

## ENTREVISTA

**Mônica Viegas: como a economia da saúde afeta a gestão**

## SAÚDE EM FOCO

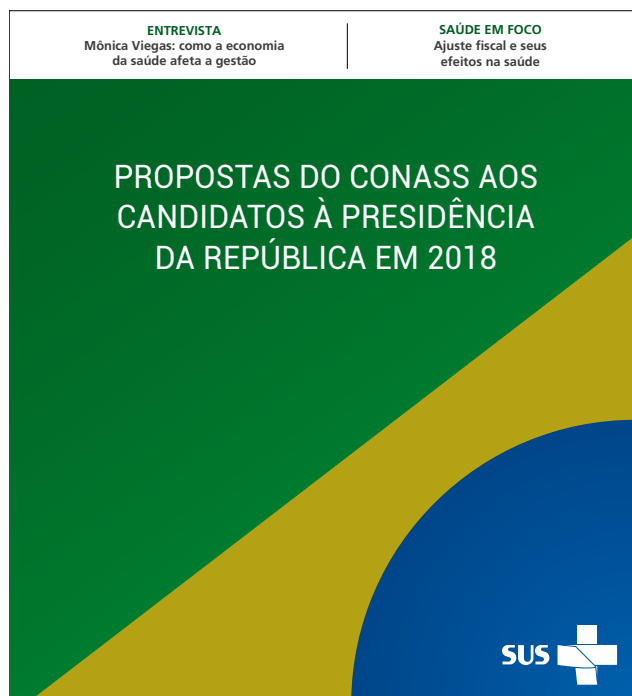
**Ajuste fiscal e seus efeitos na saúde**

# PROPOSTAS DO CONASS AOS CANDIDATOS À PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA EM 2018

consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Ano VIII | Número 28 | Julho, Agosto e Setembro de 2018



A revista **Consensus** traz em suas páginas códigos que remetem a conteúdos complementares. Acesse e confira.

6

## consensus entrevista

*Mônica Viegas: particularidades dos mercados da saúde, eficiência, qualidade e investimento público e privado em saúde no Brasil*

14

## matéria de capa

*Propostas do Conass aos candidatos à Presidência da República em 2018*

### saúde em foco

**18** *O ajuste fiscal e seus efeitos para a saúde*

### institucional

**26** *Programa Nacional de Imunizações – redução das desigualdades sociais*

**30** *Boas práticas na gestão de parceria com o terceiro setor na saúde*

**36** *Banco Mundial apresenta relatório sobre o setor saúde no Brasil*

**41** *Conass trabalha pelo fortalecimento das Escolas Estaduais de Saúde Pública*

**42** *Oficina Tripartite sobre Mortalidade Materna e na Infância*

### opinião

**44** *Análise Descritiva da Mortalidade Materna e na Infância no Brasil, 2007 a 2016*

**50** *curtas*

Apresentamos, nesta edição da **Revista Consensus**, as *Propostas do Conass aos candidatos à presidência da República em 2018*, documento no qual os gestores estaduais expressam os principais desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) no intuito de contribuir com os programas de governo dos presidentiáveis para a área da saúde. O documento, entregue a alguns candidatos, foi lançado na assembleia do Conass do mês de agosto e apresentado à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no dia seguinte. Foi encaminhado a partidos políticos, a parlamentares e a instituições da saúde em geral, além de veículos de comunicação.

Por meio do documento, o Conass reitera sua luta constante pelo aprimoramento e fortalecimento do SUS, que muito realizou nos seus recém completados 30 anos, mas que ainda carece de muitos avanços e melhorias. As propostas são apresentadas em 10 eixos que demonstram que, em sua trajetória, o SUS foi capaz de se estruturar e de se consolidar como um sistema público de saúde de relevância inestimável para a população brasileira, uma conquista sem precedentes que hoje se configura como a principal política pública do país. Entendemos, no entanto, que alguns problemas, muitos deles estruturais, atrapalham sua evolução, por isso, as propostas seguem os vieses técnico e político e o consenso dos secretários estaduais de saúde, que são os pilares da atuação do Conass.

A realidade econômica e financeira do SUS não está desatrelada dos seus desafios e conquistas. Pelo contrário, o financiamento da saúde e todo o seu contexto histórico e operacional são de extrema relevância para a reflexão e tomada de decisões em prol do SUS. Diante dessa realidade, convidamos a economista Mônica Viegas, da Universidade Federal de Minas Gerais, para esclarecer como a economia da saúde afeta a gestão. Ela falou a respeito de temas relevantes no que concerne à economia da saúde e abordou questões como a regionalização, as particularidades dos mercados da saúde, eficiência, qualidade e investimento público e privado em saúde no Brasil.

Ainda na perspectiva econômica, a seção Saúde em Foco traz os impactos do ajuste fiscal na saúde. Apuramos, junto a gestores e especialistas, como as medidas de disciplinar os gastos impostas pela Emenda Constitucional n. 95 podem afetar a saúde dos brasileiros.

Eventos importantes marcaram a gestão da saúde nos últimos meses. Relatados na seção *Institucional*, seminários e oficinas promovidos pelo Conass e parceiros que fomentaram discussões fundamentais para o SUS. As *Boas práticas na gestão de parceria com o terceiro setor na saúde*, fruto de parceria entre o Conass, o Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (Ibross) e o Tribunal de Contas da União (TCU); a oficina tripartite para discutir a Mortalidade Materna e na Infância, que, aliás, é tema do artigo assinado por especialistas das secretarias de Vigilância em Saúde (SVS) e de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde.

O Conass também realizou oficina de trabalho em que estados elaboraram planos de ação para enfrentamento da queda das coberturas vacinais e participou na audiência pública: Programa Nacional de Imunizações, realizada pelo Ministério Público Federal (MPF). Também esteve presente no seminário *E agora Brasil?*, promovido pelo Banco Mundial e pelo jornal *Folha de S. Paulo*, no qual gestores e especialistas debateram o relatório apresentado pelo banco com a finalidade de contribuir com medidas que tornem o SUS mais eficiente.

Desejamos a todos uma ótima leitura!



## ENTREVISTA

# *Mônica Viegas Andrade*

**M**ônica Viegas Andrade é doutora em Economia pela Fundação Getúlio Vargas, fez pós-doutorado no Centro de Investigação em Economia da Saúde (CRES) da Universidade Pompeu Fabra (2008-2009) e no Departamento de Saúde Global e População da Universidade de Harvard. É professora Associada do Departamento de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar).

Ela é coordenadora do Grupo de Estudos em Economia da Saúde e Criminalidade abrigado no Cedeplar, do programa de pós-graduação em Economia e Demografia da Universidade Federal de Minas Gerais, constituído principalmente por professores, pesquisadores e alunos dos programas de pós-graduação em Economia e Demografia do Cedeplar. O grupo desenvolve pesquisas acadêmicas e trabalhos, sobretudo na área de planejamento e avaliação de políticas em saúde e criminalidade envolvendo os setores público e privado.

Nesta entrevista concedida à Consensus, a economista falou sobre temas relevantes para o SUS, contemplados em suas áreas de interesse: economia da saúde, economia do bem-estar social e avaliação econômica, abordando questões como a regionalização, as particularidades dos mercados da saúde, eficiência, qualidade e investimento público e privado em saúde no Brasil.



### Consensus Como surgiu a economia da saúde no Brasil?

**Mônica Viegas** A economia da saúde como ciência tem início na década de 1960, no pós-guerra, quando são formados os estados de bem-estar. Nesse momento, se forma a ideia da saúde como um bem meritório e fundamental a ser ofertado. Nos departamentos de economia, principalmente nos Estados Unidos da América e na Inglaterra, os problemas associados à provisão e organização dos serviços de saúde passam a ser perguntas relevantes a partir do final dos anos 1960. O Brasil demorou muito para entrar neste debate de maneira organizada. A criação do SUS se dá a partir do movimento sanitário, com a participação majoritária de médicos. Os economistas do bem-estar social no Brasil se concentraram por muito tempo estudando somente as temáticas da educação, trabalho e desigualdade. Além disso, os primeiros economistas que se debruçaram sobre a temática da saúde no Brasil estavam muito preocupados com a questão do financiamento. A economia da saúde no Brasil é recente e surge, oficialmente, no Ministério da Saúde com a implementação do Departamento de Economia da Saúde.

### Consensus Qual a importância da economia da saúde para a gestão?

**Mônica Viegas** De maneira simplista, pode-se dizer que a economia é uma ciência que analisa a tomada de decisões dos agentes. A decisão primordial, digamos a base da ciência econômica, é a decisão de alocação de recursos. Os economistas existem porque os recursos são escassos, sendo, portanto, necessário entender todos os *trade-offs* associados a cada escolha.

### Consensus O que são os *trade-offs*?

**Mônica Viegas** Em todas as situações de escolha, a opção por determinado caminho implica que outras possibilidades não possam ser

aproveitadas; essas oportunidades não aproveitadas são os *trade-offs*. E por que a economia da saúde importa para a gestão? O papel do gestor é estar rotineiramente lidando com essas decisões. Ele precisa entender bem o contexto e o que está envolvido em cada escolha. A economia da saúde é a ferramenta que pode oferecer para o gestor esse instrumental para essa tomada de decisão diária. Mas é importante que o economista tenha um entendimento dos problemas específicos da saúde e tenha sensibilidade para isso. Não é suficiente utilizar o instrumental econômico sem entender as particularidades e as complexidades envolvidas na provisão, financiamento e organização dos serviços de saúde.

### Consensus E quais são as particularidades e as complexidades do mercado de bens e serviços de saúde? O que diferencia esse mercado de outros?

**Mônica Viegas** São muitas as particularidades e as complexidades. Um primeiro aspecto que diferencia a saúde, inclusive da educação, é a natureza da demanda por bens e serviços de saúde; essa é uma demanda derivada, e não uma demanda direta. O que isso quer dizer? Na verdade, o objetivo primário das pessoas é obter um nível mais elevado de estado de saúde, mas não existe um mercado de saúde disponível onde possamos transacionar saúde: o que existe é um mercado de bens e serviços de saúde que as pessoas demandam esperando que esses possam restaurar o seu estado de saúde. Em segundo lugar, nem sempre o consumo dos bens e serviços de saúde se traduz em saúde. Existe incerteza associada ao consumo desses bens, incerteza sobre quando iremos ficar doentes e precisar dos serviços, incerteza sobre o que é preciso consumir (diagnóstico) e incerteza sobre a efetividade desse consumo. Por fim, ainda em relação à escolha de bens e serviços de saúde, aspecto importante é que o consu-



midor, nesse caso, diferentemente dos demais bens, não é soberano. Isso significa que o consumidor não sabe o que é melhor para ele. Para todos os bens que consumimos, partimos de um pressuposto importante que é a ideia de que o consumidor sabe o que é mais relevante para ele e, portanto, tem capacidade de escolher o que consumir observando os preços de mercado e suas preferências. No caso da saúde, o consumidor não tem essa soberania: quem faz a escolha do que ele vai consumir, na maior parte das vezes, são os médicos e outros profissionais de saúde. O fato de o médico tomar a decisão para os pacientes tem muitas implicações do ponto de vista do bem-estar individual e social. Todas essas particularidades geram problemas no consumo e na provisão dos bens e serviços que não são observadas em outros mercados e que precisam ser levados em consideração pelos gestores.

#### **Consensus A quais gestores você se refere?**

**Mônica Viegas** Me refiro a todos os gestores. Desde o Ministro da Saúde, ao diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde, que são gestores máximos de nosso sistema, aos secretários de saúde estaduais e municipais... até os gerentes de Unidades Básicas. Todos os gestores precisam entender um pouco dessa complexidade para conseguir lidar com os problemas associados ao provimento dos serviços de saúde, entender a complexidade da saúde e tomar as melhores decisões para o coletivo.

#### **Consensus Do ponto de vista econômico, como as diferenças regionais impactam na regionalização da saúde?**

**Mônica Viegas** A descentralização do SUS em conformidade com o pacto federativo estabelecido na Constituição de 1988 coloca questões e dilemas complicados para a organização do nosso sistema de saúde. No SUS, o município assume uma responsabilidade

*Não é suficiente utilizar o instrumental econômico sem entender as particularidades e as complexidades envolvidas na provisão, financiamento e organização dos serviços de saúde*

muito grande ao ter de garantir a provisão dos serviços de saúde de forma integral para os seus habitantes. Essa centralidade do município nem sempre pode ser atendida, tanto por limitação da capacidade de gestão municipal como por inviabilidade de escala.

