gestão do ano que vem, do próximo governo. As

questões que não estão ligadas diretamente à saúde pública da população, mas que estão onerando a saúde pública, sobrecarregando os serviços, dificultando o acesso e fazendo que nós repensemos o sistema, porque não estamos preparados para essa realidade.

É claro que, como estava falando do Mais Médicos e as coisas vão se entrelaçando, nós temos de consolidar isso como uma política de Estado e não de governo. As questões da formação profissional, a fixação do profissional e a consolidação do aumento da oferta do número de vagas do curso de medicina também são desafios, porque faltam médicos no Brasil e essa é uma realidade nua e crua, doa a quem doer e nós temos de continuar levantando essa bandeira. Contudo, não basta abrir curso por abrir curso. É abrir curso com qualidade, com condição de plena docência e qualificação desses profissionais e, além de formar médicos, formar especialistas, porque senão vamos continuar com o grande gargalo de estrangulamento na atenção que é a Média e Alta Complexidade (MAC). E a MAC não é exclusivamente pelo último grande desafio ou talvez o primeiro que é o financiamento. Nós temos que aprovar o Projeto de Lei de Iniciativa Popular que prevê mais recurso para o SUS.

Consensus **As últimas décadas foram marcadas por inúmeras mudanças no mercado de trabalho na área da saúde e consequentemente isso acabou gerando enormes desafios em relação aos Recursos Humanos no SUS. Quais são, em sua opinião, as principais soluções e medidas que devem ser adotadas para resolver a questão dos Recursos Humanos no SUS?**

Arthur Chioro – O Ministério da Saúde promove diversas ações na área de capacitação, qualificação e educação permanente de profissionais. Desde 2004, apresenta uma políti-

ca específica de financiamento e apoio a elaboração de planos de educação permanente nos estados e municípios, numa perspectiva de garantir que os processos formativos sejam baseados nas necessidades percebidas cotidianamente pelos próprios trabalhadores. Além destas ações junto aos estados e municípios, desenvolve uma série de parcerias com instituições de ensino e sociedades científicas. A Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) oferece cursos gratuitos para os profissionais de saúde da rede pública. A rede de ensino é composta por 36 instituições de nível superior, e, desde 2011, recebeu cerca de 130 mil matrículas nos cursos diversos da área de saúde que oferece. Médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários de saúde, gestores, entre outros trabalhadores do SUS, são certificados em diversos níveis de capacitação. São oferecidos pela UNA-SUS os cursos de especialização em Atenção Básica que integram os programas Mais Médicos e Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), ambos com o objetivo levar médicos para o interior e para as periferias. Com isso, os médicos vão se qualificando a medida que prestam o atendimento nas unidades de saúde. Em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, o Ministério da Saúde desenvolve vários outros processos formativos voltados para áreas prioritárias, gerando oportunidade adicional de formação para mais de 140 mil trabalhadores só neste ano.

Também estão sendo expandidas, com o Programa Mais Médicos, as vagas e os cursos de medicina, de modo a garantir mais profissionais para atuarem no Sistema Único de Saúde (SUS). Serão abertas, até 2018, 11,5 mil vagas de graduação e 12,4 mil vagas de residência médica em áreas prioritárias. Recentemente, o Ministério da Educação autorizou a implantação de 39 novos cursos de medicina em cidades fora do eixo das grandes capitais,

de modo a interiorizar a formação médica, estimulando a fixação desses profissionais em locais com escassez histórica de médicos. Em 2010, o Ministério da Saúde ofertou 785 bolsas de residência médica. Em 2014, esse número chegou a 5.125 bolsas. Também houve ampliação na oferta de bolsas de residências multiprofissionais e em área profissional da saúde, saltando de 499 bolsas (2010) para 2.875 (2014). Além disso, houve em 2014 a abertura de dois editais que preveem o financiamento de bolsas de residência para o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência, Edital n. 31 de 24 de julho de 2014) – e para o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde (Edital n. 32, de 24 de julho de 2014).

O Ministério da Saúde também disponibiliza educação à distância e semipresencial por meio do Programa Telessaúde Brasil Redes, que oferece teleassistência e tele-educação aos profissionais que atendem na Atenção Básica. Todas essas ações funcionam em conjunto para garantir que os profissionais de saúde do SUS serão qualificados e terão a vivência necessária para oferecer à população brasileira um serviço de qualidade.

Wilson Duarte Alecrim – De todos os pilares de sustentabilidade do SUS o de menor desenvolvimento e de menor discussão foi o de Recursos Humanos (RH), ou seja, duas décadas e meia decorridas da criação do sistema e nós não temos definições dentro do SUS sobre a política de RH. Não havendo uma, cada estado, cada município e a União criam o seu próprio modelo.

Boa parte dos estados e a grande maioria dos municípios não têm sequer Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração (PCCR). Alguns estados têm plano estabelecido, mas longe de

contemplar o que é a necessidade dos profissionais da área de saúde. E mesmo naqueles em que existe um plano e nos outros em que não há, existe um viés extremamente preocupante que corresponde a uma parte chamada de “regime precário” que representa um número significativo de trabalhadores do SUS que não faz parte do quadro integrante de cada SES ou SMS.

Deve haver no mínimo uma dezena de projetos em tramitação na Câmara Federal que trata de RH no SUS. Alguns indicam uma ou outra determinada profissão: enfermeiros, médicos, psicólogos e da área de nível médio (técnicos), e outros tentam tratar globalmente disso.

Acredito que se nós conseguirmos equacionar e resolver o problema do financiamento e o problema da gestão, teremos de fazer o mesmo com a área de RH, porque o que tínhamos até uma década atrás era uma grande deficiência de profissionais. Ocorreu no país inteiro, uma proliferação de cursos, tanto de nível médio como superior, e hoje na maioria das categorias profissionais nós temos profissionais à disposição para trabalhar à exceção dos profissionais médicos que, embora as entidades médicas trabalhem com a ideia de que existem médicos em quantidade suficiente no país, quem é gestor de saúde sabe que eles não existem em quantidade suficiente, principalmente médicos especialistas.

Antes do Mais Médicos, quando se perguntava a um gestor municipal que mencionasse três problemas na área da gestão dele, um dos três era a falta de médicos. Com o Mais Médicos melhorou, mas só na APS. O gestor municipal que tem Média e Alta Complexidade continua respondendo da mesma forma. Os gestores estaduais respondem da mesma forma: a grande dificuldade de colocar em funcionamento os ambulatórios especializados e as unidades hospitala-

res, incluindo as de urgência como Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), da MAC e os Prontos-Socorros.

Ora, o setor de saúde, quer seja estadual ou municipal, não forma médicos. Agora, tem sido feita uma parceria entre o MS e o MEC, na tentativa de regular a formação de médicos e, com isso, tentar chegar daqui a uns anos em um número de médicos suficiente e necessário para ocupação dos postos que temos no SUS, mas isso é uma política de médio e longo prazo porque um jovem que entrou hoje na faculdade de medicina até chegar ao mercado de trabalho especializado deverá demorar alguns anos. É preciso ser feito o reconhecimento desse déficit e se buscar uma solução intermediária para que não tenhamos de dizer para a população que o profissional só vai chegar daqui a 10 anos. Isso não é justo, não é correto e nem ético.

Antônio Carlos Nardi – A força de trabalho no SUS tem dois processos e nós temos de quebrar a centralização do modelo medicalizado, de falar que a saúde pública e que o sistema de saúde só gira em torno do profissional médico. Nós temos de aprender a trabalhar as equipes multiprofissionais, por isso falei da importância dos Nasf, da importância de termos programas voltados à prevenção e à promoção e profissionais aptos para isso. Acho que a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) trouxe para nós – e isso foi grande avanço desse governo – um pouco dessa importância. Quando falamos de força de trabalho, trata-se da interligação entre o serviço e a academia. Ora, quem está se formando precisa saber para que está se formando. Temos de valorizar os programas como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pro-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde).

Esse é um desafio, mas o desafio maior ainda é ofertar e fixar profissionais em todos os municípios do Brasil, tirando das capitais e das regiões metropolitanas ou dos belos municípios com bons Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) e boa renda per capita o atrativo desses profissionais. Para isso temos de falar em carreira no SUS, mas não em uma carreira federal do SUS. O Conasems é absolutamente contrário a isso. Temos de falar em Planos de Cargos, Carreiras e Salários dignos com condições de trabalho, de remuneração para esses profissionais.

Há também a questão do serviço civil obrigatório para os cursos da área de saúde, não só para os cursos de medicina. Ninguém está falando que é para esse profissional recém-formado em universidades públicas federais ou estaduais atuarem de graça. Estamos falando de atuar no SUS recebendo o salário que os profissionais do sistema ganham, atuando em tempo mínimo para, dessa forma, equilibrar a necessidade do serviço e acabar com os vazios assistenciais. E é claro, falar também da MAC. Hoje nós não temos profissionais de reumatologia, de neonatologia, intensivistas etc. Do que adianta nós falarmos que temos um déficit de UTIs no país se não temos intensivistas para tocar essas UTIs? Nós vamos formar elefante branco para depois passar nos jornais que os aparelhos estão abandonados e a obra largada porque não tem ninguém que os opere? De que adianta construir e equipar se eu não tenho ninguém apto para manejar o aparelho? Isso é um problema grave de força de trabalho.

Aí vem agora o corporativismo nos falar que tem médico suficiente para tocar o Brasil? Não tem! Nós sabemos dessa realidade e acho que é isso que temos de fazer: o convencimento, não só do Ministério da Saúde, mas também do MEC, para trabalhar na Comissão Nacional de Residência Médica esse fortaleci-

mento, esse olhar para a realidade e as necessidades do país e não apenas as questões de classe de categoria profissional.

Consensus No ano de 2014, a saúde viu-se diante de novos desafios com o surgimento de doenças até então nunca ocorridas no Brasil, como o caso da Febre do Chikungunya e o ressurgimento da epidemia do Ebola. Como o SUS tem se preparado para enfrentar o surgimento dessas novas epidemias?

Arthur Chioro – As atividades desenvolvidas pelo Ministério da Saúde para o controle da dengue e da Chikungunya são resultados de um conjunto de ações com as secretarias de saúde e profissionais. Dispomos de um Plano de Preparação e Resposta para Emergências de Saúde Pública que vem sendo utilizado para o monitoramento dos grandes eventos de massa que tivemos em 2013 e 2014. Ativamos nosso Centro de Operações de Emergências em Saúde para acompanhar a situação epidemiológica do surto, o que nos permite realizar cuidadosa avaliação de risco, além da adoção de medidas adequadas à proteção do nosso país.

O reconhecimento do organismo internacional é resultado de ação articulada do Ministério da Saúde com as secretarias de saúde do estado do Paraná e do município de Cascavel/PR. Desde a notificação do caso suspeito, todas as equipes envolvidas se mostraram preparadas. Foram adotadas as medidas de isolamento do paciente, bem como para rastreamento e posterior monitoramento de todas as pessoas que tiveram contatos com ele, com o objetivo de interromper uma possível cadeia de transmissão do vírus.

Wilson Duarte Alecrim – É preciso dizer que, de todos os segmentos que trabalham na implantação do SUS, o que deu mais trabalho para trazer para a proposta do sistema foi a

Vigilância em Saúde e o controle de doenças, mas depois que veio é hoje um dos sistemas mais avançados e organizados que nós temos. Eu fui da época que tínhamos muito enfrentamento com o pessoal da Vigilância e dos programas de controle para que eles se integrassem e fizessem parte do SUS ativamente e não apenas na composição. Mas nos últimos anos o Brasil desenhou um modelo de Vigilância que, dentro de tudo o que temos do SUS, com certeza, se fosse avaliado, receberia uma das melhores avaliações em relação ao desempenho e à oferta do que uma Vigilância pode oferecer à população.

O Brasil vem se credenciando cada vez mais em coisas que pareciam um desafio. Por exemplo: vacinar grande contingente populacional em um único dia era uma coisa impensável quando se discutia isso com outros países. E isso o Brasil conseguiu e consegue fazer. No enfrentamento das epidemias, ele também tem se destacado com bastante resultado positivo. Tem sido assim no enfrentamento da epidemia da Dengue, e agora estamos com dois novos problemas: um que é mundial, o Ebola, e já temos uma rede de profissionais treinados e capacitados para cuidar dos pacientes; e o outro que é a Febre do Chikungunya, que tem como base de apoio de transmissão o mesmo mosquito da Dengue e da Febre Amarela urbana.

Acredito que os estados que já estão tendo a Febre do Chikungunya estão experimentando nova resposta à doença que se manifesta de forma epidêmica. A experiência que temos no enfrentamento de epidemias é de que se a rede está organizada para dar a resposta no tempo e de forma adequada, é minimizado o sofrimento da população com o adoecimento e com os óbitos. Se a rede não está organizada e ordenada, a população fica como se estivesse correndo e andando de um lado para o outro sem o atendimento.

Com Dengue, nós aprendemos muito isso. Assim, se a APS está organizada como porta de entrada e é capaz de classificar os casos potencialmente graves, a situação é minimizada, embora haja sofrimento, mas sem prejuízos maiores.

Antônio Carlos Nardi – Eu digo que os militantes trabalhadores do SUS são verdadeiros heróis que nos surpreendem dia a dia. Esse episódio que não se confirmou como sendo Ebola, em Cascavel, no Paraná, mostrou a expertise do SUS. É dessa forma que estamos preparados. Estamos preparados para enfrentar de fato, não só o Ebola ou a Febre do Chikungunya e a Dengue, nós estamos falando de novas doenças, mas as velhas estão aí nos afogando e matando. Ainda tivemos óbitos por Dengue em 2014, apesar de todo um trabalho de conscientização e mobilização. É preciso lembrar que o sistema público sozinho não vai dar conta, mas é lógico que temos de trabalhar em rede e de forma sincronizada. Disparar o agravo e pôr a rede para funcionar: enfrentando, capacitando as pessoas e dando condições para que o manejo clínico seja correto e perfeito. Acho que esse é o caminho: temos de trabalhar as novas doenças, mas dando conta das velhas doenças também. Não podemos esquecer a malária, a esquistossomose, a tuberculose, a hanseníase e tantas outras doenças negligenciadas que as pessoas, por não ouvirem falar, acham que não existem mais.