A estrutura de produção de alguns cuidados, principalmente o cuidado de média e alta complexidade, não é compatível para ser ofertada em nível municipal, e uma resposta para esse impasse entre a estrutura federativa e a organização do SUS é a regionalização. Regionalizar para permitir que, com o agrupamento de municípios, seja possível ofertar em um raio de distância acessível a produção de cuidados com economias de escala e escopo, ou seja, de forma mais eficiente.

A grande dificuldade que se coloca atualmente no SUS é como estabelecer esses arranjos de

regionalização de forma viável e que de fato sejam implementados. O Brasil já avançou muito do ponto de vista normativo, já tem vários anos que estamos tentando estabelecer a regionalização por meio da via normativa, e esse arranjo não tem decolado. Hoje os incentivos à regionalização ainda não são suficientes para compensar os incentivos para que os prefeitos sigam a sua gestão de forma individual. Do ponto de vista do gestor municipal, importa a ele que os seus habitantes tenham a percepção do acesso associada ao seu município. A possibilidade de viabilizar o serviço por meio da regionalização, ou seja, por meio de um serviço realizado em outro município, muitas vezes, não dá ao prefeito a visibilidade que esse espera ou deseja. O prefeito, lá na ponta, tem interesse imediato em oferecer serviços mais próximos da população. A população, por sua vez, muitas vezes escolhe um hospital que não é resolutivo por conta da proximidade. Se essa decisão for apenas do prefeito, teremos um desenho ineficiente na maioria dos casos. Por outro lado, hoje já existe um nível de percepção dos prefeitos de que a instalação de um hospital municipal também não é a solução do problema.

Outro aspecto importante e que está diretamente associado à sua pergunta diz respeito às disparidades regionais existentes no Brasil. De fato, a regionalização tem resultados e importância muito diferenciada dependendo da região. A regionalização está associada à estrutura de urbanização e de distribuição demográfica da população nas regiões, e certamente esses aspectos vão impactar positiva ou negativamente a sua implementação e eficiência. As características da região são fundamentais para se pensar inclusive a necessidade de regionalização. Em um estado como São Paulo, onde a maior parte das cidades tem porte médio com densidade demográfica elevada, o papel da regionalização não é mui-

to relevante, por outro lado, estados como Minas Gerais, que têm um número muito elevado de municípios pequenos, a regionalização tem papel estruturante. Dessa maneira, pensar a regionalização de maneira uniforme para todos os municípios do Brasil talvez seja um equívoco que tem impedido a criação de instrumentos mais efetivos.

**Consensus** Quais as principais considerações relacionadas à eficiência e à qualidade da saúde e como a regionalização pode ajudar o sistema nesse sentido? Ainda nessa lógica, qual a sua opinião em relação aos hospitais de pequeno porte?

**Mônica Viegas** A regionalização é fundamental na organização e provisão dos serviços de média e alta complexidade, em geral ofertados no ambiente hospitalar. Nesses casos, há presença de economias de escala e de escopo, além dos ganhos de qualidade nos serviços ofertados. As economias de escala ocorrem porque os eventos são raros na população, enquanto as economias de escopo estão associadas à complexidade dos diagnósticos que necessitam de cuidado multiprofissional. Na verdade, em uma internação, o paciente recebe volume grande de serviços ofertados por profissionais diversos, em uma mesma internação, são múltiplos os produtos associados. A forma de conseguir garantir essa equipe multiprofissional, assim como a oferta de equipamentos diagnóstico, é com a ampliação da população de influência desse hospital. Além dos ganhos de escala e escopo, são importantes os ganhos de qualidade associados à maior realização desses procedimentos que permite um aprendizado dos profissionais. Nesse sentido, não há dúvidas de que a regionalização é fundamental para o sistema público sendo caminho possível para alcançar essa gestão com maior eficiência.

A outra questão importante, que você menciona, diz respeito aos Hospitais de Pequeno

Porte. No escopo da regionalização, de fato, é necessário repensar esses hospitais, mas, como já mencionamos, esse papel é distinto dependendo da região e de suas características. Existem regiões em que, devido à baixa densidade demográfica, mesmo com uma regionalização, não será alcançada escala suficiente em um raio de distância razoável. Nesses casos, é importante que exista pelo menos alguma porta de entrada para acolher o paciente em um primeiro momento. Em algumas regiões, o único acesso possível talvez seja realizado pelo Hospital de Pequeno Porte, ainda que este tenha baixa resolubilidade. Por outro lado, na maior parte das localidades, é preferível um transporte sanitário eficiente e uma rede organizada e regulada do que ter Hospital de Pequeno Porte não resolutivo.

**Consensus Em seminário recente promovido pelo Banco Mundial e pelo jornal *Folha de S. Paulo*, você disse que é preciso repensar o investimento em saúde por parte do setor público, que é menor que o do setor privado? Qual é a explicação econômica para essa questão e como ela impacta na assistência aos usuários do SUS?**

**Mônica Viegas** Primeiro temos de entender que gasto é diferente de investimento. Eu posso ter um gasto para remunerar o que está sendo produzido, para pagar profissionais, medicamentos, entre outros, esse é o gasto corrente de custeio. Hoje o gasto público no SUS é majoritariamente gasto de custeio, ou seja, não existe investimento. O investimento que o Brasil faz em saúde é realizado principalmente pela rede privada tanto por meio da compra de equipamentos, ou modernização e construção de novos hospitais. O gasto público em investimento em saúde tem sido historicamente muito baixo e nos últimos anos essa questão ficou ainda mais agravada, uma vez que o financiamento da saúde está estrangulado.

Já o setor privado tem lógica muito diferente do setor público, é a lógica de mercado e, nesse caso, o investimento tem papel fundamental. Se observarmos a distribuição da oferta de serviços de saúde públicos e privados no Brasil, chama a atenção a concentração dos serviços privados nas regiões de renda *per capita* mais elevada. O investimento privado vai se localizar nas regiões onde há expectativa de ganhos. Além disso, outro aspecto importante é que a competição no setor privado ocorre muitas vezes por meio da incorporação tecnológica. A incorporação tecnológica é fator positivamente observado tanto pelos profissionais de saúde como pelos pacientes. Do ponto de vista tanto dos pacientes como dos profissionais, há, muitas vezes, uma percepção de maior acurácia do diagnóstico e do tratamento associada a equipamentos/procedimentos mais novos e mais modernos. Nesse sentido, há incentivo a investimento em tecnologias. Um hospital pouco modernizado, por exemplo, tende a perder a concorrência pelos melhores profissionais, perdendo, portanto, importância no mercado. Então, é natural ocorrer uma discrepância entre os níveis observados de investimento privado e o investimento público em saúde. No caso do Brasil, temos ainda uma particularidade que são os hospitais filantrópicos, que recebem volume importante de incentivos financeiros tributários que financiam, sobretudo o investimento.

**Consensus Em sua opinião, quais estratégias adotadas pelo sistema público de saúde devem ser adotadas pelo setor privado e vice-versa?**

**Mônica Viegas** Está claro que o modelo de cuidado mais eficiente é a Atenção Primária à Saúde, que, quando bem feita, é capaz de responder à maior parte dos problemas de saúde da população. Se é assim, porque o setor privado não começou pela APS? Obviamente

porque ela é menos lucrativa. Agora o setor privado brasileiro começa a se organizar para fortalecer essa atenção, tendo em vista o esgotamento do modelo vigente à medida que as pessoas vão envelhecendo. O setor de saúde suplementar é um sistema de seguros que depende da possibilidade de se realizar um *pool* de risco entre indivíduos com riscos diferenciados. Com o envelhecimento da população, maior prevalência de doenças crônicas, incorporação tecnológica intensiva e um sistema de pagamento por procedimento, a tendência é aumentar o risco e os gastos esperados resultando em prêmios de seguro cada vez mais elevados. Se, em vez de organizar o cuidado com base na APS, o setor foca na compra de serviços curativos, o resultado é um cuidado muito caro para toda a população beneficiária, que em situação de restrição orçamentária tende a sair desse segmento. No Brasil, temos excelente moderador do sistema privado que é o SUS. Assim, se o seguro privado ficar caro demais, a sociedade migra totalmente para o SUS.

Em termos de modelo de cuidado, tudo que serve para um sistema serve para outro, seja um prontuário eletrônico, um sistema de referência e contrarreferência, uma organização em rede. É óbvio que a implementação desses processos tem custos e depende da definição de protocolos de cuidado. Em sistemas públicos centralizados é mais fácil definir protocolos e processos, ao contrário do setor privado, no qual a questão da autonomia médica pode

ser um impeditivo definitivo. O importante é entendermos que o modelo de cuidado não depende da forma de financiamento. Como a lógica que determina a organização dos serviços e o que será ofertado é diferente nos setores público e privado, existem processos que não são experimentados no setor privado porque o sistema é mercantil, o que interessa é vender o serviço.

### Consensus Qual a sua opinião a respeito das Emendas Parlamentares para a saúde?

**Mônica Viega** São duas discussões: uma discussão se refere ao financiamento do investimento, o qual certamente não deveria ocorrer por meio de emendas parlamentares. A decisão de investimento financiada por emenda parlamentar dificilmente será tomada em prol do bem-estar coletivo e, sim, focada em ações locais e, frequentemente, naquelas que geram mais votos para o político. Nesse sentido, não tenho muitas dúvidas de que, como instrumento de decisão de investimento, ela é absolutamente equivocada. A outra discussão é a emenda parlamentar como instrumento legislativo, que, na minha opinião, é um resquício do Brasil colônia.

### Consensus Considerando a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) n. 95, que limita os gastos públicos com a saúde e o financiamento da saúde por parte da União, estados e municípios, como você analisa essa distribuição no orçamento da saúde e quais problemas ela acarreta?

**Mônica Viegas** A PEC foi proposta para disciplinar o gasto fiscal do Brasil, sob o argumento de que, sem essa medida, em algum momento, a inflação vai voltar a assombrar o Brasil, acarretando problemas lá na frente como os que estamos vivenciando atualmente. Esse é claramente um *trade off*. Além disso, a PEC n. 95 estabelece o teto para os gastos federais e não para o gasto de estados e municípios. Em relação aos impactos da PEC nos gastos

*De fato, a regionalização tem resultados e importância muito diferenciada dependendo da região*

com saúde, a meu ver, em primeiro lugar, é necessário reconhecer que as dificuldades orçamentárias da saúde antecedem à determinação da PEC. O subfinanciamento público da saúde está presente desde a criação do SUS quando não foi definida uma fonte financiadora específica para a saúde. Dentro do orçamento da seguridade social, a saúde sempre perdeu para a previdência. Nesse sentido, a minha interpretação acerca dos impactos da PEC para a saúde é que ela explicita o conflito distributivo vivenciado no Brasil há pelo menos três décadas. Precisamos estabelecer com clareza que SUS que queremos. Se queremos de fato um sistema universal e integral, temos de estabelecer formas claras de financiar esse sistema. Com a determinação da PEC, quando o país voltar a crescer, teremos de resolver como alocar esse crescimento. Mas, mesmo no cenário de crescimento, se não houver a reforma da previdência, a saúde vai continuar perdendo – o que já era observado antes da PEC. Agora estou me referindo ao impacto específico na saúde, existem outras áreas, como a educação superior, por exemplo, em que a PEC impacta de forma definitiva no curto prazo.

**Consensus Como a reforma da previdência impactaria no setor saúde, principalmente se considerarmos o aumento da expectativa de vida dos brasileiros?**

**Mônica Viegas** Reitero que se não resolvermos o problema da previdência, com PEC ou sem a PEC, a saúde ficará espremida e o SUS continuará subfinanciando. A previdência irá aumentar cada vez mais a sua participação nos gastos da seguridade social, impactando no financiamento da saúde. No cenário de subfinanciamento, em que há um princípio constitucional da integralidade, não há outro caminho que não reduzir a qualidade do cuidado ofertado. Nesse caso, a redução da qualidade representa estrangulamento na oferta de vários serviços, principalmente os

de atenção secundária, mais filas de espera, menos profissionais.