Nesse enfrentamento, como o da epidemia de Ebola, o caminho é melhorar o nosso sistema sentinela, os nossos sistemas de notificação, integrando os sistemas. Esse também é grande desafio que temos: há tantos sistemas de informação e tantos investimentos na área de tecnologia da informação, mas ainda não conseguimos unificar os nossos sistemas. Então, é um falando e outro não escutando. Essa

também é uma grande dificuldade que temos e acho que o SUS tem de estar preparado para isso tudo. A Expoepi mostrou-nos exemplos exitosos de como enfrentar e como fazer, basta a gente operacionalizar.

Consensus O Brasil, apesar de ter um sistema público de saúde universal, ainda gasta pouco com saúde quando comparado a outros países com sistemas de saúde similares. Em sua opinião, é possível reverter essa situação? Qual é a sua expectativa em relação o PLP n. 321/2013, que prevê a destinação do equivalente a 10% da Receita Corrente Bruta da União para a saúde?

Arthur Chioro – Temos avançado no financiamento tripartite do SUS, o recurso federal cresceu 160% em 10 anos e os estados e municípios também têm ampliado sua participação. Mas sabemos que é preciso ampliar esse financiamento, abrindo novas fontes de recursos para a saúde. Temos o compromisso do governo federal de aplicar 25% dos recursos do Pré-sal na saúde o que significará um aporte importante de recursos novos. É preciso dialogar com a sociedade sobre o SUS, recolocar a defesa do nosso sistema de saúde no centro da agenda e debater o financiamento que permita o seu desenvolvimento pleno.

Wilson Duarte Alecrim – Nós continuamos com o crônico problema que representa um dos maiores, se não o principal desafio para a consolidação do SUS, que é o financiamento. Já passamos de 16 meses que está em tramitação o PLP n. 321/2013 na Câmara dos Deputados, por meio do qual os estudos indicaram que é possível equilibrar receita e despesa na área da saúde com a destinação do equivalente a 10% das Receitas Correntes Brutas da União (RCB) para a saúde, mas infelizmente a tramitação não está seguindo o que é a esperança dos gestores e o que é necessidade da população.

Nós alimentamos grande esperança de que, em 2015, esse assunto volte à agenda das lideranças partidárias e tenha a devida tramitação, porque esse é um problema crônico, mas é urgente e necessária a sua solução.

Além disso, a aprovação do PLP será uma resposta ao clamor da sociedade brasileira que reconhece que o SUS precisa de mais recursos para aperfeiçoar os serviços que oferece à população.

Antônio Carlos Nardi – A minha expectativa em relação ao financiamento não vai morrer nunca. Sou otimista em potencial. Não posso perder a esperança, porque no dia que isso acontecer eu tenho de parar de trabalhar no SUS. Nós (CONASS, Conasems e MS) fizemos um desafio de que a gente ainda convencesse essa bancada que está deixando o seu mandato a colocar em votação em regime de urgência o PLP do Saúde +10. E nós não estamos pedindo dinheiro só para nós, municípios ou estados, ou mesmo só para a União. Nós estamos pedindo recursos para o sistema, sem ver a bandeira partidária e sim vendo o SUS, vendo a melhoria do acesso, da qualidade da atenção, da remuneração desses profissionais e o suprimento de tantos vazios assistenciais que são gerados muitas vezes dentro da própria Câmara dos Deputados e do Senado Federal.

Consensus O CONASS apresentou aos candidatos à Presidência da República uma agenda para a saúde do Brasil, na qual listou 10 temas prioritários para que o SUS de fato se efetive como sistema universal. Em sua opinião, quais são as ações estratégicas que precisam ser efetivadas para que esses temas se tornem uma agenda permanente para o SUS?

Wilson Duarte Alecrim – O que ocorre a cada eleição presidencial é que o CONASS reúne um grupo técnico altamente competente

para fazer uma análise em relação à situação da saúde como política pública no Brasil e formatar uma série de propostas que no nosso ponto de vista são para serem apresentadas aos candidatos e aos coordenadores de campanha para que eles discutam e analisem se aquilo pode ou não fazer parte do conteúdo programático da candidatura que está disputando a Presidência da República.

Na penúltima eleição, nós tivemos mais adesão do que nesta. Nesta, as propostas que CONASS apresentou não entraram no debate da construção dos programas. Eventualmente, em uma ou outra proposta, víamos um candidato falando alguma coisa referente a um item dentro daqueles que nós havíamos proposto.

Qual é a nossa preocupação? É que o candidato eleito está livre e descompromissado dos pontos a não ser daqueles um ou dois que foram veiculados durante a campanha eleitoral. Os demais ficam ao livre arbítrio do presidente ou do ministro. Enquanto isso, a organização do SUS pressupõe decisões que têm de ser discutidas nos colegiados até se chegar à instância tripartite. Acredito que o que devemos fazer agora, e vou propor isso na próxima assembleia do CONASS, já que a agenda foi encaminhada a todos os candidatos e não houve nenhuma manifestação, é o encaminhamento formal disso ao Conselho Nacional de Saúde (CNS). Vamos encaminhar formalmente a agenda para a saúde do Brasil ao CNS para que a submetam a uma análise e nos indiquem se existe uma forma de colocar isso em discussão como um documento originário do CONASS.

Antônio Carlos Nardi – Acho que a agenda proposta pelo CONASS e a Carta do Conasems de Serra (2014), de Brasília (2013) e de Macaíó (2012) se fundem porque estamos todos do mesmo lado. Essa agenda tem de ser per-

manente porque nós militamos para a concretização do SUS e concordamos integralmente nessa necessidade. A consolidação de tudo que queremos alcançar no SUS se dará com financiamento estável, com a consolidação das Redes de Atenção, organizadas nos seus eixos com políticas exequíveis em cada uma delas, e com a força de trabalho suficiente para produzir serviços. Isso vai passar, é claro, por um pacto interfederativo e uma discussão republicana como nós temos feito. Acho que o CONASS, o Conasems e o MS cresceram política e solidariamente nesses anos também e isso foi um ganho para o próprio SUS. No ano que vem, teremos tudo isso desencadeado na nossa 15ª Conferência Nacional de Saúde e espero que nós possamos também fazer novo modelo de conferência, trazendo um controle social diferente do que hoje estamos tendo e, aí sim, discutirmos políticas de saúde para as reais necessidades da população.

Consensus Qual é a sua mensagem para os novos gestores do SUS que irão assumir em 2015?

Arthur Chioro – Quero saudar todos que a partir de 2015 vão compor as equipes estaduais. A beleza do SUS é exatamente essa característica de ser construído por muitos atores, em diferentes territórios, nesse nosso país rico e plural. O papel dos gestores estaduais é central para que possamos avançar enfrentando os principais desafios que ainda temos para a consolidação do SUS. O fortalecimento das regiões de saúde, com redes de atenção mais qualificadas e humanizadas, a qualificação dos processos de regulação, o avanço das ações de promoção e proteção à saúde, a qualificação da atenção básica em todos os municípios só será possível com gestores estaduais comprometidos e que assumam com qualidade essa importante tarefa de coordenar e articular o sistema estadual de saúde. Assumam

com entusiasmo e compromisso essa tarefa, desenvolvendo uma forte parceria solidária com os municípios, pois essa união é que permite garantir um SUS equânime, integral e de fato universal. Valorizem o controle social. A participação da população e dos trabalhadores fortalece e qualifica a gestão. Contem com o Ministério da Saúde para avançarmos juntos na direção de um SUS comprometido com a defesa da vida e parte de um grande projeto nacional de um país mais justo e solidário.

Wilson Duarte Alecrim – A partir de janeiro de 2015, com certeza, teremos, na gestão estadual, alterações significativas de gestores na titularidade das pastas das SES. Se os governadores incluírem na sua agenda que um secretário estadual de saúde tem de preencher um perfil compatível com o cargo e que esse perfil combine com a decisão técnica e política, teremos certamente melhores resultados, pois isso irá gerar maior compromisso dos gestores.

O que quero dizer é para que esses novos gestores procurem a busca da solução de seus problemas, por meio da discussão, do debate e do coletivo dentro do CONASS. Acredito que o CONASS está cada vez mais trabalhando nas suas assembleias para que a discussão e o debate estejam permanentemente ocorrendo no sentido de que cada gestor possa compartilhar com os demais gestores planejamentos, execução e solução de problemas.

O CONASS tem hoje uma estrutura física de trabalho bem montada, com tecnologia, mas não seria nada se não tivesse a quantidade de técnicos com experiência e competência nas mais variadas áreas com as quais nós trabalhamos. Há muitos problemas que parecem sem solução para um gestor, se ele buscar a informação no CONASS, se ele compartilhar a preocupação e o problema dele dentro do CONASS, com certeza irá encontrar

um caminho que lhe leve a uma solução e um porto seguro mais rápido do que se ele tentasse sozinho. Que esses novos gestores também se inteirem por completo da luta pela melhoria do financiamento, da gestão e dos RH na área da saúde, tentando sempre olhar aquilo que pode ser feito a curto, médio e longo prazo.

Antônio Carlos Nardi – Eu espero que todo novo gestor, independentemente da esfera de governo que ele ocupe, primeiro se apaixone pelo SUS. A paixão faz que você atue de forma diferenciada e é exatamente essa a nossa mensagem: o sistema é perfeito e as pessoas têm de ser perfeitas e aptas a essa perfeição, a dar continuidade e a executar o sistema. É fazer com olhar técnico, com um olhar crítico, com um olhar de vontade e de fato, com compromisso e comprometimento com a população usuária do SUS. Você não tem de tirar proveito para si, mas sim dar resultado para os outros. ■

Visite o site e acesse os conteúdos complementares da revista **Consensus**.



www.conass.org.br/consensus

Acesse também pelo seu *tablet* ou *smartphone* e leia a revista **Consensus** a qualquer hora, em qualquer lugar.



Construindo o SUS no Brasil

TATIANA ROSA

Em 2014, devido à eleição presidencial, a saúde pública brasileira ocupou destaque nas pautas políticas e sociais do país. Muitos problemas referentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) foram apresentados à população e exigiram respostas dos gestores de saúde em todos os âmbitos.

No entanto, o trabalho constante em prol do fortalecimento e do aperfeiçoamento do sistema, desempenhado pelas Secretarias Estaduais de Saúde, trouxe também inúmeros avanços para a saúde pública brasileira.

Nas próximas páginas, conheça um pouco das principais realizações no âmbito da gestão estadual do SUS nos últimos quatro anos.



Ouvir o texto
goo.gl/UzPhn8





Acre

TRANSPLANTE DE FÍGADO NO ACRE



O mês de abril deste ano marcou a história da saúde pública do Acre, quando o vigilante Lúcio Nepomuceno passou pelo primeiro transplante de fígado realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), na região Norte do país.

“Sou o resultado da família que doou o órgão, da dedicação dos médicos e do hospital, do empenho das equipes de governo e da permissão de Deus para que eu retomasse a minha vida normalmente”, disse Nepomuceno, no dia em que recebeu alta médica.

Outros dois pacientes também foram transplantados neste ano – um deles recebeu o órgão doado por uma família de Mato Grosso do Sul. O procedimento de alta complexidade envolve profissionais do Acre e de

São Paulo, liderados pelo médico especialista Tércio Genzini.

Para o Acre começar a realizar transplantes de fígado, foram dois anos de estruturação do hospital e treinamento de profissionais. “Isso é resultado das decisões do governador Tião Viana, que sempre apostou alto com investimentos na saúde”, destaca a secretária de Estado de Saúde, Suely Melo.

“Nós começamos a traçar esse plano para a realização desse transplante há 18 anos. Agora, isso significa que demos um avanço de 20 anos na saúde estadual”, comemora o médico e governador do Acre, Tião Viana.

Além do transplante de fígado, o Acre realiza os transplantes de rim e córnea, desde 2006 e 2010, respectivamente. Com isso, não existe mais fila de espera por esses procedimentos no estado.



Alagoas

HOSPITAL GERAL DO ESTADO É REFERÊNCIA NO SOS EMERGÊNCIA



Implantado em 2013, o SOS Emergência, do Governo Federal, vem auxiliando na melhoria dos serviços das Emergências Hospitalares do País. Em Alagoas, os resultados são bastantes satisfatórios, e o Hospital Geral do Estado (HGE) têm servido de exemplo para outras unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Recentemente, técnicos do Hospital da Restauração, de Recife/PE, visitaram a unidade de saúde para conhecer de perto a realidade do HGE e entender as ações efetivadas que

acabaram com os corredores superlotados da unidade. “Os investimentos realizados no HGE e a reestruturação da rede de urgência e emergência com o aumento dos leitos de retaguarda nas unidades de referência do SUS vêm auxiliando na solução do problema de superlotação”, destacou o secretário de Estado da Saúde e vice-presidente do CONASS pela região Nordeste, Jorge Villas Bôas. Villas Bôas explicou que áreas cirúrgicas especializadas foram criadas, não se precisando mais realizar a transferência do paciente para a realização do procedimento em outra unidade hospitalar. Foi o que ocorreu com a Ortopedia e a Vascular. Além disso, hoje o HGE con-

ta com o tomógrafo mais moderno do estado. “Agora, as cirurgias estão sendo realizadas na própria unidade hospitalar e os pacientes recebem toda a assistência em áreas exclusivas, com equipamentos de última geração”, disse.

Hoje o HGE conta com 387 leitos; a pediatria, com entrada exclusiva para as crianças, con-

ta com uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Unidade de Cuidados Intermediários (UCI). O Serviço de cirurgia endovascular atua no diagnóstico e no tratamento de doentes que apresentam problemas na circulação arterial, venosa e(ou) linfática.

Amazonas



AMAZONAS AVANÇA NA ÁREA DA SAÚDE

O ano de 2014 foi de grandes avanços na área da saúde no estado do Amazonas. Grandes obras foram feitas tanto na capital quanto no interior do estado ampliando a oferta de serviços ofertados a população pelo SUS.

Sete novos hospitais foram inaugurados no interior do estado e outros seis foram reformados. A frota de ambulâncias do interior foi toda renovada com a entrega de 94 novos veículos. Também foram entregues 46 ambulâncias – lanchas adaptadas para o transporte de pacientes pelos rios do Amazonas.