Outro efeito da reforma da previdência se refere à relação entre o sistema público e o privado. Se a idade mínima para o tempo de aposentadoria for aumentada, haverá mais gente no mercado de trabalho, e essas pessoas em geral têm acesso a planos de saúde, o que significa menos usuários exclusivos do SUS. Há ainda um efeito secundário difícil de ser mensurado atinente à saúde do trabalhador. Existem evidências de piora do estado de saúde quando os indivíduos se aposentam, devendo, por exemplo, a problemas de depressão.

**Consensus Em sua opinião como economista da saúde, o que podemos esperar para o futuro do SUS?**

**Mônica Viegas** A sociedade brasileira fez a opção de um desenho de sistema de saúde misto, onde tornamos possível tanto que os indivíduos tenham livre escolha de cuidado, podendo obtê-lo no sistema privado, como também garantimos a todos os indivíduos um sistema público universal e integral. Esse desenho misto existe em outros países, mas não na forma duplicada e complexa que observamos no Brasil. Esse desenho coloca desafios que outros sistemas que são majoritariamente públicos não atravessam, uma vez que os dois sistemas são concorrentes o tempo todo.

A meu ver, o futuro da saúde no Brasil está no SUS, pois eu realmente acredito que a saúde deve ser financiada através de um modelo público! Um país com tantas desigualdades como o Brasil só vai avançar de forma sustentável se garantir acesso a bens e serviços de saúde para sua população. Nesse sentido, o grande desafio dos nossos gestores é avançar na consolidação do SUS, ultrapassando os problemas de gestão e eficiência e mudar a percepção da população sobre esse sistema. ■

*Propostas do  
Conass aos  
candidatos à  
Presidência da  
República  
em 2018*

Como de praxe, nos anos em que ocorrem as eleições para presidência da República, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) elabora uma agenda de propostas para a área da saúde, a fim de auxiliar os programas de governo dos candidatos. Este ano, o documento *Propostas do Conass aos candidatos à presidência da República* apresenta 10 eixos estruturantes para o Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de garantir o fortalecimento e a sustentabilidade do sistema.

As propostas do Conass foram entregues às coordenações de campanha de todos os candidatos à presidência da República, acompanhadas de ofício solicitando audiência com os presidentes para que Leonardo Vilela, presidente do Conass, fizesse a entrega pessoalmente. O ofício foi protocolado pelos partidos políticos e coligações.

O candidato do Partido Democrático Trabalhista (PDT), Ciro Gomes, recebeu o documento em audiência com Vilela. “Acato integralmente o documento, pois sei da seriedade e competência desse Conselho”, disse, destacando que não abre mão da revogação da EC n. 95, que limita os gastos públicos.

Em nota oficial enviada como resposta às propostas, Fernando Haddad, do Partido dos Trabalhadores (PT), destacou a responsabilidade do Conass ao elaborar o documento. “Sabemos da diversidade política na composição do Conselho. Apenas um órgão com o comprometimento com a saúde pública e com a maturidade que tem o Conass é capaz de elaborar

questões tão importantes para a saúde pública de forma unificada. É disso que precisamos para a defesa do SUS”, afirmou.

Geraldo Alckmin, do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), ressaltou que saúde não é um favor que o governo faz à população, mas um direito conquistado legitimamente e que enfrenta muitos desafios. Ele elogiou a iniciativa do Conass e disse que colocaria atenção às propostas em seu programa de governo.

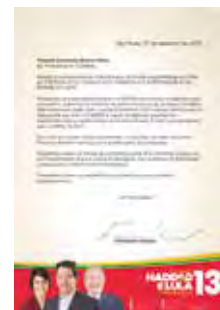
Marina Silva, da Rede Sustentabilidade, recebeu o presidente do Conass em seminário promovido pela Fundação Rede Sustentabilidade com o objetivo de reunir reflexões, experiências e alternativas para os desafios do Brasil. Segundo a candidata, a política não pode ser um “espaço mesquinho”, mas um ambiente onde todos podem contribuir com a melhoria da qualidade dos serviços públicos e sua gestão.

O Conass considera este movimento uma afirmação do trabalho dos gestores estaduais de saúde, fruto da constante troca de experiências entre eles, conforme destaca Leonardo Vilela. “A atuação dos secretários em todo Brasil fomenta o trabalho do Conass para além da gestão e da contribuição com as políticas públicas da saúde e transcende para o campo político a luta constante pelo fortalecimento do SUS”.

Leia a seguir a íntegra do documento entregue aos presidentes.

---

Candidatos à presidência da República recebem as *Propostas do Conass aos candidatos à presidência da República*



Acesse a íntegra da resposta encaminhada pelo candidato Fernando Haddad em [goo.gl/Z6Nd1f](https://goo.gl/Z6Nd1f)





Acesse a íntegra do documento também na internet, em [goo.gl/W9t6eq](https://goo.gl/W9t6eq)



O Brasil vive um quadro em que a segurança social está ameaçada. A fragilidade política e econômica mergulhou o país em uma rota não sabida que desperta, em cada cidadão, a preocupação com o futuro e, nas famílias, a angústia do desemprego, o medo da violência e da desassistência. O Sistema Único de Saúde (SUS), entidade nacional das mais respeitadas, nos seus 30 anos, sente-se ameaçado.

O SUS, é produto de ideias de sanitaristas, acadêmicos, gestores, estudantes, trabalhadores, forjadas nos movimentos de resistência à rotura democrática de 1964, acolhidas no Congresso Nacional durante a Constituinte e cravado nas letras da Constituição de 1988 (CF/1988). Por isso, seus princípios coincidem com as bandeiras levantadas pelo movimento de redemocratização do país e sua implantação reflete fortemente o processo de descentralização política e teve como consequências a abertura de espaços de participação da sociedade organizada em Conselhos e Conferências.

Nos seus 30 anos, o SUS tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde de enorme relevância e apresentar resultados inquestionáveis para a população brasileira, fazendo a segurança sanitária da população de maneira universal e integral. No entanto, problemas cruciais retardam sua evolução e ameaçam sua existência.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass, Lei n. 8.080/1990 e Lei n. 12.466/2011, art. 14A e 14B) tem sido ator importante na formulação, na implantação e na consolidação do SUS, contribuindo efetivamente para o fortalecimento da gestão do sistema, com atuação destacada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Conselho Nacional de Saúde e demais espaços onde a discussão se faça.

O momento político exige dos candidatos o compromisso com o que é mais caro

ao povo brasileiro: estabilidade democrática, políticas sociais inclusivas, retomada do crescimento econômico, fortalecimento das políticas educacionais, de segurança, de saneamento básico e, sobretudo, de saúde, por ser garantidora da qualidade e manutenção da vida da totalidade do povo brasileiro. A sustentação do SUS para além do discurso deve ser um compromisso de qualquer governante que entenda ser dever evitar o sofrimento e as ameaças à vida humana como compromisso constitucional. Afinal, saúde é direito de todos e dever do Estado (art. 196 da CF/1988).

O Conass apresentou aos candidatos a governador e a presidente a agenda de propostas estruturantes para a área da saúde, que visa garantir o fortalecimento e a sustentabilidade do SUS e da saúde de qualidade para a população brasileira.

## Propostas do Conass aos candidatos à Presidência da República em 2018

### 1. Compromisso com as diretrizes constitucionais do SUS – Universalidade e Integralidade

As bases constitucionais do Sistema Único de Saúde – universal, integral e gratuito – estão assentadas em princípios de justiça e de inclusão social, e a população assim o reconhece. Pesquisa realizada demonstra que ‘88% dos brasileiros querem que o SUS seja mantido’. Isso demonstra a necessidade de sua afirmação como política de Estado pelos governantes e não sua subscrição como sistema segmentado, submetido ao sistema suplementar. A concepção do sistema expressa na Constituição Federal e o perfil socioeconômico do povo brasileiro – 75% da população são usuários exclusivos do SUS – exigem esse compromisso.



## 2. Novo Pacto Federativo e Reforma Tributária

O modelo de federalismo brasileiro interdita a discussão e os esforços para o aprimoramento da governança exigida, ao tempo em que é determinante de crise. O padrão de oferta do atendimento social em um país desigual e de dimensão continental como o Brasil exige colaboração consequente entre os entes federados. O ordenamento institucional deve ser ajustado e os recursos federais repartidos de forma justa entre as esferas para propiciar a execução das políticas descentralizadas. No Brasil, essa distribuição é fator gerador de iniquidade. É preciso estabelecer equilíbrio entre as responsabilidades assumidas pelos entes federados e o repasse da arrecadação.

## 3. Fortalecimento da Gestão do SUS

O Brasil vive momento de desafios para a gestão do Sistema Único de Saúde. O momento atual nos impõe desafios como a crise política, fiscal e econômica. Diante desse quadro de crise, é preciso aproveitar a oportunidade para melhorar a gestão e aumentar a eficiência do SUS, por meio de Agenda de mudanças no modelo de atenção à saúde, no modelo de gestão e no modelo de financiamento.

É necessário ofertar e dar acesso à população a serviços organizados em redes de atenção à saúde, nas macrorregiões, onde se garante a integralidade da atenção. Para melhorar a gestão, é preciso reduzir a burocracia normativa federal, dando mais autonomia para estados e municípios; promover efetiva regionalização; aprimorar a administração pública; e promover parcerias entre a sociedade e o poder público.

## 4. Modelo de Atenção à Saúde

Considerando as profundas mudanças do perfil epidemiológico e da transição demo-

gráfica da população brasileira nos últimos anos, é urgente implantar no SUS um modelo de atenção adequado, com base nas necessidades da população e não na oferta de serviços, tendo a Atenção Primária como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde. As principais intervenções desse modelo de atenção à saúde devem levar em consideração os determinantes sociais da saúde e desenvolver ações intersetoriais de enfrentamento de agravos; fortalecer ações de promoção da saúde, mudança de estilo de vida, autocuidado apoiado; as intervenções preventivas estritas como vacinações, cuidado contínuo e monitoramento da atenção na população de risco. É preciso definir uma Política Nacional que amplie o acesso e reduza o tempo de espera ao atendimento especializado ambulatorial e hospitalar, para fazer frente a necessidades relacionadas a consultas, exames e cirurgias eletivas.

## 5. Modelo de Financiamento do SUS

O subfinanciamento do SUS é crônico e tende a perdurar em função da crise fiscal estabelecida e o advento da Emenda Constitucional (EC) n. 95 de 2016, que institui o Novo Regime Fiscal e impossibilita o aumento do seu financiamento, ao congelar por 20 anos recursos financeiros federais destinados ao sistema. Para dar suporte a um sistema público universal de qualidade, é preciso garantir financiamento regular e suficiente. É necessário, portanto, revogar a EC n. 95/2016. É preciso, também, definir novas formas de remuneração de serviços no SUS que contemplem custos efetivos e desempenho e estabelecer o critério de rateio dos recursos federais para custeio e investimento, conforme a Lei Complementar n. 141/2012, com transferência fundo a fundo a estados e municípios, a serem utilizados conforme os respectivos planos de saúde.

## 6. Governança Regional

Visando aprimorar a gestão e aumentar a eficiência, é necessário organizar as redes de atenção à saúde nas macrorregiões, de forma a garantir a integralidade. Para promover a governança das redes de atenção à saúde, é preciso que haja o equilíbrio das relações intergovernamentais das três esferas de poder autônomas e de outros atores como a sociedade e as organizações envolvidas nos processos decisórios no território macrorregional. Essa governança deve ser diferenciada, própria de ambientes colaborativos, com mecanismos de coordenação e monitoramento das atividades, buscando ganhos de escala, redução de riscos e dos custos envolvidos.

## 7. Judicialização da Saúde

Para além dos debates que levem em conta o conflito entre direitos individuais e coletivos, a judicialização desorganiza a atividade administrativa, obriga a alocação de recursos (humanos, logísticos, financeiros) de forma não planejada, estabelece um paralelismo entre quem acessa o SUS por suas portas de entrada e quem abrevia o caminho, pela decisão judicial. Por isso é necessário atuar junto ao Poder Legislativo para regulamentar que o financiamento público para a saúde destinar-se-á exclusivamente aos itens incorporados pelo SUS; atuar junto ao Poder Legislativo e o Judiciário para minimizar a criminalização da gestão do sistema de saúde e de seus gestores; estimular os diálogos institucionais entre o sistema de saúde e o de justiça que garantam o direito do cidadão e preservem a sustentabilidade do sistema.