A população do interior do estado contou com ações e serviços especializados realizados pelo Programa Amazonas Saúde Itinerante, que este ano, entre janeiro e setembro, realizou 3.300 cirurgias e 81 mil consultas em todos os 62 municípios do estado.

“O Estado também passou a ofertar o transplante de fígado, que era um desafio, uma vez que estamos em uma região endêmica

para as hepatites e precisávamos mandar nossos pacientes para outros estados, longe de seus familiares, em busca do tratamento”, destaca o secretário de estado de saúde, Wilson Duarte Alecrim.

Um Centro de Reabilitação em Dependência Química foi construído, como parte das ações de enfrentamento à questão do uso de drogas. A unidade tem capacidade para internar até 120 pacientes, por um período de 90 dias. Ainda dentro da política de saúde mental, o estado inaugurou oito unidades de Serviço Residencial Terapêutico para dar novo lar aos pacientes residentes do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro.

O governo estadual está intensificando a parceria com os municípios por meio de transferências de recursos do Fundo Estadual para os Fundos Municipais.



Bahia



AMPLIAÇÃO DO ACESSO A SAÚDE

A ampliação do acesso as ações e serviços de saúde com qualidade, sobretudo, a expansão e melhoria da capacidade instalada da rede de serviços é a pauta prioritária na agenda da gestão estadual da saúde do Estado.

A gestão estadual investiu na melhoria da rede própria estadual, com obras de reforma e ampliação e com investimentos para modernização do parque tecnológico, além da construção de novas unidades. Nessa perspectiva,



destaca-se a ampliação do Hospital Geral Roberto Santos em Salvador, unidade que conta com mais de 600 leitos de internação, ganhou um novo ambulatório, com aproximadamente 80 especialidades e sub-especialidades.

Essa rede que hoje conta com 41 unidades hospitalares distribuídas em todas as regiões do Estado, mais de 6.000 leitos de internação deverá ganhar nos próximos dias, duas novas unidades cujas obras encontram-se adiantadas. Além disso, foram

captados recursos de investimentos para construção de uma unidade hospitalar com cerca de 350 leitos que será construído em Salvador com perfil de atendimento a pacientes crônicos.

Foi firmada uma Pareceria Público-Privado – PPP para implantação de uma Central de Imagem aumentando a oferta de exames (tomografia, ressonância, mamografia e raios X) em até 600% na Bahia, para atender inicialmente a 12 unidades hospitalares da rede estadual, chegando posteriormente a toda a rede estadual.



Ceará

POPULAÇÃO DO CEARÁ TEM NOVA E COMPLETA REDE DE SAÚDE



O Ceará tem nova rede de saúde, que, neste ano de 2014, fica completa. São 19 policlínicas já abertas em diferentes regiões do estado, ampliando-se, assim, o acesso da população a consultas com especialistas e a exames

complexos. Até outubro deste ano realizaram 1.051.670 atendimentos. As policlínicas do Ceará, após visita do ministro Arthur Chioro, em maio deste ano à policlínica em Caucaia, passaram a ser modelo para o Ministério da Saúde, que vai levar para todos os estados o Programa Mais Especialidades.

A nova rede vai além das policlínicas. Na urgência e emergência há hoje no Ceará 25 UPAs 24h. Até três anos atrás não havia UPA em nenhuma cidade. Só em Fortaleza, as nove UPAs existentes realizaram mais de 2 milhões de atendimentos. Ainda na rede de urgência e emergência o Samu 192, que até 2005 era implantado apenas em Fortaleza e Sobral, com a expansão do serviço, atual-

mente 130 municípios são atendidos pelo serviço, em uma parceria com o Ministério da Saúde.

O governo do estado construiu dois novos hospitais regionais no interior. Juntos, o Hospital Regional do Cariri (HRC), em Juazeiro do Norte e que atende a população de 1,5 milhão de habitantes dos 45 municípios da macrorregião, e o Hospital Regional Norte (HRN), em Sobral e que assiste 1,6 milhão de habitantes dos 55 municípios da macrorregião, realizaram 2,5 milhões de atendimentos. O HRC tem 294 leitos, o HRN, 382 leitos. O governo do estado encerra 2014 com a abertura das portas do terceiro hospital regional. Fica em Quixeramobim, no Sertão Central, e tem 269 leitos. Até a interiorização, a assistência terciária era concentrada na capital.

A nova rede de saúde inclui também 18 Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) regionais – todos já funcionando. Os pacientes são encaminhados pela atenção básica, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Em 2014 foi concluída a construção

de 150 UBSs no interior com recursos do governo do estado.

O desafio do financiamento para a manutenção da nova rede de saúde foi enfrentado com uma estratégia utilizada, de forma inédita, no serviço público de saúde. Foi com a formação de consórcios públicos de saúde que fi-

cou assegurado o custeio das 19 policlínicas e 18 CEOs regionais. Nas policlínicas, os custos são compartilhados entre o governo do estado e os municípios da região de saúde. O governo participa com 40% do custeio e os municípios com 60%. Nos CEOs há também a cooperação financeira do Ministério da Saúde.

Distrito Federal



A BUSCA PELA MODERNIZAÇÃO – O DIFERENCIAL NO ATENDIMENTO

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), seguindo a diretriz do governo, entregou à população do DF a reforma do maior Complexo de Microbiologia Integrada e Automatizada da América Latina, localizado nas instalações do Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN/DF).

A reforma do Complexo trouxe para o DF equipamentos de última geração, entre os quais o Vitek-MS, concebido para a rápida identificação de microrganismos, com base na tecnologia MALDI-TOF (do inglês, *matrix assisted laser desorption ionization – time of flight*). O diferencial deste aparelho é o tempo da emissão do laudo de análise de bactérias ser reduzido de 10 dias para apenas dez horas, o que permitirá que o tratamento das doenças, a identificação e a detecção de surtos hospitalares tenham mais agilidade.

A partir das novas análises que o laboratório passa a realizar, será possível uma melhor investigação e assim minimiza a transmissão

das infecções hospitalares, evitando que surtos surjam ou prosperem, como o das superbactérias KPC, NDM e OXA-48, altamente resistentes as medicações.

A SES/DF também investiu na informatização dos Blocos de internação, cirúrgico, ambulatório, UTI e Emergência; Modernização da Central de Material Esterilizado; Implantação da Telemedicina em Cardiologia, Aquisição do aparelho de PetScan e de Tomografia Computadorizada e Instalação do segundo equipamento de Hemodinâmica. Estes equipamentos darão suporte às unidades de internação.

Os investimentos para modernização da saúde reforçam o compromisso do governador do Distrito Federal, Agnelo Queiroz, e da secretária de saúde, Marília Coelho Cunha, em melhorar o atendimento ao cidadão na rede pública.



Espírito Santo



MAIS LEITOS E SERVIÇOS BÁSICOS

Em 2014, o Espírito Santo consolidou investimentos na atenção primária com repasse de recursos para as prefeituras, fi-

nanciamento unidades de saúde e ordem de serviço para a construção de centros de especialidades. Por outro lado, ampliou o número



de leitos, com a entrega do Hospital Estadual de Urgência e Emergência, e aumentou o acesso aos serviços de emergência, com a expansão do Samu 192. Além disso, 933 profissionais da saúde foram nomeados.

Os 78 municípios capixabas recebem R\$ 43 milhões para custear ações no atendimento básico, área que recebeu o financiamento de cinco Unidades Saúde da Família com R\$ 4,7 milhões. Cinco centros de consultas e exames especializados estão sendo construídos no valor de R\$ 26 milhões para descentralizar a assistência médica à população do interior.

O número de leitos ganhou reforço com a entrega do Hospital Estadual de Urgência e Emergência, em Vitória, que demanda investimentos de 105 milhões, e com a inauguração do Hospital Estadual de Vila Velha (cuja administração foi assumida pelo Estado, que destina R\$ 6 milhões para readequações). A Maternidade de Guarapari foi reaberta e será custeada com recursos estaduais - aproximadamente R\$ 13,8 milhões por ano.

Na área de urgência e emergência até o final do ano 22 municípios capixabas serão cobertos pelo Samu 192, que está sendo expandido gradativamente para todo o território capixaba. O serviço contará com um helicóptero próprio que será entregue até dezembro no valor de R\$ 14 milhões.



Goiás

HOSPITAIS APROVADOS POR 90,7%



“Há três anos era difícil imaginar que Goiás teria dois hospitais públicos estaduais com o selo de qualidade da Organização Nacional de Acreditação (ONA). É um marco histórico para o Estado”. A declaração do secretário da Saúde de Goiás,

Halim Antonio Girade, é o retrato da nova realidade das unidades da rede própria estadual após a implantação da administração por Organizações Sociais (OSs). Os hospitais que conquistaram a acreditação da ONA foram o Alberto Rassi (HGG) e o de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT/HAA). Outros dois devem receber acreditação ainda este ano.

Em 2011, Goiás contava com duas unidades administradas por OS que eram referência em qualidade dos serviços prestados – Crer e

Huana. O governo decidiu expandir o modelo para todos os hospitais estaduais. Atualmente, 13 unidades da Secretaria Estadual de Saúde (SES) estão sob gestão de OS e os novos hospitais serão inaugurados já com OS.

Pesquisa feita pelo Instituto Serpes abordou os usuários desses hospitais com a questão: “como você avalia os hospitais públicos que utiliza?”. Os hospitais ligados à SES tiveram uma média geral de 90,7% de satisfação dos usuários, acompanhantes e profissionais, que pela primeira vez puderam opinar. Os funcionários deram 97,9% de aprovação satisfatória às unidades da rede estadual, na média isolada.

“Acreditamos que a gestão ágil e eficiente, por meio das OSS, adotada em nossas unidades tem contribuído para essa evolução: profissionais motivados, pacientes e acompanhantes satisfeitos”, destaca Girade.

Maranhão



MARANHÃO INVESTE NA AMPLIAÇÃO DA REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A ampliação da rede de assistência em todo o Maranhão foi a principal ação desenvolvida pela SES em 2014, dando continuidade ao Programa Saúde é Vida. São novas unidades de saúde, modernos equipamentos e centenas de profissionais colocados à disposição dos maranhenses, facilitando o acesso e tornando mais resolutivos os serviços públicos de saúde.

A primeira unidade inaugurada em 2014 foi o Hospital de Urgência e Emergência de Matões do Norte, moderna estrutura (40 leitos de internação, SPA 24 horas, centro cirúrgico, consultórios e sala de estabilização) com equipe profissional capacitada. Às margens da BR-135, onde é alta a ocorrência de acidentes, o hospital salva muitas vidas.

Outros 14 hospitais de pequeno porte construídos e equipados por meio do Programa Saúde é Vida foram entregues às gestões municipais, que recebem do estado R\$ 100 mil mensais para manter cada uma dessas unidades. São estruturas modernas (20 leitos de internação, centros de parto, raios X e laboratório) para dar aos municípios condições dignas de oferecer serviços básicos de saúde, como consultas, exames e partos.

Em São Luís, onde o estado já ampliou sua rede com seis Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), o investimento foi na oferta de serviços especializados. O Hospital Estadual de Alta Complexidade Dr. Carlos

Macieira ganhou importan-

tes setores, entre eles moderno centro cirúrgico com nove salas de cirurgia, 47 leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), hospital-dia com 18 leitos, centro de hemodiálise.

Ainda na capital, o sistema estadual de saúde ganhou o Hospital de Câncer do Maranhão Dr. Tarquínio Lopes Filho, a primeira unidade de saúde pública para tratamento de pacientes oncológicos, com 123 leitos (106 de internação e 17 de UTI), SPA, unidade de cuidados paliativos e salão de quimioterapia com 21 poltronas. Também foi aberto o Centro Ambulatorial de Atenção à Saúde do Paciente Oncológico, onde pacientes são encaminhados para o tratamento ambulatorial ou cirúrgico.



Mato Grosso do Sul



COAP- CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA: POTENCIALIDADES E DESAFIOS NO FORTALECIMENTO DAS REGIÕES DE SAÚDE

A construção do Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap) trouxe para Mato

Grosso do Sul, um reforço para a governança regional, a partir de um processo de planeja-



mento macrorregional que desencadeou a discussão sobre as redes de atenção, orientadas e coordenadas pela atenção básica. O Coap marca, no estado de Mato Grosso do Sul, um redirecionamento no modo de fazer gestão. O fortalecimento da atenção básica

tem sido a diretriz guia da SES/MS, considerando seu papel como ordenadora das redes e coordenadora do cuidado. Está se encerrando a gestão com 539 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que estão presentes nos 79 municípios do Estado, sendo desses, 40 com 100% de cobertura populacional, com cerca de 1.712.665 pessoas assistidas pelas equipes, o que representa 68,37% de cobertura e 2.330.956 assistidas pelos 4.429 Agentes Comunitários de Saúde, o que representa uma cobertura populacional de 93,05%. Das 539 equipes de ESF existentes, 509 apresentam profissionais de saúde bucal (cirurgião dentista, auxiliar e técnico de saúde bucal), presentes em todos os municípios do Estado. Para ampliar o escopo de ações e fortalecer a resolutividade desse nível de atenção, Mato Grosso do Sul conta com 49 Núcleos de Apoio à Saúde da Família, sendo 30 tipo I, 19 tipo II e 10 tipo III.

Entre as principais metas executadas neste ano estão o co-financiamento dos hospitais públicos e filantrópicos que prestam atendimento ao SUS; repasse à SESA/Campo Grande para melhoria da rede hospitalar de referência estadual; repasse à SESA/

Dourados para melhoria na rede hospitalar de referência macrorregional; repasses aos municípios que exercem o papel de referência em atenção especializada ambulatorial e hospitalar; executadas ações administrativas destinadas a garantir o custeio necessário para a execução do planejamento assistencial e de RH, referentes ao Hospital Regional de Mato Grosso do Sul; repasse mensal ao município de Campo Grande para apoio ao diagnóstico precoce das patologias da gestação; repasses para atender cestas básicas para comunidades Indígenas; aquisição de medicamentos e serviços para atender determinações judiciais; aquisição de medicamentos especializados, atendendo pacientes cadastrados; repasse à Sesau de Campo Grande para o Serviço de Referência Estadual em Reabilitação Física; aquisição e dispensação de insumos para atendimento aos pacientes ostomizados; execução das ações necessárias para atender o Hemosul e Núcleos Hemoterápicos vinculados à Hemorrede Pública; atendidas as solicitações no tratamento fora de domicílio disponibilizando passagens e ajuda de custos para pacientes que necessitam dos serviços em outros estados brasileiros.

O desafio neste final de gestão é de garantir estratégias de validação, pelos próximos governos, deste movimento de qualificação regional da saúde, através da construção, articulação e pactuação de políticas cooperativas e solidárias entre as diversas instâncias co-responsáveis pela gestão do Sistema Único de Saúde do Mato Grosso do Sul.



Minas Gerais

PROGRAMA RESPIRA MINAS

A Resolução SES n. 4.380, de 1º de julho de 2014, instituiu o Programa Respira Minas no âmbito do estado de Minas Gerais, direcionado para a reorganização do atendi-

mento às doenças respiratórias e dos fluxos de atendimento à população.

As doenças respiratórias representam um dos maiores desafios para a saúde pública

mundial, causando grande impacto econômico e social. Estima-se que um terço da demanda espontânea de atendimento da Atenção Primária à Saúde é por queixas respiratórias. Entre as condições de saúde respiratórias com maior prevalência, destacam-se:

Asma: 10% da população – em algumas faixas etárias ultrapassa 20%.

Rinite: 20 a 25% da população (entre as 10 razões mais frequentes de atendimento na Atenção Primária à Saúde – APS).

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC): 15,6% da população com mais de 40 anos.

Tabagismo: 15% da população com mais de 15 anos e é considerado a principal causa de morte evitável.

Tuberculose: o Brasil é o 16º país no mundo com o maior número de casos e Mi-

nas Gerais, o 5º estado com o maior número de notificações da doença.

O último Estudo de Carga de Doenças de Minas Gerais evidenciou que as doenças respiratórias são responsáveis pelo terceiro maior impacto na saúde dos mineiros. Motivo que leva a aumentar a qualidade da atenção à saúde respiratória, apoiar os profissionais de saúde no reconhecimento e no manejo das doenças, reduzir o número de internações e óbitos, além de melhorar a qualidade de vida dos usuários com Tuberculose, Asma, Infecção Respiratória Aguda (IRAs) e Tabagismo.



Pará

PARÁ COMEMORA AVANÇOS EM TODAS AS ÁREAS DE SAÚDE

A Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (Sespa) comemora os avanços registrados durante toda a gestão iniciada em janeiro de 2011, como a redução de 90% dos casos de malária em relação a 2010, quando ocorreram 183.523 casos da doença. Hoje, o Pará deixou de liderar o ranking brasileiro, caindo para o terceiro lugar e dos 144 municípios paraenses, 59 não apresentaram nenhum registro de malária este ano e outros apenas um caso.

Houve queda também no número de casos de dengue no Estado. De janeiro a 6 de novembro deste ano, foram confirmados 2.603 casos de dengue contra 7.514 em 2013, representando uma queda de 65%.

Com apoio do Conass e Cosems, a Sespa também conduziu com sucesso o Processo de Planificação da Atenção Primária em Saúde, culminado com a formatura de 45 especialistas em Gestão da Atenção Primária à Saúde,

curso promovido pela Sespa e Universidade do Estado do Pará (Uepa). O objetivo foi formar gestores de Saúde e organizar a Rede da Atenção Primária na Região de Saúde Metropolitana III, que abrange 22 municípios do Nordeste paraense.

No que tange à Alta Complexidade, foram iniciadas as obras de construção do novo Hospital Regional Abelardo Santos em Belém, e dos Hospitais Regionais de Itaituba e Castanhal, assim como inaugurados o Hospital Regional de Paragominas e qualificados diversos Hospitais Municipais, como o do município de Bagre, na região do Marajó. Outros estão sendo finalizados para serem entregues à população, como é o Hospital Municipal de Ipixuna do Pará.





Paraíba

GOVERNO DA PARAÍBA INVESTE MAIS DE R\$ 1 BILHÃO NA SAÚDE EM 2014



Até o fim de 2014, os investimentos do governo da Paraíba, na saúde, serão de mais de R\$ 1 bilhão em custeio, reformas, ampliações hospitalares, construção de novas unidades e aquisição de equipamentos. Até outubro, foram mais de R\$ 730 milhões para custeio de todas as unidades do estado e mais de R\$ 70 milhões em obras. Só neste ano, foram 437 leitos, mas, de 2011 até agora, já foram inaugurados mais de mil.

Outro destaque é o Hospital de Traumatologia e Ortopedia da Paraíba (HTop), que dá suporte ao Hospital de Emergência e Trauma, em João Pessoa, o primeiro do estado com esse perfil. Desde a inauguração, em 2013, o HTop já realizou mais de 140 mil procedimentos, entre internação, atendimento médico, retorno hospitalar, tratamento fisioterapêutico e psicológico. Este ano, o HTop recebeu o certificado de Acreditação, sendo o primeiro hospital público da Paraíba e o quarto do Nordeste a receber o selo da Organização Nacional de Acreditação (ONA), que atesta a qualidade dos serviços prestados e a eficiência no atendimento.

No Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande foi inaugurado o primeiro Centro Vascular da Paraíba: um investimento de R\$ 1 milhão na unidade, que recebe vítimas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico, infarto agudo do miocárdio e embolia pulmonar.

Em 2014, houve a segunda Caravana do Coração, parceria do governo do estado e da Associação Círculo do Coração. Foram atendidos 1.019 pacientes, sendo 901 crianças e 118 fetos, de 99 municípios. O objetivo é ir até os pacientes, detectar problemas cardíacos e encaminhá-los para o tratamento adequado. Até junho deste ano foram realizadas 248 cirurgias.

Ainda foram inauguradas UPAs em Cajazeiras, Princesa Isabel e Piancó. Em 2011, foi entregue a UPA de Guarabira, contabilizando a entrega de quatro unidades.

Para o secretário de Estado da Saúde, Waldson Dias de Souza, o SUS na Paraíba avançou, principalmente, no acesso a serviços antes não existentes em várias regiões e conseguiu descentralizar ações. “A principal pauta ainda é o estabelecimento de financiamento adequado para os serviços que estão sendo ampliados em todo o estado”, disse.

No momento, as obras mais importantes são as construções do Hospital Metropolitano de Santa Rita, em que são investidos mais de R\$ 100 milhões para beneficiar mais de 1,2 milhão de pessoas, com 200 leitos. A previsão de entrega é até o fim de 2015.

Até o fim deste ano, há previsão de se inaugurar o Centro de Oncologia de Patos, com investimento de mais de R\$ 6 milhões, que beneficiará mais de 900 mil habitantes; o Hospital de Cacimba de Dentro, com investimento superior a R\$ 4 milhões e ainda o Hospital de Picuí, com recursos de mais de R\$ 3 milhões na ampliação dos leitos, de 73 para 110.

Paraná



PARANÁ AVANÇA COM AS REDES DE ATENÇÃO

A decisão do governo do Paraná em adotar o modelo de Redes de Atenção à Saúde tem-se mostrado estratégia eficaz. Ao fim de quatro anos de gestão, os resultados conquistados são motivo de orgulho, principalmente por meio das Redes Mãe Paranaense e Paraná Urgência, já consolidadas com ações coordenadas na atenção primária, na área de especialidades e na retaguarda hospitalar. “Decidimos implantar as redes nos 399 municípios, ampliando o apoio técnico e financeiro a prefeituras, consórcios e prestadores de serviços”, explica o secretário estadual da Saúde, Michele Caputo Neto.

Mãe Paranaense – A Rede Mãe Paranaense organiza a atenção materno-infantil nas ações do pré-natal, parto e puerpério. O estado garante às gestantes no mínimo sete consultas e todos os exames necessários, sua classificação de risco, a garantia de ambulatório especializado para mulheres e crianças, a realização do parto por meio de vinculação ao hospital e o acompanhamento das crianças menores de um ano. Com essas ações, o Paraná conseguiu

reduzir 40% da mortalidade materna e 10% da infantil, evitando-se que cerca de 550 mães e bebês morressem em decorrência da gestação e do parto.

Paraná Urgência – A Rede Paraná Urgência estabeleceu novos protocolos de atendimento, organizou as portas de entradas e emergências hospitalares, o transporte pré-hospitalar terrestre e aéreo, com a organização de Samus Regionais, fez a renovação da frota de ambulâncias e colocou à disposição da população helicópteros e aviões para o transporte de pacientes e órgãos para transplantes. Tudo isso foi determinante para que o estado reduzisse em 21,7% a mortalidade por acidentes e em 7,4% a mortalidade precoce por doenças cardiovasculares, além de ampliar em 200% o número de transplantes de órgãos e tecidos.



Pernambuco



EM PE, SAÚDE AVANÇA DE FORMA INTEGRADA

A Saúde diferencia-se de outras áreas da gestão pública, pois todas as questões são urgentes e os desafios têm de ser enfrentados de forma integrada. Em 2014, Pernambuco consolidou o maior investimento em média complexidade da sua história, com as

Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada. Até agora, nove estão funcionando e, até 2015, serão 15 em todo o estado, interiorizando exames e consultas com especialistas. Também foi inaugurado neste ano, em Caruaru, no Agreste, o Hospital Mestre Vita-



lino, o mais moderno do interior e sinal de novo tempo para a assistência da Região.

Destaque ainda para a ampliação em 250% da cobertura do Samu, que saltou de 33 municípios, em 2011, para 115, fazendo que mais de 80% dos pernambucanos possam o resgate móvel à disposição, e também para o reconhecimento internacional do Programa Mãe Coruja, que recebeu os prêmios da Organização das Nações Unidas (ONU) para o Serviço Público e o Interamericano da Inovação para a Gestão Pública Efetiva, promovido pela OEA. O Programa

acompanha mães e bebês, da gestação até os primeiros anos de vida, reduzindo a mortalidade materna e infantil.

Pernambuco trabalha ainda para que o quadro sanitário evolua na mesma razão do desenvolvimento econômico. Para enfrentar as doenças historicamente negligenciadas, foi criado o Programa Sanar, que já deu início ao processo de eliminação da Filariose junto à Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), reduziu os casos de Tracoma e Esquistossomose e aumentou o diagnóstico e o tratamento da Hanseníase e Tuberculose. Em três anos, o Sanar ganhou seis prêmios nacionais na área de Saúde pública.



Piauí

PIAUI INVESTE MAIS EM 2014



Para o estado, um dos maiores desafios deste ano era cumprir suas próprias metas, estabelecidas ao longo dos últimos quatro anos. Um plano estratégico permitiu investimentos na capital, Teresina, e no interior: um total de 224 municípios que compõem o

Piauí, cuja população (90%) depende do SUS.

Em setembro deste ano, foram entregues 10 novos leitos de atenção psicossocial ao Hospital do Mocambinho, referência em álcool e outras drogas (AD), deixando a capital próxima da meta estabelecida pelo Ministério da Saúde. E falando em leitos, em junho passou a funcionar, em Teresina, a Central de Regulação de Internações Hospitalares, com equipe médica treinada para referenciar pacientes vindos do interior: por

telefone, o deslocamento é mais conveniente ao paciente e diminui filas de espera nos hospitais da capital.

E em consonância com essa ação, a Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (Sesapi) realizou outra importante estratégia de gestão: a contratualização das unidades hospitalares, com um incremento de 25% no repasse de recursos ao hospital. Em contrapartida, ele assume o compromisso de cumprir metas estabelecidas em um plano operativo, criado em parceria com a equipe técnica da Sesapi.

A Carreta da Mulher, lançada para a realização de mamografias e ultrassonografias itinerantes, foi outra grande ação, assim como a inauguração do primeiro Centro Feminino do país para recuperação em Álcool e Drogas. Essas e outras ações na saúde marcaram este importante ano para o Piauí.



Rio de Janeiro

RIO DE JANEIRO COMO LÍDER DE POLÍTICAS DE SAÚDE NO SUS

Desde 2007 o Rio de Janeiro voltou a ser protagonista na implantação de políticas públicas de saúde, sobretudo com a criação das UPAs, incorporadas pelo Ministério da Saúde como ação nacional. De lá pra cá, passou a ser o primeiro no ranking de UPAs construídas (57) e gerenciadas (29). De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), nenhum outro estado do Sudeste tem UPAs sob administração.

Em 2013, a SES seguiu investindo também em unidades de referência: Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer – 1º centro de neurocirurgia do país – e Hospital Estadual da Criança, para cirurgia pediátrica (geral, ortopédica, transplante e oncológica). Ambos têm em comum tecnologia e modernidade, como marca na qualidade do atendimento, somando-se aos outros seis centros de referência construídos desde 2009.

O ritmo de ampliação do acesso da população ao SUS seguiu em 2014. Em janeiro, foi inaugurado o Mamógrafo Móvel que, até outubro, rodou 14 cidades e fez mais de 10 mil

mamografias, 5 mil ultras e 113 biópsias. Foram inaugurados o Hospital Estadual dos Lagos e o projeto das Clínicas da Família que, em parceria com as prefeituras, vem qualificando e ampliando a atenção básica. Já foram inauguradas 11 das 59 previstas.

Investimentos na área de transplantes tiraram o Rio de Janeiro da lanterna do ranking para segunda posição, ajudando a elevar a média brasileira de doação de órgãos. Em 2014, a fila no estado caiu 70% e o número dos transplantes de órgãos e tecidos cresceu 50% e 300%.

Em 2014, o desafio foi lidar com o vírus ebola e a chance de ele chegar ao país. Foi montado um plano de contingência e feitas capacitações. O primeiro caso suspeito no Brasil veio do Paraná para o Rio de Janeiro em uma operação considerada bem-sucedida pelo Ministério da Saúde.



Rio Grande do Norte

RIO GRANDE DO NORTE MODERNIZA GESTÃO DA SAÚDE

Os avanços da gestão na saúde do Rio Grande do Norte são visíveis, com a ampliação da oferta de 66 novos leitos UTI na rede pública e mais de 200 leitos de retaguarda clínica. O estado elevou de 42% para 75% a cobertura populacional do Samu e se manteve entre os

primeiros lugares em captação de órgãos do país, aumentando sua capacidade de realização de transplantes, zerando a fila de espera de córnea e retomando os transplantes de fígado.