## 8. Gestão do trabalho e da educação na saúde

O artigo 200 da Constituição Federal define que o SUS deve ordenar a formação de

recursos humanos na área da saúde, visando preparar profissionais com o perfil voltado às suas necessidades. Entretanto, os gestores enfrentam dificuldades para o adequado provimento e a fixação de profissionais, especialmente médicos em áreas mais carentes. Portanto, é preciso garantir a implementação do Programa Mais Médicos em todos os seus eixos e fortalecer a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e o pleno funcionamento das Escolas de Saúde Pública e das Escolas Técnicas dos SUS.

## 9. Complexo industrial e inovação em saúde

Incrementar a capacidade de produção e de inovação do Complexo Industrial da Saúde, para a realização das atividades de pesquisa, desenvolvimento e inovação, produção, compra e venda de insumos de saúde, de serviços, assim como de novos conhecimentos e tecnologias.

Melhorar as condições de produção dos laboratórios oficiais, de modo a atender a demanda por medicamentos e imunobiológicos estratégicos, sobretudo para doenças negligenciadas. Portanto, se faz necessário tanto a definição estratégica de que medicamentos e imunobiológicos produzir, quanto o financiamento necessário para expansão e adequação das plantas de produção dos laboratórios oficiais.

## 10. Participação da Sociedade

Os Conselhos de Saúde atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde e são importantes para o fortalecimento do SUS. As Conferências de Saúde, convocadas pelo Poder Executivo, composta com representação de vários segmentos sociais, avaliam a situação de saúde e propõem diretrizes para a formulação de políticas de saúde. Portanto, é importante fortalecer a participação da sociedade na governança do Sistema Único de Saúde por meio dos Conselhos de Saúde e aprimorar os mecanismos de avaliação de satisfação dos usuários. ■

O livro **Conass Debate – O Futuro dos Sistemas Universais de Saúde**, é fruto das ricas discussões ocorridas em dois dias de debates com especialistas brasileiros e internacionais, com objetivo de discutir estratégias e ações que possibilitem o fortalecimento do SUS em um cenário de grave crise política e econômica que ameaça não apenas o sistema, idealizado e construído para atender a todos de maneira igualitária e equânime, mas o direito à saúde, conquistado e estabelecido pela Constituição Federal de 1988.



Disponível gratuitamente  
<https://goo.gl/kztdWY>



# Os efeitos do ajuste fiscal na saúde

TATIANA ROSA

Como as medidas adotadas pelo governo federal para conter a crise econômica têm afetado o sistema de saúde brasileiro

Alerta tem sido feito de todas as maneiras: por meio de pesquisas, artigos, discursos, jornais: as medidas de austeridade fiscal implantadas no Brasil já impactam negativamente a saúde pública brasileira e chamam a atenção para o retrocesso em alguns indicadores importantes.

Recentemente, um estudo coordenado pelo professor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA) Davide Rasella apresentou prospecção assustadora e chamou a atenção para indicador específico e que será o mais impactado com a situação: o aumento da taxa de mortalidade infantil.

Utilizando um modelo de microsimulações sobre os possíveis efeitos na saúde dos brasileiros com a vigência das medidas

de austeridade fiscal adotadas pela Emenda Constitucional (EC) n. 95, o professor conduziu o trabalho a partir da crise econômica e o efeito das reduções na cobertura do Programa Bolsa Família e da Estratégia Saúde da Família, comparando este cenário com outros em que esses programas mantêm os níveis de proteção social.

Segundo a conclusão do estudo, publicado na revista *Plos Medicine*, a austeridade fiscal no Brasil pode ser responsável por uma morbidade e mortalidade substancialmente maiores na infância diferentemente do que seria esperado em um cenário com a devida manutenção da proteção social.

Para saber mais sobre como a pesquisa foi conduzida e quais as impressões do professor a respeito da situação, a revista **Consensus**



Acesse o estudo na íntegra em [goo.gl/nY1L4X](https://goo.gl/nY1L4X)



conversou com Rasella, que explicou que a metodologia utilizada é a mais adequada e robusta para projetar cenários futuros quando há grande quantidade de dados disponíveis sobre o passado. Além disso, foram ouvidos gestores, economistas e pesquisadores, que falaram a respeito das expectativas em relação ao impacto da crise econômica e fiscal na saúde pública brasileira.

Questionado sobre a relação entre o pacote de austeridade fiscal e as condições de saúde no Brasil, Rasella afirmou que a pobreza é forte determinante social da saúde, tendo grande influência sobre a morbidade e mortalidade da população. “Mesmo tendo saído oficialmente da recessão (o Produto Interno Bruto (PIB) em 2017 e 2018 será positivo), a pobreza continua aumentando, e isso afeta fortemente a mortalidade, sobretudo nas faixas mais vulneráveis da população”, afirma.

Ele argumenta que cortes na assistência social e na assistência à saúde deixam a população ainda mais vulnerável aos efeitos do aumento da pobreza. “A ESF [Estratégia Saúde da Família] comprovadamente contribuiu para reduzir a morbidade e mortalidade na população brasileira nos últimos anos, facilitando o acesso à saúde, sobretudo pelos mais pobres, e é fator importante de resistência à crise econômica”, observou o professor.

A pesquisadora do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea) Fabíola Sulpino reitera que o tema em questão foi e está sendo bastante estudado em todo o mundo. Para ela, a austeridade fiscal significa severidade quanto ao gasto público e tem resultado em aumento da cobrança de impostos e em cortes de despesas com programas sociais. “Ela desempenha papel central no agravamento dos efeitos negativos das crises econômicas, porque reduz a proteção social no momento em que os indivíduos mais precisam (perda de emprego, aumento das dívidas, aumento dos quadros de depressão e ansiedade etc.)”, disse.

Foto: Arquivo pessoal

Ela observou que a EC n. 95 não apenas congelou o gasto mínimo com saúde e com educação, mas estabeleceu um teto para as chamadas despesas primárias, que são as despesas com as políticas públicas. “O teto de gasto e as aplicações mínimas com saúde e educação serão corrigidos apenas pela inflação. Ficaram de fora do teto de gasto as despesas com pagamento de juros e com a amortização da dívida pública”, explicou.

Sulpino explica que a literatura científica evidencia que a austeridade fiscal agrava os efeitos negativos das crises sobre as condições sociais e de saúde das populações. No entanto, o Brasil carece de mais estudos sobre essas implicações. “O que se observa como consequência da recessão econômica, agravada a partir de 2014, e sobre a austeridade que vem sendo implantada desde então, é grande corte dos investimentos públicos, incluindo em saneamento básico, queda real do gasto com o SUS e cortes de gasto com políticas sociais.”

.....  
A pesquisadora do Ipea Fabíola Sulpino observa que a austeridade fiscal agrava os efeitos negativos das crises sobre as condições sociais e de saúde das populações, mas reiterou que o Brasil carece de mais estudos sobre essas implicações



A pesquisadora alerta ainda que, além dos impactos negativos sobre a capacidade de o SUS dar resposta às necessidades de saúde da população, são realizados cortes em políticas que atuam sobre os determinantes sociais da saúde, contribuindo para piora mais acelerada da situação de saúde no país.

Na opinião do pesquisador do Instituto Brasileiro de Economia da Fundação Getúlio Vargas (Ibre/FGV) e professor do Instituto de Direito Privado (IDP) José Roberto Afonso, a austeridade fiscal vivida pelo país aumenta drástica e rapidamente a demanda por serviços e despesas com a saúde pública, justamente quando decresce sua capacidade de financiamento. “A pressão por isso decorre do aumento do desemprego e concomitante perda dos desempregados e de suas famílias dos planos privados de saúde bancados por empresas. Fora isso, os planos particulares são cada vez menos ofertados e encarecem”, ressaltou.

Segundo Afonso, resta ao SUS o desafio de aumentar a produtividade tendo em vista que, financiada com base em impostos, a arrecadação cai. “Há uma inconsistência no modelo aguçado na crise”.

José Roberto Afonso também defende a manutenção e ampliação da proteção social para abrigar os desempregados que tiveram de abrir mão do plano de saúde privada e que passam a depender exclusivamente da saúde pública. Em sua opinião, o esquema de financiamento do setor sempre foi frágil, independentemente do teto de gasto, e deve ser revisto, mas ressaltou, no entanto, que nem o próprio setor pede por isso: “resta ao profissional da saúde que está na ponta empreender um esforço brutal para conseguir fazer cada vez mais com menos recursos”.

Já a pesquisadora destacou que o regime estabelecido pela EC n. 95 impede que se mantenha o mesmo nível de proteção social que se tinha antes de sua aprovação por duas razões básicas: as despesas destinadas às políticas públicas diminuirão em valor *per capita* conforme cresce a população e algumas despesas obrigatórias, como os benefícios previdenciários, crescem mais rapidamente que as outras despesas.

Ela enfatizou que o resultado disso é que várias despesas com outros programas sociais e áreas que atuam sobre determinantes sociais da saúde, tais como saneamento básico

.....  
José Roberto Afonso defende a manutenção e ampliação da proteção social para abrigar aqueles que tiveram de abrir mão do plano de saúde privada e que passam a depender exclusivamente da saúde pública



co, alimentação, segurança pública, moradia, assistência social, entre outras, terão cortes de gasto mais acentuados. “Será muito difícil alocar mais recursos para a saúde, dado que existe um teto de gasto para as despesas primárias, e os ganhos que a economia brasileira gerar, com a retomada do crescimento econômico, não poderão ser utilizados no financiamento das políticas sociais, mas poderão ser empregados no pagamento de juros e na constituição de reservas monetárias.

O professor Rasella foi taxativo e garantiu não ser possível manter o mesmo nível de proteção social de antes do ajuste fiscal. “Como bem explicam a nota técnica do Ipea citada no artigo, os efeitos da EC n. 95 vão ser de grande comprometimento da assistência social e assistência a saúde no Brasil”, disse.

Sem perspectivas de um futuro melhor para a saúde pública brasileira, Rasella foi incisivo: “Na minha opinião, mesmo com a melhora de alguns serviços e processos, os gestores não têm como amenizar os efeitos destes cortes na saúde da população brasileira”, concluiu.

Para o pesquisador José Roberto Afonso, o pecado capital do financiamento da saúde pública no Brasil é outro e mais grave: trata-se de um gasto permanente (como atenção básica) e pressionado na crise (mais ambulatorio e sobretudo internação para quem perdeu plano privado). No entanto, explica que, para ser custeada, depende primeiro de receitas cíclicas (impostos que, obviamente, decrescem quando a economia entra em recessão) e, segundo, da hipótese de aumento constante de carga tributária, o que em sua visão não mais deve ocorrer já que a economia moderna sofre viés de baixa tributação e, no caso particular do Brasil, o sistema está obsoleto e longe de ser reformado: “A EC n. 95 pode ser um problema, mas menor diante desse desarranjo estrutural”, disse.

Sobre os resultados da pesquisa coordenada por Rasella, Fabíola Sulpino disse que esse tipo de estudo é importante para que a sociedade conheça os impactos das medidas que estão sendo adotadas para o bem-estar da população e também para que perceba seus custos sociais, como, por exemplo, custos tangíveis (internações mais prolongadas para tratar condições de saúde mais complexas) e intangíveis (perda de vidas).

Para ela, as prospecções servem como alerta e é muito importante que sejam levadas em consideração. Sulpino acredita que os efeitos negativos das crises econômicas e da austeridade fiscal estão bem documentados. “Nós já sabemos o que pode acontecer, portanto precisamos cobrar dos nossos representantes outras escolhas de política pública para o enfrentamento da crise econômica, uma vez que a austeridade fiscal prejudica o bem-estar social e pode retardar, inclusive, a retomada do crescimento econômico, como apontam vários estudos”, defende.