Administrativamente, a implantação do ponto eletrônico permitiu gerenciamento



mais eficaz da força de trabalho nas unidades. Com isso, a Secretaria assegurou maior presença dos profissionais nos hospitais e o pagamento das horas efetivamente trabalhadas. A medida possibilitou dimensionar as necessidades reais da rede, tanto que foram nomeados mais de

2.700 servidores.

Ações como estas demonstram o resultado dos esforços empenhados pela gestão para superar o seu principal desafio: tornar a rede estadual mais resolutiva. Para isso é preciso enfrentar o subfinanciamento do SUS, que

impossibilita o cumprimento das responsabilidades pelos entes federativos.

A despeito da boa parceria que o Rio Grande do Norte tem mantido com o Ministério da Saúde, faz-se necessário avaliar que, para conseguirmos operacionalizar o princípio da responsabilidade sanitária tripartite, é preciso colocar em pauta a adequada regulamentação da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) n. 29, para que, assim como estados e municípios, também a União invista o percentual mínimo de 10% das receitas vinculadas à Saúde. Não se pode deixar de reconhecer que essa medida é essencial para se garantir aos usuários do SUS assistência efetivamente digna e resolutiva.



Rio Grande do Sul

INVESTIMENTO EM SAÚDE TRAZ AVANÇOS PARA A SAÚDE PÚBLICA DO RS



Pela primeira vez, o estado do Rio Grande do Sul cumpriu a obrigação constitucional e investiu 12,5% da receita líquida em saúde. A posição política de ampliar recursos foi associada à implantação de diretrizes que orientaram a retomada do protagonismo dos gestores estaduais na organização e no gerenciamento do Sistema Único de Saúde em nível regional. A Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul investiu na construção de redes regionalizadas de saúde, descentralizando recursos e enfrentando as necessidades específicas de cada comunidade.

O cofinanciamento na Atenção Básica e o Programa Mais Médicos levaram a cobertura para 67% da população. As ações de preven-

ção às DST/Aids foram articuladas às RAS e já promoveram a redução expressiva da sífilis congênita. O Telessaúde e outras iniciativas como o Respiranet impactam diretamente a oferta de especialidades. A ampliação de recursos para Rede de Atenção Psicossocial promoveu o cuidado em liberdade e impactou a desinstitucionalização, a criação e financiamento de serviços de saúde mental na atenção básica para os municípios com pequena população: as Oficinas Terapêutica e os Núcleos de Apoio à Atenção Básica.

Como legado, a Copa do Mundo e as ações da RUE (Rede de Urgência e Emergência) deixaram como herança a criação da Força Estadual da Saúde. Estão operando 12 UPAs e houve ampliação do SAMU para municípios e rodovias estaduais. A rede hospitalar recebeu incentivos específicos vinculados à qualidade

e produtividade dos hospitais, financiando desde ambulatorios de especialidades a unidades de tratamento intensivo. Foram criados 1160 novos leitos hospitalares. Em junho de 2014, chegamos a 2,82 leitos por 1000 habitantes, maior índice do país.

Aliadas a estas ações, as políticas públicas transversais direcionadas à saúde indígena, à população negra, à população em

privação de liberdade, à população LGBT etc, melhoram a saúde dos gaúchos. Os resultados aparecem em índices como o recuo da dengue, o controle da gripe e a melhoria nos índices de mortalidade materna e infantil. O período se encerra com a certeza de que o governo do Rio Grande do Sul trabalhou para garantir serviços de saúde de qualidade mais perto da população.

Rondônia



MINISTÉRIO DA SAÚDE RECONHECE E HABILITA MATERNIDADE DO HOSPITAL DE BASE ARY PINHEIRO

Após 32 anos, desde sua fundação, a maternidade do Hospital de Base Ary Pinheiro (HB) foi finalmente reconhecida, dia 31 de outubro, como referência no estado em atenção à saúde em gestação de alto risco, a chamada alta complexidade.

O reconhecimento, além de comprovar os avanços registrados no setor de saúde de Rondônia, vai assegurar mais R\$ 3 milhões ao Orçamento Geral da Saúde no estado. Na prática, é a contrapartida do Ministério da Saúde para cobrir todas as despesas com os serviços oferecidos no setor pelo HB.

Antes, todos os procedimentos eram custeados pelo governo de Rondônia. A partir de agora, o Ministério da Saúde dará contrapartida de R\$ 3 milhões. O texto da Portaria n. 1.171, de 31 de outubro deste ano, regulamenta e define os critérios, conforme publicação no Diário Oficial da União.

Segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde (Sesau), pelo menos 3 mil partos de alta complexidade são realizados por ano

no Hospital de Base. O setor trabalha com a expectativa de este número sofrer crescimento de pelo menos 15% a partir do próximo ano.

De acordo com o Ministério da Saúde, dados de programas federais como a “Rede Cegonha”, que institui as diretrizes para a organiza-

ção da Atenção à Saúde na Gestação, ajudam na definição dos critérios para implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco.

O secretário estadual de saúde, Willian Pimentel, classificou como grande avanço o reconhecimento do Ministério da Saúde. Para ele, além dos recursos que serão injetados pelo governo federal, a decisão mostra que o setor está no caminho certo e que as políticas adotadas pelo governo de Rondônia já surtem os efeitos positivos.





Roraima

RORAIMA E OS DESAFIOS DO SUS



O Sistema Único de Saúde (SUS), uma conquista do povo brasileiro, há mais do que atendimento; existe a maior política de inclusão social da história. Entretanto, o financiamento ainda insuficiente do setor, sem dúvida, apresenta-se como um dos principais desafios a serem

superados, principalmente por estados pequenos e altamente dependentes de repasses da União.

Mesmo com suas limitações, a Secretaria de Estado da Saúde de Roraima aplica acima do teto constitucional, investido em materiais e equipamentos com o intuito de melhorar o atendimento nas unidades. Na parte de pessoal, realizou o maior concurso público, com vagas para todos os municípios, incluindo comunidades ribeirinhas de difíceis acessos e onde há carência de profissionais. Além da sanção do PCCS este ano, com enquadramento e pagamento de progressões dos servidores da saúde.

O secretário estadual de Saúde, em exercício, Sálvio Alcoforado, menciona que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) implantadas no Estado são o caminho para melhorar

e integrar os serviços, como forma de garantir ao paciente, o atendimento de qualidade e resolutivo.

Em Roraima, o Samu foi 100% regionalizado. “É a maior unidade de saúde do estado, o Hospital Geral de Roraima, passa por obra de ampliação e melhorias nunca vista desde a inauguração, em 1991. Com isso, o atendimento será aprimorado, e novos profissionais e acadêmicos poderão atuar na unidade, já que neste ano a unidade foi credenciada como hospital-escola”, disse Alcoforado.

Pela Rede de Atenção Psicossocial, conseguiu-se o funcionamento de dois Centros de Atenção Psicossocial III (24h) na capital, além de garantir a implantação do Caps I em seis municípios do interior. Sem contar com as oficinas de atualização profissionais.

A única maternidade pública do estado, o Hospital Materno-Infantil, faz parte da Rede Cegonha e busca manter as boas práticas obstétricas. Também garante o atendimento diferenciado às mulheres indígenas. Para isso, existe uma ala adaptada para atendê-las, conforme o costume, além de intérprete para ajudar durante o atendimento. “Os desafios são grandes, mas estamos trabalhando para melhorar a assistência prestada ao povo roraimense”, finalizou.



Santa Catarina

O DESAFIO DE LEVAR SAÚDE A TODOS

Organizar o sistema de acesso à população aos serviços é um dos maiores desafios da Saúde catarinense. É justamente este o ponto no qual mais centramos esforços, em 2014 – e em que obtivemos importantes resultados.

A construção do protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco de Santa Catarina está permitindo tornar mais justo e humano o atendimento. Assim como a implantação de centrais de regulação de internação em todas as regiões do estado e a redução

em 30% no número de pessoas em Tratamento Fora de Domicílio.

Santa Catarina tem 6,3 milhões de habitantes e uma faixa territorial que permite distanciar a população em cerca de mil quilômetros. Por isso, nossa meta é descentralizar o atendimento. Isso se faz com ações que perpassam o melhor aproveitamento dos hospitais de retaguarda, além da oferta de serviços de média e alta complexidade nas unidades de saúde do interior de SC.

Em busca disso, instalamos oito unidades de tratamento de câncer com rádio e quimioterapia. Temos nove unidades de tratamento cardiológico no estado e 11 hospitais

habilitados em traumatologia. A nefrologia atende bem todo o estado, com 24 unidades de referência.

O objetivo para 2015 é regulamentar o protocolo de risco catarinense em todas as unidades que atendem SUS. Estão sendo implantados novos serviços de alta complexidade, como a neurologia e a ortopedia pediátrica, para garantir que ao fim do próximo ano tenhamos menos pessoas viajando em busca de tratamento e mais catarinenses recebendo atendimento digno.



São Paulo



FORTALECENDO ASSISTÊNCIA E PREVENÇÃO

A saúde avançou para valer em 2014 no estado de São Paulo. A Secretaria da Saúde lançou o programa “SOS Santas Casas”, garantindo R\$ 604 milhões extras para 130 Santas Casas e hospitais filantrópicos, visando cobrir o subfinanciamento federal e fortalecer a assistência.

Pelo programa “Mulheres de Peito”, cinco carretas passaram a percorrer os municípios, oferecendo mamografia grátis a mulheres entre 50 e 69 anos sem necessidade de pedido médico, e um serviço de 0800 agenda mamografia no mês do aniversário das pacientes em mais de 300 serviços do SUS/SP.

Vinte e quatro Ambulatórios Médicos de Especialidades passaram a abrir aos sábados para que homens com 50 anos ou mais possam fazer check-up de graça.

O programa “Recomeço” chega ao fim deste ano com 3 mil leitos exclusivos para tratamento e recuperação de dependentes químicos.

A Secretaria assinou contrato de PPP (Parceria Público-Privada) inédita para

construir três hospitais estaduais. A pasta ainda levantou R\$ 836 milhões com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) para construir e reformar unidades em cinco regiões.

As redes Hebe Camargo, Lucy Montoro, DST/Aids/Hepatites virais, Hospitais

qualificados em estruturantes, estratégicos, apoio, essencial e, a partir de 2015, os hospitais de longa permanência, além de se “entrelaçarem”, contarão com uma nova rede: a de hospitais de trauma.

Mais importante é dar inteligência, logística e controle de custos, financeiro-econômico e de qualidade, por meio de indicadores reunidos na Central da Saúde (Cross). Outros projetos em andamento: telemedicina (Baixada Santista), teleECG (região de Catanduva) e, futuramente, teleUTI. E ainda o Cartão SUS que até mesmo auxiliará na logística de medicamentos.





Sergipe

ATENÇÃO BÁSICA: DESAFIO NA ASSISTÊNCIA



Em 2014, o maior desafio do SUS em Sergipe foi garantir o fluxo correto de atendimento à população, a exemplo do funcionamento da Atenção Básica, evitando a superlotação nos hospitais de alta complexidade com casos simples que poderiam ser absorvidos em UBS ou UPAs.

No pronto-socorro do Hospital de Urgências de Sergipe (Huse), o maior hospital público de Sergipe, referência para casos graves, por exemplo, cerca de 80% dos pacientes não geram internação. São casos como febre, vômito, diarreia, constipação, conjuntivite, cólica menstrual, unha encravada, náusea, urticária e até piolho. Considerando que cerca de 80% dos problemas de saúde podem ser resolvidos na Atenção Básica, o estado fortaleceu a estruturação, com recursos próprios, com a construção de 87 Clínicas de Saúde da Família (CSF), que já foram entregues equipadas em todas as regiões de saúde do estado.

“Todas as CSFs seguem modelo padrão para consultas médicas e odontológicas com salas de vacina, aerossol, curativo, acolhimento, farmácia e outros. Das 87 CSFs, 22 ainda funcionam 24 horas com sala de estabilização para pacientes graves até a transferência para uma unidade mais adequada. Todas essas salas são cofinanciadas pelo estado”, explica o diretor de Atenção Integral à Saúde, João Junior.

Essas 87 CSFs ofertam capacidade para quase 220 Equipes de Saúde da Família, atendendo a 660 mil sergipanos.

“O investimento na estrutura física das unidades foi fundamental para fixar o profissional de saúde no interior. Durante muito tempo, eles migravam para a capital por falta de condições estruturais para trabalhar e, assim, os pacientes também. Muitos ficavam sem atendimento e os casos simples tornavam-se hospitalares. Hoje, os sergipanos contam com estrutura mais adequada para ter o atendimento cada vez mais perto de casa. Investimento que ofereceu estrutura adequada também para o ‘Mais Médicos’. São 150 em 46 municípios sergipanos”, explica Joélia Silva Santos, secretária de estado da saúde.

Segundo dados do Ministério da Saúde, em agosto de 2014, Sergipe tinha registrado 626 Equipes de Saúde da Família, 399 a mais que no ano 2000. Com média de 3 mil pessoas para cada equipe, esse aumento amplia o atendimento para quase 1 milhão e 200 mil sergipanos.

Outro desafio foi o fortalecimento na assistência aos pacientes críticos. De 2007 até agora, o estado ampliou em 300% o número de leitos de UTI, subindo de 19 leitos, sendo seis pediátricos e 13 para adultos, em um único hospital público da capital, para quase 100, entre os quais apenas 75 leitos ficam no Huse, os demais ficam regionalizados, em dois hospitais da rede estadual, sendo um na região Centro-Sul e outro na região Agreste. Além de outros 10 leitos prontos para ativação em terceiro hospital da rede, dessa vez, na região Sul de Sergipe.

“Atualmente, o número de leitos de UTI da rede pública em Sergipe é muito superior ao da rede particular, o que não ocorria há oito

anos. O total de leitos de UTI no estado é de 294, sendo 96 em unidades particulares, dos quais 26 são contratados pelo SUS, ou seja, 70 são particulares e os 224 ficam na rede hospitalar pública e filantrópica, consolidando que mais de 75% dos leitos críticos do estado são do SUS. Já o total de leitos de UTI/UTIN SUS no estado é de 234 unidades. Dessas, apenas 90 (70 adulto e 20 UTIN) estão na rede particular”, destaca a secretária.

O avanço pode ser constatado ainda na maior maternidade pública do estado que, em 2006, tinha apenas seis leitos neonatais e hoje conta com 59 leitos neonatais, entre UTIN e Ucinco, além de 60 leitos contratados em uma maternidade filantrópica para gestante, puérpera e neonatais e dos leitos de retaguarda em duas maternidades públicas da rede hospitalar estadual.

Tocantins



GARANTIR ACESSO É O DESAFIO DO TO

Em um estado em que 90% da população são dependentes do SUS e no qual os investimentos da rede privada ainda são poucos, o principal desafio para o serviço público de saúde é levar à sua população os atendimentos de que ela necessita. Em 2014, este foi o grande desafio do Tocantins, que está sendo superado com programas como a Carreta da Saúde Cidadã que oferta exames como mamografias, ultrassons de mama e exames preventivos para mulheres. No total, a carreta percorreu 108 municípios dos 139 existentes, realizando 82.066 exames que beneficiaram mulheres tanto da zona urbana como rural.

Essa iniciativa ampliou o acesso otimizando o trabalho que já é realizado nos cinco pontos fixos de mamografias do estado e nas UBSs, que conta com 461 equipes da Estratégia Saúde da Família, uma cobertura de 96% da Atenção Básica (a maior de todo o país).

Na área de gestão, a Secretaria está implantando sistemas de controle e aquisição

de medicamentos e insumos para os hospitais, garantindo agilidade e transparência na compra, por meio da solução eletrônica de aquisições exclusiva do setor de saúde, conhecida como PUBLInexo. Outra ferramenta implantada foi o Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (Apurasus) para controle de custos do SUS.

O estado também está fortalecendo a vigilância em saúde. Neste ano foi premiado com o trabalho sobre a metodologia do Programa de Vigilância, Prevenção e Controle da Doença de Chagas, na Mostra de Experiências organizada pelo Ministério da Saúde. E obteve redução de 52% dos casos de dengue suspeitos notificados neste ano, em relação ao mesmo período em 2013.





Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância

A Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância está de cara nova.

Além dos conteúdos tradicionais, agora também é possível assistir vídeos sobre temas relativos ao desenvolvimento infantil da concepção aos 5 anos.



www.encyclopedia-crianca.com



youtube.com/EnciclopediaCrianca



CONASS e Canal Saúde promovem debate sobre comunicação em saúde

TATIANA ROSA

Encontro reuniu cerca de 150 pessoas, entre gestores, profissionais de comunicação e usuários do SUS

Que saúde você vê? Foi com essa provocação à secretários estaduais de saúde e suas equipes de comunicação, comunicadores da saúde, profissionais da mídia e profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), que o CONASS realizou em parceria com o Canal Saúde da Fiocruz, o seminário CONASS Debate – Que saúde você vê? – no último dia 28 de novembro, na Fiocruz no Rio de Janeiro.



Ouvir o texto
goo.gl/kz4rBz





Seminário CONASS Debate - Que Saúde você vê?, abordou a imagem do SUS na mídia e seus impactos sobre a saúde brasileira

Para o ministro de Estado da Saúde, Arthur Chioro, a provocação chama à reflexão sobre qual é a saúde que estamos comunicando e qual é a comunicação necessária para dialogar sobre saúde com a sociedade.

Chioro ressaltou a relevância do tema e afirmou que será necessário ter muita criatividade e ousadia na proposição de novas formas de comunicação. “Precisaremos pensar nessas múltiplas maneiras de comunicar em cada instituição, mas acima de tudo pensar em uma política nacional de comunicação em saúde, não do SUS, mas em saúde, com capacidade de encarar esses desafios que a comunicação do século XXI nos coloca. Avançar nessa perspectiva vai ser central para esse esforço de consolidação do próprio sistema”, reforçou.

O ministro da Saúde observou que existe hoje uma dissociação entre o que a sociedade pensa do SUS e o que os militantes e os profissionais do sistema pensam. Segundo Chioro, não se trata de não lidar com os problemas do SUS, mas sim de encontrar um espaço de construção desse imaginário popular que ressalte as experiências exitosas e o bom cuidado prestado à milhões de brasileiros no dia-a-dia, e que possa se contrapor às situações de de-

sumanização e de negação do direito à saúde. “Para dar conta desse desafio é fundamental pensar em estratégias para reencantar a população brasileira com o seu sistema de saúde. Um sistema que é central para se pensar em desenvolvimento social e humano”, disse.

Paulo Gadelha, presidente da Fiocruz, corroborou a importância de se discutir a comunicação como eixo central e estruturante para a saúde pública brasileira. “Se nós não conseguirmos fazer com que o protagonismo da saúde esteja no pensar da sociedade, não conseguiremos avançar nos nossos desafios, e a comunicação é peça central nesse processo”, afirmou.

Para o vice-presidente do CONASS na região sul, secretário de Estado da Saúde do Paraná, Michelle Caputo Neto, o debate tem grande importância já que a comunicação é um instrumento fundamental para fortalecer o SUS.

Leia o texto base
para o seminário
CONASS Debate –
Que saúde você vê?

Confira em
goo.gl/advzfu



O secretário lembrou que, apesar de todas as melhorias nos indicadores de saúde pública, o que se destaca para grande parte da imprensa e que acaba por repercutir de forma muito contundente para a população, são os desafios que ainda não foram superados e as dificuldades que o sistema ainda enfrenta. “Às vezes todo o trabalho que é feito com muita dedicação por todos nós trabalhadores do SUS, vai por água abaixo por conta de algum problema que não conseguimos sanar, portanto é fundamental que nos comuniquemos melhor porque o SUS foi muito inovador desde a sua governança, com a suas diretrizes e características até todas as conquistas que ele nos possibilitou até hoje”.

Que saúde você vê? Que saúde você faz?

O debate sobre o tema, desta vez, aconteceu em novo formato. Logo após a abertura do encontro, o público presente participou do

programa Universidade que abordou diversos aspectos da comunicação em saúde. Alguns assessores de comunicação das Secretarias Estaduais de Saúde levantaram questões como a compreensão do SUS pela sociedade, a importância da capacitação e valorização dos profissionais de comunicação em saúde para o SUS e a existência de novas mídias, foram abordadas ao longo do programa.

Direitos, desafios e caminhos a seguir

Na parte da tarde, iniciou-se o debate com a presença dos convidados Cláudia Colucci, jornalista da Folha de São Paulo; Inesita Araújo, pesquisadora do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz); Fabiane Leite, produtora dos programas de saúde da Rede Globo, e Murilo César Ramos, pesquisador da Universidade de Brasília (UnB). Eles participaram do programa Sala de Convidados, que

O debate foi realizado em formato de programa televisivo, com a participação do público presente



Veja o álbum de fotos completo
goo.gl/m0HReY



foi transmitido ao vivo pelo Canal Saúde e pela internet.

Foram duas horas de discussão acerca da imagem do SUS na mídia, da relação entre os gestores de saúde e a imprensa, do cenário político da comunicação no Brasil e seus impactos sobre a saúde brasileira.

Para o pesquisador da UnB, Murilo César Ramos, o direito à comunicação é fundamental para o direito à saúde. Ele ressaltou a importância de se pensar em políticas amplas para a comunicação no Brasil. “Ficou claro pra mim, depois desse debate, que há uma convergência entre esses dois direitos. O direito à saúde é universal e converge com o direito à comunicação. Um não pode viver sem o outro, mas enquanto a comunicação não for afirmada como um direito, nós comunicadores seremos sempre assessores quando na realidade temos de ser sujeitos nesse processo também”, disse.

Inesita Araújo, lembrou que não será possível construir uma política de comunicação com a troca constante que existe hoje de gestores e de seus profissionais de comunicação. “Os assessores de comunicação são uma categoria fundamental nesse processo que está sendo discutido aqui hoje. Eles são o lugar de mediação entre o público e o privado, entre Estado e sociedade, mas infelizmente ainda não têm a devida valorização. Esses profissionais merecem muito mais atenção do gestores. É preciso investir nessas pessoas”, disse.

A jornalista da Folha de S. Paulo, Cláudia Collucci, observou que a comunicação em saúde é na maioria das vezes focada mais no gestor e não em como fortalecer o sistema. “Muitas vezes não se pensa em melhorar a imagem do SUS, mas sim de uma gestão específica”.

Para Fabiane Leite, produtora de programas de saúde da Rede Globo, é preciso começar a pensar que o usuário precisa de uma co-



municação que o ajude a navegar pelo SUS e a entender como o sistema funciona. “O que acontece é que somos sempre pautados por denúncias acerca da dificuldade de acessar o sistema. Claro que existem todos esses problemas estruturais, mas a gente precisa criar um sistema de navegação para o usuário porque se não, ele sempre vai bater na porta dos hospitais lotados e conseqüentemente vai procurar a mídia para denunciar e mais uma vez, isso irá virar mais uma manchete negativa”, concluiu. ■

Da esquerda para a direita: Murilo César Ramos (UnB), Inesita Araújo (Fiocruz), Fabiane Leite (Rede Globo), e Cláudia Collucci (Folha de S. Paulo)



Multimídia

Os programas Universidade e Sala de Convidados estão disponíveis no site do projeto CONASS Debate.



Assista em goo.gl/PRNjxe

Enfrentamento das doenças crônicas em debate

TATIANA ROSA

CONASS, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e Organização Pan-americana da Saúde (Opas) promoveram o I Seminário Internacional de Atenção às Condições Crônicas e no III Seminário do Laboratório de Inovação às Condições Crônicas em Santo Antônio do Monte, para debater o tema

O I Seminário Internacional de Atenção às Condições Crônicas e o III Seminário do Laboratório de Inovação às Condições Crônicas em Santo Antônio do Monte reuniram, durante os dias 11 e 12 de novembro, cerca de 250 profissionais de saúde de todo o país e especialistas em Atenção à Saúde do Brasil e de diferentes nacionalidades para trocar experiências e debater os desafios da assistência às doenças crônicas que cada vez mais atingem a população brasileira, comprometendo boa parte dos recursos gastos pelo SUS nos atendimentos destinados a essas condições.

Segundo o secretário de Estado da Saúde de Minas Gerais, José Geraldo de Oliveira, o evento coincidiu com um momento especial da gestão em Minas Gerais. “Estamos em um momento de prestação de contas, de transição. Nada mais interessante que prestar contas desse esforço construído ao longo dos últimos meses, apresentando os resultados do Laboratório de Inovação às Condições Crônicas (LIACC) de Santo Antônio do Monte e conhecendo a experiência de outros estados e de outros países no enfrentamento às condições crônicas”, afirmou.



Ouvir o texto
goo.gl/c3szvB



Nos dois dias de atividades, o público conheceu experiências nacionais e internacionais no enfrentamento às doenças crônicas



Confira o álbum de fotos completo
goo.gl/mQqv0z



Ele ressaltou ainda que, há alguns anos, Minas Gerais tem-se esforçado no sentido de fortalecer a Atenção Primária à Saúde, organizando os serviços e promovendo a integração entre as gestões estadual, municipal e federal e que esses esforços permitiram chegar a resultados como o trabalho realizado no município de Santo Antônio do Monte.

Sobre a troca de experiências com outros países, José Geraldo observou que o fato de o Brasil estar chegando ao envelhecimento da população mais tardiamente do que outros países desenvolvidos e o fato de as doenças crônicas estarem em crescimento no país, também em momento posterior, permitirão que os profissionais de saúde brasileiros aproveitem as experiências desses países e a implementem à realidade brasileira.

“Que a nossa criatividade de fazer muito com os poucos recursos que temos nos ajude

a traçar o caminho futuro para efetivarmos uma saúde pública de qualidade e resolutividade que atenda às necessidades da nossa população.”

Representando o CONASS, a secretária de Estado da Saúde de Pernambuco, Ana Maria Albuquerque, lembrou que o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, por meio das Redes de Atenção, é uma discussão que há muito tempo tem sido promovida pelo CONASS. Segundo ela, o Seminário permitirá o amadurecimento da discussão, além de agregar as experiências de outros estados, municípios e também de outros países.

“Nesses dois dias tivemos uma discussão ampliada e a troca de experiências permitirá que voltemos para nossos estados com maior aprendizado e com maior motivação para continuar buscando alternativas de gestão para a APS e para as condições crônicas”, disse.

Uma série de vídeo-documentários sobre o Laboratório de Inovação em Santo Antônio do Monte foi lançada na ocasião

Experiências Internacionais

No primeiro dia do encontro, os profissionais de saúde foram apresentados às experiências internacionais no enfrentamento das Condições Crônicas.

As apresentações foram abertas pelo diretor do Instituto Vasco de Inovação Sanitária, Roberto Nuño Solinis, que apresentou a ferramenta utilizada pelo país Basco no monitoramento das intervenções do manejo de crônicas, o Instrumento para la Evaluación de Modelos de Atención a la Cronicidad (IEMAC).

Segundo ele, a ferramenta, que está disponível para outros países que se interessarem, auxilia os profissionais a fazerem o diagnóstico da situação de saúde e indica rotas de atuação.

Para o consultor do CONASS, professor Eugênio Vilaça Mendes, a experiência apresentada por Nuño traz muitos elementos que podem ser utilizados no Brasil com as devidas adaptações. Ele destacou que o IEMAC é fundamental, pois avalia a implantação do modelo de atenção às condições crônicas, mais especificamente do modelo desenvolvido nos Estados Unidos, o Chronic Care que é também referencial no modelo brasileiro.

Vilaça afirmou que o CONASS já está articulando um trabalho de assessoria com Roberto Nuño, a fim de validar o IEMAC para os laboratórios de inovação às Condições Crônicas no Brasil.

Em seguida, foram apresentadas as experiências do Brasil, pela representante da área de atenção às Condições Crônicas do Ministério da Saúde, Laura dos Santos Boeira; a experiência do Canadá, feita pela diretora do Programa da Gestão de Doenças Crônicas dos Serviços Sanitários de Alberta/Canadá, Sandra Delon;



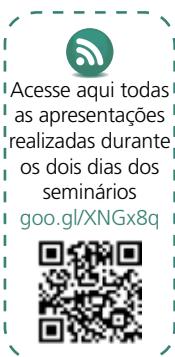
a experiência do Chile feita por Irma Vargas, subsecretária de Redes Assistenciais do Ministério da Saúde do Chile; e a experiência de Cuba apresentada por Mario Pichardo, coordenador da área técnica de representação da OPS/OMS, e pelo médico Edgar Tigerino, coordenador do Programa de Atenção Integral às enfermidades crônicas não transmissíveis na província de Mayabeque.