### Pressão econômica sobre o SUS

“A crise econômica atual e a austeridade fiscal que está sendo implantada pressionam muito o SUS”, afirmou Sulpino, ao ser questionada se a crise brasileira acentua a pressão econômica sobre o Sistema Único de Saúde. Para ela, o financiamento do sistema fica limitado, seja pela crise que afeta estados e municípios particularmente, seja pela austeridade em curso quanto ao gasto federal. Ela complementou ainda que a EC n. 95 representa, na verdade, uma reforma do Estado, na medida em que, com o congelamento das despesas primárias e a retomada do crescimento econômico, os gastos com as políticas públicas terão sua participação reduzida em relação ao Produto Interno Bruto (PIB). “Alguns pesquisadores estimaram que esta queda será de até oito pontos percentuais, de



Nota Técnica -  
2016 - setembro  
- Número 28  
- Disoc. Os  
impactos do  
Novo Regime  
Fiscal para o  
financiamento  
do Sistema Único  
de Saúde e para  
a efetivação  
do direito à  
saúde no Brasil.  
Autores: Fabíola  
Sulpino Vieira e  
Rodrigo Pucci de  
Sá e Benevides.  
Disponível em  
[goo.gl/87qWef](http://goo.gl/87qWef)



20% do PIB em 2016 para 12% até 2036. Assim, o teto de gasto provocará uma redução do papel do Estado no financiamento e/ou provisão de bens e serviços públicos para a população”.

Segundo observou, medidas para ampliar a participação privada na saúde já foram apresentadas ou permanecem sendo implantadas, como, por exemplo, a proposta de criação de planos de saúde acessíveis e a manutenção das renúncias fiscais na saúde em patamares bastante elevados, além da proposta de desvinculação total da aplicação dos recursos federais em políticas, programas e serviços de saúde por meio do SUS Legal, o que contribuiria para reduzir drasticamente a pressão e a responsabilidade do governo federal quanto ao financiamento do SUS. “Os riscos são enormes para o sistema de saúde brasileiro e, por isso, temos de ter o compromisso firme de evitar retrocessos e batalhar para que avancemos em uma agenda de redução das desigualdades sociais, de financiamento e gestão adequados

e suficientes para garantia do direito à saúde no Brasil, em todos os aspectos, como acesso a bens e a serviços de saúde, mas também à saneamento básico, à moradia adequada, trabalho, renda, lazer etc.”, alertou.

José Roberto Afonso acredita que a crise desnuda o desarranjo estrutural de financiamento e de funcionamento do SUS. “Só não é pior porque cada vez mais prefeituras estão assumindo o custeio e as funções que caberiam às esferas superiores de governo”. Segundo ele, a grande restrição orçamentária não decorre da vontade de autoridades ou técnicos insensíveis às demandas sociais, mas do desmanche estrutural da organização do sistema, que não lhe parece ser sequer reconhecido, quanto mais alvo de propostas das autoridades e técnicos da saúde.

O presidente do Conass, secretário de Estado da Saúde de Goiás, Leonardo Moura Vilela, enfatizou que com a crise econômica a maioria das pessoas, principalmente as que ficaram desempregadas ou que tiveram sua renda reduzida, estão migrando da saúde suplementar para o SUS. “O que eu vejo é que, na medida em que o sistema melhora os seus serviços, mais pessoas deixam a saúde suplementar e migram para o SUS, que, por sua vez, vai necessitar de mais recursos, então essa é a tendência que eu vejo com a crise econômica e não o fortalecimento do sistema privado”.

Mesmo pensamento tem o presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Mauro Junqueira. “Dos 200 milhões de brasileiros, 150 milhões têm como seu único plano de saúde o SUS. O número de desempregados é altíssimo e, como a crise afeta a todos nós, ninguém está migrando para o mercado de planos de saúde”. Para Junqueira, é papel do Conasems trabalhar junto aos gestores e prefeitos pela melhoria dos gastos e dos melhoria nos pro-

Mauro Junqueira afirmou que o papel do Conasems trabalhar com os gestores e prefeitos, orientando pela melhoria dos gastos e pela melhoria nos processos de gestão





cessos de gestão. Ele também falou sobre a constante troca de gestores, uma vez que a crise e suas consequências, como a judicialização, por exemplo, inviabilizam a manutenção de um de saúde nos quatro anos de um governo.

### Mortalidade infantil – o que diz o Ministério da Saúde

O artigo *Morbimortalidade infantil associada a políticas alternativas de resposta à crise econômica no Brasil: um estudo de microsimulação em âmbito nacional*, fruto da pesquisa de prospecção coordenada pelo pesquisador Davide Rasella, projetou cenários em relação à mortalidade infantil nos 5.570 municípios brasileiros a partir de microsimulações para a evolução deste indicador segundo duas hipóteses: a aplicação das medidas de austeridade fiscal nos dois programas sociais (Bolsa Família e ESF), impedindo sua expansão para atender à maior fatia da população na pobreza; e a manutenção dos níveis de proteção social.

Vale ressaltar que, em todos os cenários de crise econômica, os resultados projetaram mortalidade em crianças menores de cinco anos consideravelmente maior sob a vigência da EC n. 95 em comparação com a manutenção dos níveis atuais de proteção social, com variação de aumento intensificando-se na medida em que se projeta uma redução mais tardia dos níveis de pobreza.

No cenário mais pessimista da prospecção apresentada no artigo, caso a taxa de pobreza só volte a baixar a partir de 2022, a manutenção da cobertura do Bolsa Família e do ESF levaria a mortalidade infantil, em 2030, a 9,53% abaixo da que seria apresentada com cortes nos dois programas, evitando a morte de cerca de 23,5 mil crianças.



Procurado, o Ministério da Saúde se pronunciou por meio de uma nota oficial na qual informa que o cenário da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) no país, com queda sustentada de 19,4% nos últimos 25 anos (1990 era 47,1 e, em 2015, foi de 13,3 óbitos por mil nascidos vivos), teve um repique em 2016, o que não caracteriza aumento significativo dessa taxa ou mudança da tendência de redução da mortalidade infantil.

Segundo a pasta, é importante destacar, entre outros fatores, que, em 2016, houve redução de 5,3% na taxa de nascimento no Brasil, parte pelo adiamento da gestação e parte pelo impacto da epidemia do vírus zika, o que afetou o cálculo da taxa.

Na nota, o Ministério da Saúde ressaltou ainda que possui diversas políticas voltadas à saúde na infância, como a Estratégia Saúde da Família, atualmente presente em 98,6% do território nacional, e a Rede Cegonha, voltada à qualificação da assistência de gestantes e bebês. Afirmou que mantém esforço contínuo para fortalecer e tornar ainda mais resolutiva a Atenção Básica, principal porta de acesso ao SUS, onde é possível resolver até 80% dos problemas de saúde.

.....  
Para Davide Rasella a pobreza é forte determinante social da saúde com grande influência sobre a morbidade e mortalidade da população



O presidente do Conass, Leonardo Vilela, observou que o Brasil está em um movimento contrário aos demais países em que há aumento de recursos destinados à saúde em relação ao PIB

### O que dizem os gestores

Sancionada em dezembro de 2016, a EC n. 95 institui o Novo Regime Fiscal e congelou os gastos públicos da União pelos próximos 20 anos.

Para o presidente do Conass, a emenda reduz claramente a quantidade de recursos públicos disponíveis para a saúde e já reflete dificuldades em algumas unidades da federação. “Muitos estados estão encontrando problemas para financiar os seus serviços de saúde. Portanto é uma situação preocupante e não é só de imediato, mas ao longo do tempo essa situação irá se agravar”.

Leonardo Vilela observou que o Brasil está em um movimento contrário aos demais países, uma vez que a perspectiva é

de haver redução significativa nos recursos para saúde pública em termos percentuais do Produto Interno Bruto. “Em todos os países do mundo, há aumento de recursos destinados à saúde em relação ao PIB. A persistir essa situação, estaremos em uma condição contrária: o Brasil reduzirá esses recursos aplicados em saúde.”

Questionado sobre as implicações da EC n. 95 nos municípios, o presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Mauro Junqueira, também enfatizou a diminuição do percentual do PIB com gastos em ações e serviços públicos de saúde. “Estamos falando de uma diminuição de 1,5% para 1% do PIB, o que significa aproximadamente R\$32 bilhões a menos, justamente em um momento em que a população e o desemprego aumentam e muitos brasileiros deixam seus planos privados e migram para o SUS, além do envelhecimento da população que hoje, acima de 60 anos de idade, representa 11% da população e que passará em 20 anos para 22%, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE)”, alertou.

Por meio da nota, o Ministério da Saúde afirmou que a EC n. 95 não congelou os recursos para a saúde, mas estabeleceu que as aplicações mínimas em ações e serviços públicos em saúde para a União, a partir de 2017, seriam de 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) e, a partir de então, o piso seria corrigido pela inflação.

O Ministério da Saúde destacou também que a regra anterior previa o percentual de 15% da RCL a ser alcançado apenas em 2020 e que, com essa antecipação, a saúde ganhou R\$ 10 bilhões a mais no ano passado. Além disso, ainda de acordo com a nota, a nova norma protege a saúde de ter seu piso de gastos reduzido em momentos de contração da economia e de queda de receita.

Opinião contrária à dos gestores estaduais e municipais de saúde que pedem pela revogação da emenda, como observou o presidente do Conass. “A EC n. 95 precisa ser revogada, caso contrário ela irá acabar com o SUS, pois os recursos de hoje já são insuficientes e, com ela, a situação piorou ainda mais. É inadmissível que essa situação perdure por 20 anos tendo em vista a inflação da saúde, o envelhecimento da população, a incorporação de novas tecnologias, o aumento da abrangência do SUS, entre outros fatores que exigem mais recursos. Isso nos leva a crer que o Sistema Único de Saúde está próximo de um colapso, com estados e municípios cada vez mais asfixiados”, disse Leonardo Vilela.

Mauro Junqueira foi incisivo ao afirmar que os estados brasileiros nos últimos 10 anos respondem pelo mesmo valor (26% de média) em aplicação em saúde e ressaltou que o ente municipal já não consegue investir mais. “Se não conseguirmos revogar a EC n. 95 – fazendo com que Brasil volte a investir um pouco mais em saúde, garantindo também a permanência dos gestores por mais tempo, a continuidade dos serviços, a melhor utilização dos recursos e a capacitação das equipes de saúde – com certeza teremos um cenário pior na saúde pública brasileira. O SUS é forte e tenho certeza que vamos encontrar uma forma de melhorá-lo e continuar lutando por esse que é o maior sistema de inclusão social do país”, concluiu.

### Organização das Nações Unidas alerta (Com informações do Estado de S. Paulo)

As medidas de austeridade do governo brasileiro chamaram a atenção da Organização das Nações Unidas (ONU), que, no início de agosto, criticou as medidas adotadas para conter a crise econômica no país.

Segundo sete relatores da organização, é necessário reconsiderar as políticas econômicas implantadas de forma que questões de direitos humanos sejam colocadas no centro da estratégia do governo. O alerta foi feito à imprensa internacional por meio de um comunicado, no último dia 3 de agosto, no qual a ONU encaminhou uma carta ao governo brasileiro pedindo esclarecimentos.

No documento, especialistas chamam a atenção para a queda das taxas de mortalidade infantil no Brasil pela primeira vez em 26 anos. A carta diz ainda que algumas das medidas adotadas impactam diretamente em vários direitos básicos, como habitação, alimentação, água e esgotamento sanitário, educação, seguridade social e saúde.

O documento foi assinado pelos relatores Juan Pablo Bohoslavsky, especialista em dívida externa e direitos humanos; Léo Heller, relator especial sobre os direitos humanos à água e ao esgoto sanitário; Ivana Radacic, presidente do grupo de trabalho sobre a questão da discriminação contra a mulher na lei e na prática; Hilal Elver, relatora especial para o direito humano à alimentação; a canadense Leilani Farha, especialista em direito à habitação adequada; Dainius Puras, responsável por saúde; e Koumbou Boly Barry, relatora para direito à educação. ■



Confira a matéria publicada pelo jornal *O Estado de S. Paulo*, no dia 3 de agosto  
<https://goo.gl/yCf3P>



# PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES – REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS

ADRIANE CRUZ

## Medidas de combate ao sarampo e à ameaça de retorno da poliomielite são tema de audiência pública na PGR

O Ministério Público Federal (MPF) realizou, no dia 17 de setembro, audiência pública, a fim de apurar informações e debater questões relacionadas à cobertura vacinal no Brasil e com o objetivo de esclarecer a situação de risco atual. O Programa Nacional de Imunização (PNI) completa 45 anos neste mês de setembro e enfrenta dois grandes e recentes desafios: o aumento no número de casos de sarampo e a ameaça da volta da paralisia infantil, a poliomielite, doença erradicada no país há mais de 20 anos. O encontro contou com a participação de representantes da sociedade civil e dos conselhos nacionais de Saúde (CNS), de Secretários de Saúde (Conass) e de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), além de representantes do Ministério da Saúde e de membros do MPF.