Em relação às experiências dos outros países, Vilaça ressaltou que todas trouxeram ensinamentos para o Brasil.

Segundo ele, o Canadá apresentou aspectos importantes sobre como fazer a implantação de um projeto-piloto e mostrou que a estratégia utilizada é bem próxima àquela que está sendo utilizada no LIACC. “A experiência canadense que é mais antiga mostra que estamos no caminho certo do ponto de vista metodológico”, observou.

Sobre a experiência chilena, Vilaça observou que está mais voltada para a construção de Redes que para implantação do modelo de atenção às condições crônicas. “A experiência chilena vai de encontro à implantação das Redes de Atenção tal como o Ministério da Saúde e o CONASS têm proposto para o Brasil.”

Questionado sobre a experiência cubana, o professor destacou que ela está voltada para uma forma de organização dos sistemas também em redes, com os consultórios, as policlí-



Acesse aqui todas as apresentações realizadas durante os dois dias dos seminários
goo.gl/XNGx8q



nicas e os hospitais articulados de forma muito interessante e que também é muito próxima com o que é proposto no Brasil em termos de reestruturação de Redes de Atenção à Saúde.

Experiências Nacionais

As experiências nacionais na implantação da Atenção às Condições Crônicas também foram apresentadas.

Flávia Gomes, coordenadora dos Programas de Hipertensão e Diabetes do estado de Minas Gerais (Hiperdia) e de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, falou sobre a organização da Atenção às Condições Crônicas propostas pelo estado.

O estado do Paraná apresentou por meio da superintendente de Atenção à Saúde da SES/PR, Márcia Huçulak, a experiência do estado com a implantação da Rede Mãe Paranaense.

A experiência do município mineiro de Santo Antônio do Monte no desenvolvimento do Laboratório de Inovação às Condições Crônicas foi apresentada por Nayara Dornela, integrante do Grupo Condutor do LIACC Samonte e representante da Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde da SES/MG.

Por fim, a prefeita do município de Tauá, interior do Ceará, Patrícia Pequeno, apresentou a experiência do município no manejo das Condições Crônicas. Tauá é o primeiro município brasileiro a receber o processo de planificação da APS feito pelo CONASS. Segundo a prefeita, as mudanças nos serviços de saúde do município deram-se de maneira muito rápida desde que o processo de planificação começou há aproximadamente oito meses. Segundo ela, a iniciativa motivou os profissionais de saúde ao apresentá-los à possibilidade de melhorar os seus processos de trabalho e de se qualificarem a fim de se tornarem melhores profissionais. “Nós vamos, sim, ao fim desse processo, que será de quase dois anos, alcançar o nosso objetivo que é oferecer saúde humanizada, acessível e com qualidade para todos”, finalizou.

III Seminário do Laboratório de Inovação na Atenção às Condições Crônicas de Santo Antônio do Monte

O segundo dia do encontro foi destinado à apresentação das experiências do município de Santo Antônio do Monte na implantação do Laboratório de Inovação na Atenção às Condições Crônicas. Foram abordados temas como as novas tecnologias utilizadas no atendimento a doenças crônicas, a organização da assistência nos níveis primário e ambulatorial, o fortalecimento da relação entre a Atenção Primária e a Atenção Secundária no município, entre outros.

Para o prefeito do município, Wilmar de Oliveira Filho, a experiência com o LIACC foi um divisor de águas para a saúde pública de Santo Antônio do Monte. “A chegada do laboratório nos capacitou a fazer diferente com o mesmo, mas fazendo muito mais pelos nossos usuários. É visível o impacto dessa organização. Em 2013, nós aplicávamos em saúde cerca de 31% do nosso orçamento. Com a redução e a economia, que é progressiva com a instalação do laboratório, nós temos uma estimativa de gasto de 24% do nosso orçamento em saúde neste ano de 2014”, afirmou.

A coordenadora de Núcleos do CONASS, Rita Cataneli, falou sobre a experiência do Conselho no desenvolvimento dos laboratórios de inovação. “Para nós, os laboratórios de inovação têm perspectiva diferente, pois o que importa é o que eles podem aportar ao papel do gestor estadual na mudança do modelo de Atenção à Saúde”, disse.

Ao longo do dia, trabalhadores de saúde envolvidos com o LIACC em Santo Antônio do Monte apresentaram relatos e experiências ao longo dos quase dois anos do processo de implantação do laboratório. ■

Na ocasião, também foram lançados uma série de vídeo-documentários sobre o Laboratório de Inovação em Santo Antônio do Monte e demais documentos técnicos do manejo das condições crônicas

Confira em
goo.gl/Yed81n



Primeiro-Ministro do Québec condecora Fernando Cupertino

O assessor para Relações Internacionais do CONASS, Fernando Cupertino foi condecorado, no dia 14 de outubro, pelo Primeiro-Ministro do Québec, Philippe Couillard, o grau de cavaleiro da Ordem Nacional do Québec – a mais alta condecoração do governo do Québec (Canadá).

Instituída há trinta anos, a Ordem Nacional do Québec homenageou somente 71 personalidades estrangeiras ao Canadá até o presente, ou seja, uma média de duas por ano.

O assessor do CONASS é o segundo brasileiro a receber a honraria que é um reconhecimento por mais de vinte anos do seu trabalho na promoção e no fortalecimento do intercâmbio entre o Québec e o Brasil, especialmente na área da saúde, tanto na gestão, quanto no setor acadêmico, conforme a nota oficial do Governo do Québec que explica a concessão da homenagem.

O Centro de Reabilitação e Readaptação Dr Henrique Santillo-CRER, em Goiânia, é um dos muitos frutos de seu trabalho de intercâmbio e cooperação, assim como o projeto de intercâmbio e transferência de tecnologia em regionalização da saúde, inteiramente financiado pela Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional, implementado entre 2001 e 2004, quando foi Secretário de Saúde do Estado de Goiás.



A Ordem Nacional do Québec já condecorou personalidades estrangeiras como o ator francês Gérard Dépardieu, o médico e ex-ministro francês Bernard Kouchner, os políticos franceses Lionel Jospin e Jacques Chirac, os artistas Charles Aznavour e Céline Dion e o maestro Kent Nagano, dentre outros. ■

Foto: Ordre national du Québec



Ouvir o texto
goo.gl/ueubGM



Siga o CONASS nas redes sociais!



 facebook.com/conassoficial

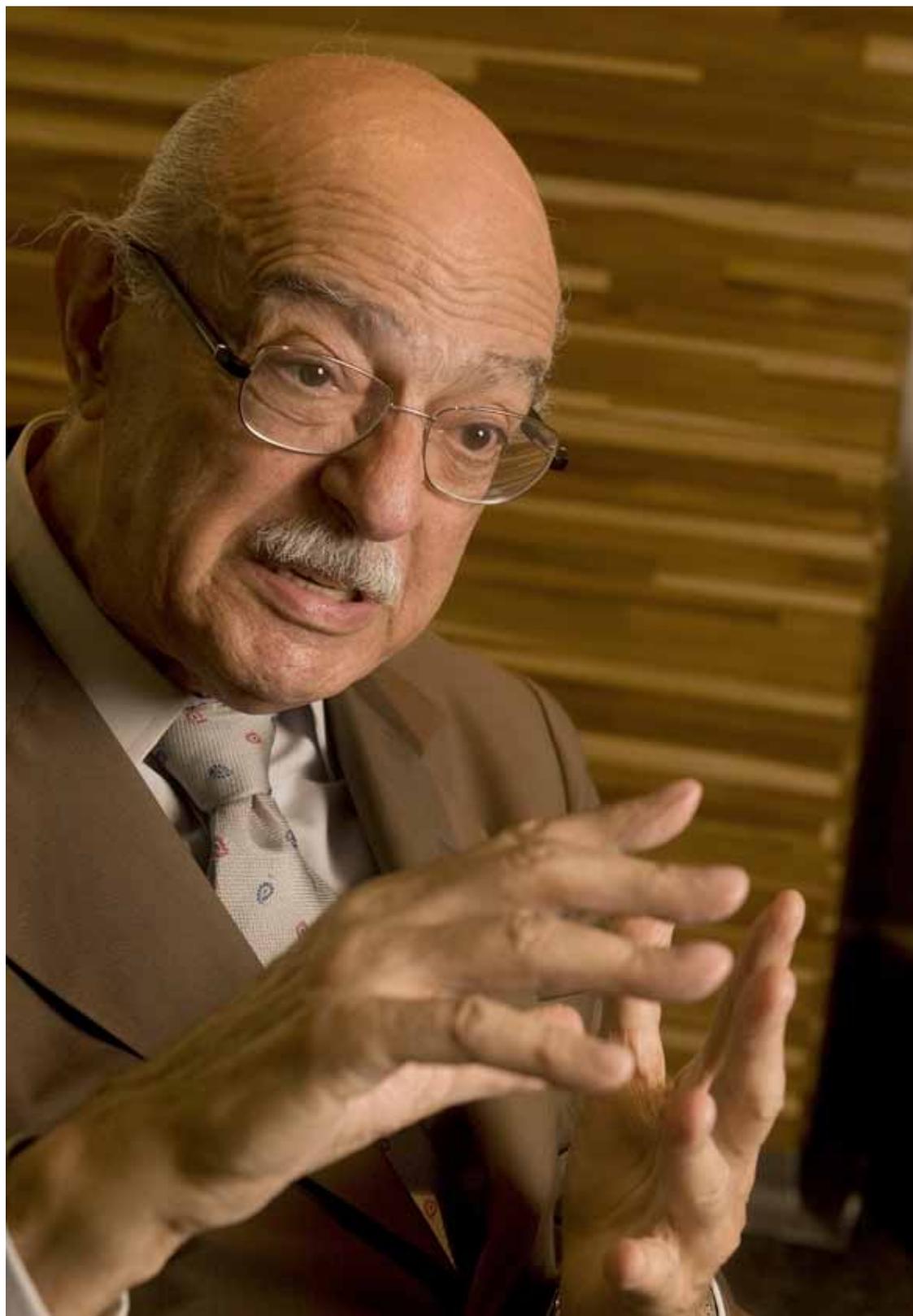
 twitter.com/conassoficial

 youtube.com/conassoficial

 flickr.com/conass

 slideshare.net/conass

 conass.com.br



Ouvir o texto
goo.gl/50aQrr



ADEUS, MESTRE!

04/06/1929 - 14/11/2014

Era uma quinta-feira, 16 de junho de 2011, quando a nossa equipe foi pontualmente recebida pelo fundador e primeiro presidente do CONASS, o médico e ex-ministro da Saúde, Adib Jatene.

Em seu gabinete, localizado no 1º andar do Hospital do Coração em São Paulo, realizamos aquela que seria a entrevista principal da 1ª edição da revista **Consensus**.

E o seu nome havia sido escolhido pelo que representou para o CONASS. Para aquela primeira edição, precisávamos de alguém especial. Alguém cuja trajetória de vida fosse exemplo para outros brasileiros. Alguém que, por meio de suas convicções, sempre pensara no bem estar coletivo. Alguém que escolhera a medicina e lutava para salvar vidas. Alguém que respirava o SUS desde a sua criação.

Foram longas horas de uma conversa descontraída. Dr. Adib Jatene era assim: sabia transformar assuntos sérios em conversas prazerosas. Talvez porque lhe era inerente o dom de ensinar. E quem não acha prazeroso aprender?

Também foi vários em um só: médico, professor, secretário de Saúde, ministro. Usou a sua versatilidade e inteligência para atuar nas mais diversas esferas de atuação e assim contribuir sabiamente para a saúde pública brasileira.

Na medicina escolheu a cardiologia e inovou: foi o primeiro médico brasileiro a realizar a cirurgia de ponte de safena no país e desenvolveu o primeiro coração-pulmão artificial do mundo, no Hospital das Clínicas, em 1958. Adib Jatene também criou uma técnica para corrigir artérias de bebês – a cirurgia de Jatene.

Mais do que se destacar na medicina, o professor Adib Jatene também contribuiu enormemente com a saúde pública no Brasil: foi um pensador e defensor da maior política pública do país – o Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao longo de sua trajetória, evidenciou a importância do movimento da reforma sanitária na busca de políticas públicas voltadas para a saúde e na atuação da universidade na formação de profissionais com perfil para a saúde coletiva.

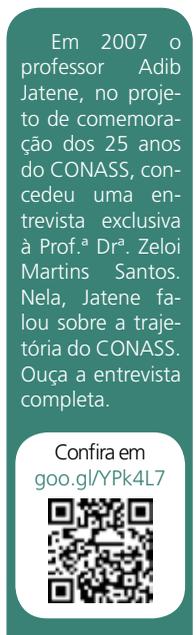
Defendia que, no Brasil, para pôr em prática as decisões da Conferência de Alma-Ata, as Secretarias Estaduais de Saúde tinham de ampliar as suas funções – do atendimento básico (imunizações, combate às endemias, controle da qualidade de alimentos e o atendimento das emergências) para um sistema de atendimento que devia cobrir toda população.

Nas palavras do presidente do CONASS, Wilson Duarte Alecrim, Adib Jatene foi exemplo de que uma pessoa pode estar em várias partes do país e do mundo quando trabalha pelo bem da sociedade como um todo.

“Dr. Adib Jatene, nasceu em Xapurí, no Acre, mas conseguiu ultrapassar todas as fronteiras com as suas realizações e valiosas contribuições para a medicina e para a saúde pública brasileira”, afirmou.

Para o presidente do CONASS, o professor Jatene conseguiu fazer com maestria uma coisa que poucos profissionais conseguem: combinar ao mesmo tempo a atividades de professor do curso de medicina, de médico na assistência aos pacientes e de gestor.

“Ele foi um exemplo de profissional nas mais variadas atividades que exerceu e foi um pertinaz lutador para que o SUS se consolidasse, criando inclusive, a extinta Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira, porque, enquanto secretário de saúde de São Paulo e posteriormente como ministro da Saúde, sentiu na gestão a dificuldade que existia para superar esse problema do subfinanciamento. Todas as homenagens a esse grande cidadão brasileiro são mais que merecidas e justas”, concluiu.



O Ministério da Saúde deve também regular o gasto tributário em saúde?

CARLOS OCTÁVIO OCKÉ-REIS

Economista, doutor em saúde coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro com pós-doutorado pela Yale School of Management. Técnico de planejamento e pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e consultor externo do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (Unasul). Autor do livro “SUS: o desafio de ser único” (Editora Fiocruz, 2012)

A Constituição Federal de 1988 (CF/1988) definiu a saúde como “dever do Estado” e “direito do cidadão”: todo cidadão possui este direito de acordo com suas necessidades sociais, independentemente da sua capacidade de pagamento, da sua inserção no mercado de trabalho ou da sua condição de saúde.

Parece óbvio que o Estado deveria ter concentrado seus esforços para construir e fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos 25 anos. Notou-se, entretanto, que os planos de saúde contaram com pesados incentivos governamentais, cujos subsídios favoreceram e favorecem o consumo de bens e serviços privados.

Desse modo, diverso do esquema Beveridiano e similar ao modelo americano, o sistema brasileiro passou a funcionar como sistema duplicado e paralelo – na esteira da privatização do antigo seguro social (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps).

Para os sanitaristas não é fácil lidar com essa contradição: o mercado pode agravar as distorções desse tipo de sistema, dado que o aumento do gasto privado e do poder econômico acaba corroendo a sustentabilidade do financiamento estatal, conduzindo a um círculo vicioso, caracterizado pela queda relativa do custeio e do investimento na saúde

pública. E, de igual modo importante, a regulação de sistema duplicado é muito mais complexa para o Estado, uma vez que o mercado cobre também serviços ofertados pelo setor público.¹ Há certo consenso entre os analistas de políticas de saúde de que os “maiores desafios são políticos, pois supõem a garantia do financiamento do subsistema público, a redefinição da articulação público-privada e a redução das desigualdades de renda, poder e saúde”.²

Esse quadro sintetiza a “americanização perversa” do sistema brasileiro,³ de modo que seria oportuno repensar por que razões não foi possível romper as amarras estruturais dessa herança histórica,⁴ em direção à ampliação do financiamento do SUS e do fortalecimento dos mecanismos regulatórios da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Ao deixar de arrecadar parte dos impostos, o Estado age como se estivesse realizando um pagamento – ou seja, um gasto tributário. Trata-se de pagamento implícito – isto é, não há desembolso –, mas constitui-se, de fato, em pagamento. Nesse marco institucional, as pessoas físicas podem deduzir da renda tributável os dispêndios realizados com saúde; porém, de maneira diversa da área da educação, não existe limite (teto) para tal abatimento – a não ser o próprio nível de renda do indiví-

duo. Essa forma de renúncia aplica-se de igual modo ao empregador, quando fornece assistência à saúde a seus empregados, pois esta é considerada despesa operacional e pode ser abatida do lucro tributável.

No Brasil, esse tipo de incentivo governamental não é novidade nas relações econômicas estabelecidas entre o Estado e o mercado de serviços de saúde, e, portanto, seria natural esperar que o gasto tributário associado aos gastos com planos de saúde fosse ao menos justificado nas diretrizes do Ministério da Saúde. Afinal de contas, qual é a funcionalidade da renúncia de arrecadação fiscal na área da saúde para o governo federal?

Esse tipo de gasto poderia atender aos seguintes objetivos governamentais, de forma combinada ou não: patrocinar o consumo de planos de saúde; fortalecer a regulação dos preços do mercado de planos de saúde; reduzir a fila de espera e o tempo de espera nos serviços especializados do setor público; diminuir a carga tributária dos contribuintes que enfrentam gastos catastróficos em saúde; reduzir os gastos com bens e serviços privados de saúde da força de trabalho inserida no polo dinâmico da economia; e promover benefício fiscal.

Nessa linha, é desejável que o Estado normatize as regras de aplicação desse subsídio, bem como avalie seu impacto e torne mais transparente para a sociedade sua finalidade

no campo das políticas de saúde. Desde já, entretanto, é possível sugerir algumas hipóteses sobre a lógica concreta do seu *modus operandi*.

1) O gasto público em saúde é baixo e boa parte dos problemas de gestão decorre exatamente de problemas de financiamento, de modo que a renúncia subtrai recursos significativos para este sistema, que poderiam melhorar seu acesso e sua qualidade.

2) A renúncia reforça a iniquidade do sistema de saúde, o que piora a distribuição do gasto público *per capita* – direto e indireto – para os estratos inferiores e intermediários de renda.

3) Os *lobbies* tendem a conservar e a agravar tal iniquidade, considerando que o poder econômico pode corroer as sustentabilidades econômica e política do SUS no Congresso Nacional.

4) Os subsídios não desafogam os serviços médico-hospitalares do SUS, considerando que parte dos usuários de planos de saúde utiliza seus serviços (vacinação, urgência e emergência, banco de sangue, transplante, hemodiálise, serviços de alto custo e de complexidade tecnológica). Dessa maneira, paradoxalmente, o sistema acaba socializando parte dos custos das operadoras – a exemplo do contencioso em torno do ressarcimento.

5) Os subsídios podem aumentar – de maneira descontrolada – a procura global por serviços de saúde, duplicando sua oferta. Pior: os usuários de planos de saúde, uma vez favorecidos pela renúncia, podem fazer exames diagnósticos com mais rapidez, permitindo-os “furar” a fila do SUS, em geral, nos serviços de alta complexidade.⁵

Essas hipóteses merecem ser examinadas, mas são tão marcantes que uma justificativa aceitável para o Ministério da Saúde preencher esta lacuna normativa deveria partir da suspeita de que a renúncia de arrecadação fiscal pode afetar o financiamento do SUS e

a equidade do sistema de saúde. Em especial, se se considerar o caráter progressivo do SUS e seus efeitos positivos sobre a desconcentração de renda.⁶

Para o governo radicalizar a carta constitucional em defesa da universalidade e da integralidade do SUS, é necessário compreender:

1) O gasto tributário foi e é peça-chave para a reprodução do subsistema privado.

2) O subsídio associado ao mercado de planos de saúde não influencia a calibragem da política de reajustes de preços dos planos individuais praticada pela ANS; por exemplo, a Anvisa monitora a redução do preço dos medicamentos, a partir da desoneração fiscal patrocinada pelo governo voltada à indústria farmacêutica.

3) O montante da renúncia associado ao IRPF e ao IRPJ não é controlado pelo MS, tampouco pelo Ministério da Fazenda – condicionada pela renda, este depende, exclusivamente, do nível de gastos com saúde dos contribuintes e dos empregadores.

Na atual correlação de forças, não existe solução de corte tecnocrático para definir o papel do MS nessa questão. Contudo, para evitar a “judicialização”, o governo deveria dialogar com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) para discutir a natureza e avaliar os impactos do gasto tributário sobre o SUS e o próprio sistema de saúde brasileiro.

Semelhante à área de educação, é possível tecnicamente estabelecer um teto ou planejar a eliminação/redução do gasto tributário em saúde. Com base nas experiências internacionais, a focalização poderia, igualmente, ser medida de fácil aplicação, seja em relação à faixa etária, ao nível de renda, aos itens de gastos (médicos, hospitais ou planos de saúde), ou, ainda, às próprias condições de saúde.

Em suma, o Ministério da Saúde não pode desistir do seu papel de regular o gasto

tributário em saúde, cujo desenho dependerá do projeto institucional do governo para o setor, bem como do seu poder de barganha para superar os conflitos distributivos na arena setorial e para resistir à sua captura pelo mercado de planos de saúde.

O gasto tributário associado aos planos de saúde – que alcançou R\$ 9,1 bilhões em 2012 – poderia ajudar no crescimento das transferências para a atenção básica e a média complexidade. A eliminação ou redução ou focalização dos subsídios é meritória, desde que tais recursos fossem aplicados na atenção primária (Programa Saúde da Família (PSF), promoção e prevenção à saúde etc.) e na média complexidade (unidades de pronto atendimento, prática clínica com profissionais especializados e recursos tecnológicos de apoios diagnóstico e terapêutico etc.) do SUS. Ora, a conversão de gasto público indireto em direto na área da saúde teria sentido clínico e epidemiológico se contribuísse para superar o atual modelo de atenção assistencial; em outras palavras, se fustigasse o sistema duplicado e paralelo, que estimula a superprodução e o consumo desenfreado de bens e serviços de saúde e que “[...] responde às condições crônicas na lógica da atenção às condições agudas, [e], ao final de um período mais longo, [pode determinar] resultados sanitários e econômicos desastrosos”.

Considerando-se as vicissitudes do ciclo eleitoral, existe grau de indeterminação quanto à disposição da futura coalizão governamental em alocar tais subsídios fiscais para o SUS, visando-se à melhoria do seu acesso e da sua qualidade, mas parece aceitável que pelo menos o Ministério da Saúde se disponha a regular e a avaliar o gasto tributário em saúde. ■

Referências

1. Cf. ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **Proposal for a taxonomy of health insurance**. Paris: OECD, 2004.
2. PAIM, J. S. A Constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de saúde (SUS). **Cadernos de saúde pública**, v. 29, n. 10, p. 1927-1934, 2013.
3. WERNECK VIANNA, M. L. T. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil**: estratégias de bem-estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: Revan, 1998.
4. COHN, A.; VIANA, A. L. D'A.; OCKÉ-REIS, C. O. Configurações do sistema de saúde brasileiro: 20 anos do SUS. **Revista de política, planejamento e gestão em saúde**, n. 1, v. 1, p. 57-70, 2010.
5. OCKÉ-REIS, C. O. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
6. SILVEIRA, F. G. Equidade Fiscal: impactos distributivos da tributação e do gasto social. In: PRÊMIO TESOURO NACIONAL: 2012, 17., Brasília, Distrito Federal. **Anais...** Brasília: Tesouro Nacional, 2013.
7. COELHO, I. B. **Os hospitais na reforma sanitária brasileira**. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013..
8. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde. In: SEMINÁRIO CONASS DEBATE, 3., Brasília, Distrito Federal. **Anais...** Brasília: CONASS, 13 maio 2014.

No último dia 6 de dezembro, o Ministério da Saúde convocou estados e municípios a realizarem o **Dia D de Mobilização** contra a dengue e a Febre do Chikungunya. Foram realizados mutirões de limpeza urbana e atividades para alertar os profissionais de saúde ao diagnóstico correto das doenças. Mas a iniciativa não para por aí. Em 2015 será realizada em fevereiro uma nova ação de mobilização que será chamado de **Dia D+1**.

No mês em que se comemora o **Dia Mundial de Luta contra a Aids**, uma boa notícia para o Sistema Único de Saúde: de janeiro a outubro deste ano, 29% a mais de pessoas iniciaram o tratamento com antirretrovirais pelo SUS, na comparação com o mesmo período de 2013. Os números são reflexo do Protocolo Clínico de Tratamento de Adultos com HIV e Aids, lançado em 1º de dezembro do ano passado, que garantiu acesso aos antirretrovirais a todas as pessoas com testes positivos de HIV, mesmo aquelas que não apresentem comprometimento do sistema imunológico. Os dados foram apresentados pelo ministro da Saúde, Arthur Chioro, no dia 1º de dezembro.

Com a **Lei Antifumo** em vigor desde o dia 3 de dezembro, o Ministério da Saúde anunciou as regras para os ambientes em que será permitido fumar e a regulamentação de medidas de proteção aos trabalhadores expostos ao fumo durante o exercício de sua profissão. O anúncio aconteceu durante o lançamento da Campanha Ambientes Livres do Tabaco, que pretende conscientizar a população, sindicatos e proprietários de estabelecimentos comerciais sobre a entrada em vigor da Lei Antifumo em todo o território nacional. O objetivo é garantir a proteção à saúde dos trabalhadores expostos ao fumo.

O CONASS tem nova sede. Localizada em frente ao Parque da Cidade de Brasília, o novo espaço conta com infraestrutura mais moderna e com espaços mais amplos para receber os secretários estaduais de saúde e suas equipes e com possibilidades mais acessíveis para realizar seus projetos de capacitação e qualificação das equipes das Secretarias Estaduais de Saúde. O novo endereço da sede do CONASS é Setor Comercial Sul, Quadra 9, lote C – Edifício Parque Cidade Corporate, bloco C, sala 1105. Brasília/DF – CEP 70.308-200. Mas atenção: o nosso telefone continua o mesmo: (61) 3222-3000.

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:** Hélio Franco de Macedo Júnior (PA); **Região Sudeste:** Marcos Esner Musafir (RJ); **Região Sul:** Michele Caputo Neto (PR)

COMISSÃO FISCAL

Titulares: Waldson Dias de Souza (PB); Hélio Franco de Macedo Júnior (PA); **Suplentes:** Suely de Souza Melo da Costa (AC); Jorge Araújo Lafeté Neto (MT)

REPRESENTANTES DO CONASS

na Hemobrás: Ana Maria Martins César Albuquerque (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

Ana Maria Martins César Albuquerque (PE); Antonio Lastória (MS); Ciro Ferreira Gomes (CE); David Everson Uip (SP); 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 Geraldo de Oliveira Prado (MG); José Tadeu Marino (ES); Luiz Roberto Leite Fonseca (RN); Márcio Carvalho da Silva Correia (TO); Marcos Esner Musafir (RJ); Marília Coelho Cunha (DF); Michele Caputo Neto (PR); Mirócles Campos Vera Neto (PI); Ricardo Murad (MA); Sálvio de Almeida Alcoforado Filho (RR); Sandra Maria Sales Fagundes (RS); Suely de Souza Melo da Costa (AC); Tânia Maria Eberhardt (SC); Waldson Dias de Souza (PB); Washington Couto (BA); Willames 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

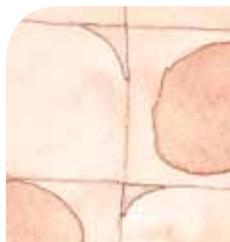
7.000 exemplares

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

Visite o site PenseSUS e contribua com o debate sobre saúde

Futuro da Saúde

Atendimento

Direito à saúde



www.pensesus.fiocruz.br