A procuradora-geral da República, Raquel Dodge, enfatizou a importância da audiência no que concerne à aproximação entre as instituições e à resolutividade dos debates que, segundo ela, propiciam diagnóstico mais preciso a respeito da temática. Dodge fez uma reflexão sobre a criação do SUS, lembrando

que a prevenção é uma das diretrizes fundamentais do direito à saúde estabelecido pela Constituição de 1988. “Poucos países do mundo têm um sistema tão bom, tão importante e com vocação para universalidade como o Brasil. Esse é um patrimônio brasileiro que precisa ser reverenciado e fortalecido”, disse, afirmando que a importância do SUS deve ser reforçada para a população, principalmente quando se observa umas das suas principais ações do SUS enfraquecida. “A vacinação talvez esteja sendo pouco valorizada pela população e com o risco de comprometer a vida e a saúde, sobretudo dos mais jovens”. Ela também destacou o risco de retrocesso institucional no Brasil. “A cada movimento cívico e político há sempre a possibilidade de que outra ideia prevaleça e substitua uma que vicejou em determinado momento. Pode ser o caso do SUS”, alertou.

A coordenadora da 1ª Câmara de Direitos Sociais e Fiscalização de Atos Administrativos em Geral da PGR, Elizeta Ramos, disse que “a vacina é uma promotora de igualdade, pois toda criança, rica ou pobre, pode ser vaci-



Assista a fala da procuradora-geral da República, Raquel Dodge, em defesa do SUS (dos 22 aos 44 minutos) [goo.gl/te85Nn](https://goo.gl/te85Nn)





Representantes dos conselhos nacionais de Saúde (CNS), de Secretários de Saúde (Conass) e de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), representantes do Ministério da Saúde e de membros do MPF participam da audiência pública

nada”, e destacou que a imunização é o único meio para cortar a cadeia de transmissão de diversas doenças. Ela ressaltou a competência do PNI, completando que uma das principais virtudes do programa é sua efetiva contribuição para redução das desigualdades regionais e sociais. “O que foi alcançado pelo Brasil em imunizações está muito além do que qualquer outro país de dimensões continentais e tão grande diversidade socioeconômica tenha conseguido”, salientou. Para Elizata, em relação aos problemas na implementação e na execução das ações do programa, a maior preocupação é com a baixa cobertura vacinal e a possibilidade do retorno de doenças já eliminadas pelas fronteiras na região do Mercosul e de outros países da América.

Deborah Duprat, procuradora federal dos direitos dos cidadãos, fez um balanço do PNI e das possíveis causas para a queda da imunização no Brasil. Ela ressaltou que o fato de o programa ser federal não impede que se busquem parcerias para aumentar sua capilaridade. “Temos desafios enormes, como o sarampo e os fluxos migratórios e, por isso, a necessidade de esforço mundial das nações para erradicação das doenças”, defendeu. Duprat disse que reagiu com perplexidade aos índices de

vacinação contra a poliomielite no primeiro semestre de 2018. “Tínhamos naturalizado a ideia de que a poliomielite estava erradicada no Brasil. Em face disso, realizamos ações em conjunto com o Poder Executivo e o Legislativo no sentido de estabelecer a responsabilização mútua, baseada na noção de que a criança é responsabilidade não apenas da família, mas também da sociedade e do Estado”.

A insuficiência dos Recursos Humanos para atender a demanda de todo o SUS, em especial para vacinação, foi ressaltada pela coordenadora geral do PNI, Carla Domingues. “Temos de repensar o processo de trabalho para que o gestor não seja punido ao contratar além do que é possível”. Domingues também disse que é preciso dar dinamismo ao calendário brasileiro de imunizações de maneira que tanto o profissional de saúde quanto os usuários do SUS o compreendam, lembrando que, de 0 a 15 meses, as crianças têm de ser vacinadas nove vezes.

Já a presidente da Sociedade Brasileira de Imunização, Isabella Ballalai, lembrou que o Brasil se destaca, entre diversos países, tanto na oferta de grande quantidade de vacinas quanto no investimento para a produção, destacando que depender do mercado inter-

nacional seria um risco para a cobertura vacinal e para o PNI.

O presidente do Conass, Leonardo Vilela, apresentou o compilado resultante de um questionário respondido pelas coordenações de imunização das secretarias estaduais de saúde, que orientou uma oficina de trabalho do Conass, a fim de compreender a queda na imunização no Brasil e qualificar as ações dos estados para este neste enfrentamento. “Essa questão é uma das agendas mais urgentes e importantes para os secretários estaduais de saúde e se reflete diretamente nos problemas que enfrentamos no cotidiano da gestão”, disse. Vilela enfatizou que o PNI envolve atribuições e deveres das três esferas de governo do SUS e concluiu dizendo da importância do MPF e sua atuação fiscalizatória na ajuda no cumprimento das metas de proteção à população.

O subfinanciamento do SUS foi destacado na fala do presidente do Conasems, Mauro Junqueira, que criticou a decisão dos deputados e senadores ao definiram os salários para os Agentes Comunitários de Saúde e de Endemias retirando 50% do recurso da Vigilância Sanitária dos municípios para essa despesa. “Cria-se o salário, mas quem contrata e paga é o município. Isso precisa ser lembrado porque não há dinheiro novo e, sendo assim, perdemos recursos”. Junqueira esclareceu que, do total de arrecadação tributária, os municípios ficam com 19% enquanto a União fica com 60% e destacou que em 2017 os municípios colocaram R\$ 31 bilhões além do mínimo constitucional. O presidente do Conasems também falou da relevância da audiência pública, enfatizando que a discussão e apresentação dos cenários são importantes para a atuação conjunta.

Os participantes da audiência puderam tirar dúvidas e discutir as dificuldades e os desafios do PNI tendo em vista a extensão territorial e diversidade do Brasil. “A troca de

informações foi muito produtiva”, pontuou Elizeta ao final da audiência. Segundo ela, o aprimoramento do programa passa por uma articulação entre os poderes e entes federativos, que devem atuar de forma colaborativa de acordo com o planejamento para o PNI. “E o Ministério Público Federal está à disposição para colaborar da forma como for possível”, concluiu. A audiência pública foi parte do calendário do projeto MPF Cidadão 30 anos.

### Estados constroem plano de ação para enfrentamento da queda das coberturas vacinais

O Conass promoveu, no dia 19 de julho, reunião com os coordenadores do Programa Nacional de Imunização (PNI) dos estados e com o Ministério da Saúde, a fim de elaborar um Plano de Ação para enfrentamento da redução das coberturas vacinais.

O evento vai ao encontro da preocupação dos secretários estaduais de saúde com a grave situação de queda das coberturas vacinais em todo o país e o recrudescimento de doenças até então controladas ou já erradicadas, como o sarampo, conforme afirmou o secretário executivo do Conass, Jurandi Frutuoso. “Os gestores estaduais, preocupados com o atual momento da cobertura vacinal no Brasil e o retorno de algumas doenças imunopreveníveis, solicitaram que fosse feita essa reunião com todos os coordenadores da imunização para conseguirmos diagnosticar quais as principais causas que estão levando o país a romper com sua tradição de ter sempre coberturas vacinais acima de 95%, e com essas informações elaborar um plano de ação que possa ser posto em prática rapidamente e que dê uma resposta efetiva em curto espaço de tempo.”

Sobre as causas que estão levando a essa situação e que foram discutidas ao longo do encontro, o secretário executivo destacou uma delas: o impacto da crise econômica nos indicadores de saúde, uma vez que o agrava-



Na opinião do secretário executivo do Conass, Jurandi Frutuoso, o impacto da crise econômica nos indicadores de saúde é uma das causas da redução da cobertura vacinal no país

mento do quadro social brasileiro repercute diretamente no sistema de saúde. “Era previsto que isso fosse acontecer, tendo em vista que, com o aumento no número de famílias de baixa renda, aumentam também a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a piora das condições sanitárias, a incapacidade de deslocamentos etc.”.

Frutuoso observou que o objetivo do Conass com a reunião é elaborar dois planos de ação: um a curto prazo para dar respostas efetivas em curto período de tempo e um plano estruturante com ações a médio e longo prazo.

A coordenadora do Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde, Carla Domingues, alertou que, além dos gestores e profissionais de saúde, a população brasileira precisa se convencer da gravidade do momento e entender o que ganhamos com o PNI e o que estamos prestes a perder caso a situação não se reverta. “Precisamos aproveitar esse momento em que o problema está sendo exposto para, então, entendermos a sua complexidade”, disse.

Para ela, o debate com os coordenadores estaduais permite que o Ministério da Saúde

avalie se possui a mesma visão que os estados têm a respeito da situação.

Domingues ressaltou ainda que a mobilização do Conass em torno do tema é fundamental para entender o fenômeno que acontece em nível nacional e não apenas em determinados estados. “É com satisfação que vemos essa iniciativa e, mais importante do que entender o que está acontecendo, é buscarmos soluções para esse problema. Nosso objetivo é fazermos um plano de trabalho conjunto e construirmos uma agenda positiva para fortalecer o PNI e proteger a nossa população evitando o recrudescimento de doenças imunopreveníveis que já foram erradicadas”.

Como encaminhamentos da reunião, posteriormente a esse encontro, o Conass promoverá uma reunião conjunta entre as Câmaras Técnicas de APS e Vigilâncias para discutir as estratégias em um plano de ação definindo o apoio que os estados darão aos municípios, além de monitorar as ações que já estarão sendo feitas. “Com isso nós pretendemos fazer que as ações aconteçam na rotina evitando assim, que situações como essa voltem a se repetir”. ■



A coordenadora do Programa Nacional de Imunização (PNI) do Ministério da Saúde falou sobre a importante iniciativa do Conass em promover o debate com os estados e o MS com o objetivo de traçar ações de enfrentamento ao problema da baixa cobertura vacinal em todo o país. Confira no vídeo em [goo.gl/MGzBLb](http://goo.gl/MGzBLb)



# BOAS PRÁTICAS NA GESTÃO DE PARCERIA COM O TERCEIRO SETOR NA SAÚDE

ADRIANE CRUZ

Diálogo interinstitucional, experiências e resultados marcaram seminário que reuniu órgãos de controle, gestores da saúde e o terceiro setor

Secretários de saúde, representantes dos tribunais de contas e do Ministério Público e dirigentes de Organizações Sociais (OSs) participaram, nos dias 22 e 23 de agosto, em Brasília, do seminário “Boas práticas na gestão de parceria com o terceiro setor na saúde”. Realizado na sede do Tribunal de Contas da União (TCU), o evento teve com o objetivo apresentar e debater os resultados e desafios e buscar o aperfeiçoamento das relações entre o poder público e o terceiro setor na área da saúde. O encontro foi uma iniciativa conjunta do TCU, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (Ibross).

O presidente do Conass, secretário de Saúde de Goiás, Leonardo Vilela, destacou que o seminário foi um marco importante, realizado dentro de um órgão de controle e em parceria com o TCU, com participação de profissionais de tribunais, do Ministério Público, de procuradorias de estado, de organizações sociais, de secretarias estaduais e municipais de saúde, o que, segundo ele, é fundamental para consolidar o modelo que se configura como alternativa para maior eficácia e melhor aplicação de recursos públicos. “A eficiência é fundamental, principalmente no momento de crise econômica e escassez de

recursos, para manter um alto nível no atendimento à população”. E disse que o seminário é uma oportunidade de dirimir dúvidas, uniformizar regras e critérios no intuito de dar mais segurança jurídica para os gestores, para os dirigentes das OS. “Eu não concebo o SUS sem a parceria com o terceiro setor, que tem se consolidado como forte e organizado, atuando dentro das regras legais, o que imprescindível para fortalecer o Sistema Único de Saúde”, defendeu.

Marcelo Rocha, secretário de Controle Externo da Saúde do TCU, destacou que há muitos anos o tribunal tem-se dedicado ao tema das organizações sociais e que o evento visa produzir informações importantes para gestores, OSs e órgãos de controle. “Esperamos que os contratos de gestão e as relações com o terceiro setor sejam cada vez mais eficientes”, disse.

Já o secretário geral de Controle Externo do TCU, Claudio Castelo Branco, falou sobre o momento de crise pelo qual passa o Brasil, ressaltando a importância do diálogo interinstitucional. “Vemos uma parceria fundamental do TCU com os gestores e com o terceiro setor. É imprescindível nos unirmos em prol de uma saúde melhor para todos”. Nesse sentido, afirma Castelo Branco, o TCU tem





Mesa de Abertura (da esquerda para a direita): Claudio Castelo Branco (TCU), Renilson Rehem (Ibross), Augusto Nardes (TCU), Raimundo Carreiro (TCU), Adeilson Cavalcante (MS), Leonardo Vilela (Conass), Charles Cezar Tocantins (Conasems), e Marcelo Rocha (TCU)

trabalhado por melhor governança e gestão, buscando práticas, estratégias e lideranças, a fim de alcançar bons resultados no controle, avaliação e monitoramento tanto das atividades da saúde, quanto das demais gestões. “Fala-se que primeiro mandamento do gestor é ‘não faça’. Do nosso lado, os verbos do controle são prevenir, detectar, corrigir e orientar e sabemos que a prevenção e a orientação são fundamentais, principalmente nesse momento de restrição orçamentária”, avaliou. O secretário concluiu que a discussão e a identificação de boas práticas são fundamentais para promover a ética, a integridade e os bons resultados na área de saúde.

As dificuldades enfrentadas pelos gestores municipais e estaduais no que concerne à Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) foram abordadas pelo vice-presidente do Conasems, Charles Cezar Tocantins. Ele argumenta que, enquanto os recursos para as despesas vêm caindo, os valores com pessoal aumentam. “Temos de conciliar a queda de receita com

o limite de pagamento de pessoal e isso tem dificultado a prestação de serviços à população”. Segundo o presidente do Cosems Pará, o Conasems acredita na atuação do terceiro setor como oportunidade de aperfeiçoamento da gestão, mas pondera que os municípios encontram muitas dificuldades para firmar e fiscalizar parcerias com OSs. “Esperamos que esse diálogo com o Ministério da Saúde e com órgãos de controle nos auxilie na superação das dificuldades e no aperfeiçoamento da contratação, fiscalização e regulação dessas parcerias. E que o seminário aponte caminhos e resulte em propostas para qualificar esse processo”, concluiu.

O presidente do Ibross, Renilson Rehem, afirmou que o Ibross foi criado não apenas para defender o modelo de gestão por OSs, mas para o bom uso das Organizações Sociais. “O seminário em parceria com o TCU e o Conass é um marco na história do modelo de Organizações Sociais, que completa 20 anos com resultados muito positivos na gestão de



.....  
**Mesa-redonda:**  
 "Requisitos para decisão de celebrar parceria com entidade do terceiro setor para gerir unidade pública de saúde", com participação dos secretários de saúde do Distrito Federal, Humberto Fonseca, e do Espírito Santo, Ricardo Oliveira

serviços públicos de saúde. Queremos mostrar os cases de sucesso, debater os desafios do modelo e, com isso, contribuir para tornar o SUS cada vez mais forte", afirma Renilson Rehem, presidente do Ibross.

"Essa parceria com os gestores e com os órgãos de controle reflete nossa finalidade que é aperfeiçoar o modelo e garantir seu uso adequado, considerando as inúmeras dificuldades do gestor público em contratar e celebrar uma parceria. Na verdade, muitas vezes o gestor nem entende o que é essa parceria". Rehem alertou que o modelo de OS, apesar de ser uma solução importante, não é uma panaceia ou algo que possa ser simplesmente implantado, mas um processo que exige planejamento e compreensão para alcançar bons resultados. O Ibross atualmente conta com 21 associados, atuando em dez estados e, segundo o presidente, o instituto prioriza a melhoria da qualidade e o fortalecimento do apoio ao sistema de saúde brasileiro e não o aumento do número de associados. A regulamentação da atuação das Organizações Sociais se dá pela Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998, para qual há um Projeto de Lei aprovado no Senado (n. 427/2017) e tramitando Câmara dos Deputados (n. 10.720/2018), a fim de aperfeiçoar a lei, principalmente no que diz respeito ao encerramento do contrato. Em 2015, mesmo

ano de criação do Ibross, o Supremo Tribunal Federal (STF), manifestou-se a respeito das OS. "Essa decisão trouxe grande contribuição e esclarecimentos necessários. Por outro lado, conforme explica Rehem, há dificuldade no acompanhamento da execução dos contratos e em sua gestão, além da tendência de tornar o modelo similar ao da Administração Pública Direta, o que, segundo ele, prejudica o uso correto do modelo, que tem apresentado bons resultados. "Trabalhamos para aperfeiçoar o modelo e estamos firmando uma parceria com o Centro Brasileiro de Acreditação, a fim de contribuir com o gestor público na qualificação de uma entidade como OS para que ele celebre o contrato de gestão com mais qualidade e segurança", disse.

Leonardo Vilela afirmou que, se não fossem as parcerias com o terceiro setor, o SUS estaria em situação mais difícil e complicada do ponto de vista de assistência à população. "As OSs se configuram como uma experiência exitosa de mais de 20 anos que se espalha por todo o país nas esferas municipal, estadual e federal. Sem dúvida, o terceiro setor é opção importante e que deve ser considerada", defendeu. E acrescentou que os gestores se deparam com muitas dúvidas e ideias conflitantes acerca do modelo de gestão compartilhada com OSs, ressaltando ainda que os órgãos de controle muitas vezes apresentam posições díspares sobre o regramento desse modelo, assim como o Poder Judiciário e o Ministério Público também divergem em seus posicionamentos, que variam de estado para estado e de tribunal para tribunal. Segundo Vilela, isso dificulta o avanço e o aperfeiçoamento do modelo. Outra dificuldade apontada pelo presidente do Conass é o excessivo regramento sobre o modelo. "A exemplo do que aconteceu nos últimos 50, 60 anos do Brasil, quando foram criadas alternativas ao engessamento da Administração Pública Direta, como as estatais, autarquias e fun-

dações, que com o passar do tempo também foram sendo engessadas”. Outro entrave para as OSs diz respeito às regras para contratação e a seleção pública de pessoal que, segundo Vilela, se assemelham a um concurso público, tirando delas a vantagem da agilidade em seus processos e comprometendo a principal característica que as diferenciam da Administração Pública Direta.

A discussão a respeito das formas de controle e da transparência dos contratos de gestão foi fortemente defendida durante o seminário. “Recursos públicos estão sendo aplicados e, portanto, o gasto deve ser efetivo e qualificado, sem que seja impeditivo a uma boa gestão”, destacou o secretário de Saúde de Goiás, enfatizando estudos que demonstram ganhos de cerca de 20% de eficiência de gestão com o modelo de OS. Ele relembrou que o momento de crise econômica e escassez de recursos leva a uma demanda crescente no SUS, assim como o envelhecimento da população, aumento das doenças crônicas, a incorporação de novas e tecnologias e a judicialização que subverte o orçamento, encarece e diminui a eficiência da gestão em saúde, argumentando que nesse contexto a economia de eficiência é fundamental. “O TCU tem sido uma referência para a gestão do SUS, com posições sensatas e parcerias que visam esclarecer e orientar, fazendo que o modelo seja mais conhecido e compreendido. Por isso



é emblemática a realização desse seminário. Nós, gestores, não tememos os órgãos de controle, mas precisamos entender o que é eficaz e importante na utilização do recurso público e em benefício da população”, concluiu.

Adeilson Cavalcanti, secretário executivo do Ministério da Saúde, ressaltou que a realização do seminário demonstra o tamanho e a complexidade do SUS, que conta com mais de 43 mil Unidades Básicas de Saúde nos 5.570 municípios brasileiros. “Temos o maior sistema público de saúde do mundo e temos de lidar com a insatisfação da população e dos profissionais, além das inúmeras dificuldades encontradas pelos gestores e da preocupação dos órgãos de controle no que concerne à gestão”. Cavalcanti completou dizendo que o Ministério da Saúde acredita na consulta antecipada aos órgãos de controle, a fim de evitar erros e tornar o sistema público mais eficiente. “O fato de o SUS ser público é importante porque ele é universal, mas as relações institucionais com o terceiro setor, sendo legitimadas pelo Ministério da Saúde, estados e municípios em um ambiente tripartite se configura como um compromisso com a implantação de uma política de saúde

.....  
O secretário de Saúde do Ceará, Henrique Javi, participou da mesa-redonda: Contrato de Gestão – condições e metas



.....  
O secretário de Saúde de Pernambuco, José Iran Junior, participou da mesa-redonda: Contratação de pessoas pela entidade parceira

Leonardo Vilela participou da mesa-redonda: Transparência na parceria com entidade do terceiro setor



nacional, com a garantia Atenção Primária à Saúde e oferta da Média e Alta Complexidade, mas, principalmente, com a busca das boas práticas na gestão, responsabilidade comum aos gestores e órgãos de controle”, ratificou.

Raimundo Carreiro, ministro e presidente do TCU, destacou que o seminário resultará em propostas para a melhoria da saúde. “Esperamos que as propostas que aqui surgirem sejam consideradas pelos candidatos que estão se preparando para assumir o comando do país, considerando que o terceiro setor é uma força para realização do trabalho tão importante da saúde.

Os mecanismos de controle, o controle orçamentário financeiro e contábil e de qualidade dos serviços prestados e das metas quantitativas que estão previstas no contrato de gestão têm sido aprimorados ao longo dos anos, assim como a transparência e a divulgação dos dados, dos contratos de gestão, dos relatórios de controle de avaliação, o que, segundo o presidente do Conass, é fundamental para a credibilidade do modelo de OS e para garantir o controle por parte da sociedade e dos órgãos de controle. “A única ressalva que faço é para que as obrigações que os órgãos de controle imputam às organizações sociais sejam aquelas necessárias para aferir a boa apli-

cação do recurso público e não aquelas que vão provocar amarras como acontece hoje na administração direta. Isso pode inviabilizar o modelo que tem sido tão importante para a saúde pública do Brasil”, finalizou.

Além dos ministros, participaram do encontro autoridades como o corregedor-geral do Ministério Público Federal, Oswaldo José Barbosa Silva, o promotor de justiça do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios Jairo Bisol e o promotor de justiça do Ministério Público do Estado de São Paulo Reynaldo Mapelli Jr. ■

▶ **Assista à cobertura completa dos dois dias de evento**

22/8/2018 – Manhã

22/8/2018 – Tarde



<https://goo.gl/PGQVP8>

<https://goo.gl/eMHbDj>

23/8/2018 – Manhã

23/8/2018 – Tarde



<https://goo.gl/nP89ZJ>

<https://goo.gl/EFdXYe>



# #conassemovimento

## CONASS participa do 34º Congresso do Conasems

O Conass, representado por gestores estaduais e equipe técnica, participou dos três dias do 34º Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, realizado em Belém/PA, entre 25 e 27 de julho. As mesas debateram temas importantes para o SUS, como Atenção Primária à Saúde; Governança e Regionalização no SUS; Vigilância em Saúde; Responsabilidade e Financiamento na Gestão Descentralizada; além das atividades da Mostra Brasil, aqui tem SUS.

Na ocasião, o ex-presidente do Conass, Nelson Rodrigues dos Santos – o Nelsão, gravou um vídeo o canal do Conass no YouTube, falando sobre as perspectivas para o futuro do SUS. Acesse em: <https://youtu.be/ckv8C8xiH4E>



## Estratégias para controle da malária na Amazônia

A 13ª Reunião dos Apoiadores Municipais da Malária, promovido a cada seis meses pela Secretaria de Vigilância em Saúde com o objetivo de acompanhar as ações desenvolvidas pelos profissionais na região amazônica no controle da doença ocorreu nos dias 12 e 14 de setembro, em Brasília. A região apresentou aumento de 29% do número de casos de janeiro a junho de 2018, comparado com o mesmo período de 2017. O vice-presidente do Conass na Região Norte, secretário de Estado da Saúde do Pará, Vitor Manuel Jesus, ressaltou que é necessário enfrentar a malária considerando as diversidades da região, com estratégias adequadas nos diferentes locais em que ela está presente. “Um fator importante a considerar é a necessidade de termos entomologistas capacitados e disponíveis e regularidade na entrega dos fármacos para o tratamento da malária”, concluiu. Acesse a cobertura completa: <https://goo.gl/8XELht>



Acesse esta edição da Revista Consensus e as edições anteriores, além de conteúdos complementares: [www.conass.org.br/consensus](http://www.conass.org.br/consensus)



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



[youtube.com/conassoficial](https://youtube.com/conassoficial)  
(vídeos)



[facebook.com/conassoficial](https://facebook.com/conassoficial)  
(informações/notícias)



[flickr.com/conass](https://flickr.com/conass)  
(fotos)



[twitter.com/conassoficial](https://twitter.com/conassoficial)  
(informações/notícias)



[pt.slideshare.net/conass](https://pt.slideshare.net/conass)  
(apresentações)

# BANCO MUNDIAL APRESENTA RELATÓRIO SOBRE O SETOR SAÚDE NO BRASIL

ADRIANE CRUZ

## Gestores e especialistas debateram o estudo que pretende contribuir com medidas que tornem o SUS mais eficiente



O jornal *Folha de S. Paulo* e o Banco Mundial promoveram, no dia 21 de agosto, o debate *E agora, Brasil?*, a fim de discutir os principais desafios do sistema de saúde brasileiro. Além dos presidentes do Conass e do Conasems, Leonardo Vilela e Mauro Junqueira; e do secretário executivo adjunto do Ministério da Saúde, Jocelino Menezes, também participaram do encontro a pesquisadora da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) Mônica Viegas, e o representante da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) Renato Tasca. O debate foi conduzido pela jornalista Cláudia Collucci.

Segundo Edson Araujo, economista do Banco Mundial, nos últimos anos, a instituição vem discutido a gestão e o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e as projeções e propostas apresentadas visam contribuir para que o sistema alcance mais eficiência. “O momento é oportuno, tanto pelo período eleitoral – quando muitas propostas vêm à tona para discussão e debate –, quanto pelos 30 anos do SUS”, destacou. O economista disse ainda que o Banco Mundial frequentemente usa o sistema de saúde brasileiro como exemplo para outros países no que concerne à cobertura universal e a ações

como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Programa HIV-Aids e de Imunizações, referências internacionais de saúde.

Entre as medidas propostas pelo banco, estão a expansão de equipes da ESF e a organização dos serviços em Redes de Atenção à Saúde, a fim de prover municípios pequenos na média e alta complexidade. Araujo ressaltou que, em 30 anos, os indicadores de saúde avançaram exponencialmente e que é clara a contribuição do SUS na melhoria da saúde da população. Mas ponderou que o aumento da oferta de serviços é indício de que o sistema precisa ser repensado, principalmente no que diz respeito à sua eficiência e tendo em vista o cenário atual de crise econômica.

O relatório aponta que quase 70% dos municípios brasileiros têm até 20 mil habitantes e que, quanto menor o município, mais ineficiente é o serviço de saúde. Ainda segundo dados do Banco Mundial, na média de complexidade, municípios com menos de 5 mil habitantes têm desempenho quatro vezes pior do que aqueles com mais de 100 mil. Uma das razões, segundo Araujo, é o grande número de pequenos hospitais. “Cerca de 55% deles têm menos de 50 leitos e metade da eficiência de instituições maiores, com mais de 300 lei-



Cláudia Collucci,  
Jocelino de  
Menezes,  
Mônica Viegas,  
Edson Araujo,  
Leonardo  
Vilela, Renato  
Tasca e Mauro  
Junqueira

tos”, esclareceu. E completou dizendo que a municipalização não deu certo em termos de escala. “Poucos lugares no mundo têm tantos hospitais pequenos e no Brasil isso é um paradoxo: falta leito por habitante e há muitos hospitais pequenos”.

A questão da eficiência foi atrelada, em vários momentos do debate, aos Hospitais de Pequeno Porte (HPPs) que, segundo presidente do Conass, Leonardo Vilela, são ineficientes e caros. “Uma solução possível é implantar unidades de cuidados continuados e paliativos, considerando o envelhecimento da população e o aumento das doenças crônicas”, defendeu.

Para o presidente do Conasems, Mauro Junqueira, “alguns hospitais são fundamentais, porque estão no vazio assistencial, onde é preciso ter o mínimo de aporte de recursos médicos e de serviços para salvar vidas e estabilizar pacientes antes que sejam encaminhados aos centros de atenção da rede”, disse, reiterando que as longas distâncias

que existem em nosso país não podem ser ignoradas e que, por isso, é preciso fazer nova proposta em relação aos hospitais. “Essa proposta deve acontecer de cima para baixo, pois os prefeitos não vão querer ser taxados como aqueles que fecharam os hospitais”, esclareceu. Junqueira também reiterou a importância da regionalização, lembrando que 80% dos municípios brasileiros têm menos de 20 mil habitantes.

Leonardo Vilela destacou que há consenso de que o SUS é um projeto vitorioso e que em 30 anos apresentou ganhos expressivos à sociedade brasileira, mas que ainda há muito o que avançar. “As mudanças do SUS são lentas porque ele tem como particularidade a gestão tripartite e o controle social, além de ser regido por leis discutidas no Congresso Nacional e pelas diretrizes do Poder Executivo”, explicou.

Mauro Junqueira também falou a respeito do pacto federativo e da transferência de responsabilidades para os municípios, temas



.....  
Para Mônica Viegas, o SUS é a maior política social e a maior política de transferência de renda do Brasil

que foram destaque durante o debate. Segundo o presidente do Conasems, “o pacto federativo acarreta um descompasso entre o que se espera que eles executem e a capacidade real de entregar os serviços”.

### Financiamento, isenção fiscal e LRF

Em relação ao financiamento do SUS, Vilela disse que o problema não está apenas no baixo gasto público em saúde, mas na distorção causada pelo pacto federativo e na redução histórica e paulatina do financiamento por parte da União. “Quando o SUS foi criado pela Constituinte de 1988, a União financiava 72% das suas ações e hoje financia apenas 42%, levando os estados e principalmente os municípios à exaustão financeira”.

O presidente do Conass também destacou que, com a PEC n. 95/2016 não há perspectiva de aumento do gasto público, o que afeta diretamente a saúde. “Estudos mostram claramente que com a emenda teremos, entre 15 e 17 anos, redução ainda maior do percentual do PIB destinado à saúde pública no Brasil, ao contrário de outros países no mundo, inclusive com sistemas semelhantes ao do Brasil, cujo aumento gradativo do PIB é investido em saúde pública”, comparou.

Mauro Junqueira abordou a questão fiscal, lembrando dados apresentados pela *Folha de S. Paulo*, de que o governo federal concedeu 4 trilhões de isenção fiscal nos últimos 15 anos, o que, segundo ele, corresponde a 30 anos de orçamento do Ministério da Saúde. “A cada ano o governo federal concede dois orçamentos do Ministério da Saúde em isenção fiscal. O Banco Mundial citou aqui um exemplo de isenção do imposto de renda pessoa física, de 9 bilhões. Mas eu quero citar outro exemplo: na zona franca de Manaus, são R\$ 320 bilhões de isenção para fabricação de motocicleta, que é a primeira causa de cirurgias e a segunda causa de mortalidade do nosso país”, disse. Ele completou citando ações de saúde acarretadas pelos acidentes de motos, como o atendimento do Samu, das salas de urgências e emergências, dos centros cirúrgicos, além de exames como ressonância, tomografia, raio X, colocação de órtese e prótese e reabilitação. “Tudo isso sem considerar as vidas ceifadas de tantos jovens e a situação de trabalhadores que vão para a previdência social. Diante disso, temos de discutir: vamos continuar a dar isenção para a fabricação de motos?”, questionou.

Em relação à ESF, o presidente do Conasems aposta na prevenção e na promoção da saúde e no trabalho com grupos de hipertensos, diabéticos e gestantes a fim de sair da lógica de consultas que geram exames e pioram ainda mais os gargalos da média e alta complexidade.

Os participantes do evento, no geral, concordaram que deve haver ordenamento e responsabilidade da gestão, mas enfatizaram que a mão de obra na saúde é intensiva e tende a aumentar. “Hoje temos 65% da população coberta pela Estratégia Saúde da Família e para atingir o terço restante vamos precisar contratar profissionais”, disse Leonardo Vilela, ressaltando que, com a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), os entes federativos estão no limite da contratação de pessoal.



## Emendas Impositivas

Um dos temas debatidos pelos participantes foi o impacto das emendas parlamentares no planejamento do sistema de saúde. Segundo Mauro Junqueira, a partir do momento que passaram a ser impositivas e os parlamentares as aprovaram dentro do orçamento do Ministério da Saúde, foi retirada parte dos recursos – cerca de 6 bilhões de reais, diminuindo o orçamento da gestão e permitindo que os parlamentares escolham o que fazer com esses recursos em seus territórios eleitorais.

Ainda segundo o presidente do Conasems, as emendas parlamentares não respeitam a regionalização. “Colocar um mamógrafo em um município de 20 mil habitantes, onde não há demanda para isso, criar leitos hospitalares e hospitais sem o devido planejamento, tudo isso desorganiza o sistema. Fizemos uma discussão há uns dois anos oferecendo para os congressistas um cardápio de ações de interesse da população, aprovadas pelo Ministério da Saúde – que aprovou a ideia de transformar parte da emenda impositiva em custeio – considerando que fazer um hospital, criar um leito e colocar um equipamento é fácil, o problema é a manutenção e os custos disso”, alertou.

Para Leonardo Vilela, além de desorganizar o sistema, as emendas impositivas contribuem com a ineficiência. “Se uma unidade de saúde ou equipamento é implantado em uma região sem o devido planejamento e obedecendo apenas a critérios políticos do parlamentar e da sua base de apoio isso certamente irá prejudicar o sistema de saúde e toda assistência dada à população”.

Jocelino Menezes argumentou que Poder Legislativo tem de legislar e o Poder Executivo tem de fazer gestão e que não é possível fazer gestão por meio de emendas. “Pior ainda se forem impositivas”, destacou, dizendo que a revisão do SUS é um chamamento para a cons-

ciência da classe política brasileira e do Congresso Nacional, a fim de fortalecer Estado e a própria Nação. “Acho que esse é o momento em que se exige uma reflexão como a que esse debate está promovendo”.

## Considerações finais

Para Leonardo Vilela, o relatório do Banco Mundial aponta a necessidade de integração do setor público com o privado. “Cumprindo seu papel institucional de ser complementar, o setor privado pode aumentar a eficiência, mas é claro que deve prevalecer o interesse do setor público”.

Mônica Viegas insistiu que não se pode perder de vista que o SUS é a maior política social do Brasil, além de ser a maior política de transferência de renda. “A discussão da eficiência da gestão é fundamental e temos sim de aprimorar e resolver as falhas, muitas delas que vêm da nossa estrutura federativa”, argumentou. Ainda segundo a pesquisadora, o Brasil tem condições de avançar, mas o conflito distributivo no orçamento da seguridade social é grande entrave para o crescimento do SUS. E questiona: “que reformas queremos fazer e o que queremos manter? Eu não tenho dúvida de que o SUS tem que ser mantido”, defendeu.

Renato Tasca defende que não há rede de atenção que funcione sem uma Atenção Primária fortalecida





.....  
Apresentação  
prévia do  
Banco Mundial  
ao Conass,  
Ministério da  
Saúde e Opas

O representante da Opas, Renato Tasca, falou que é legítima a necessidade de mudança colocada no debate, mas que a necessidade de fortalecimento do SUS e de suas estratégias é opinião comum a todos. “O SUS tem todas as qualidades. Seus impactos e indicadores foram estudados, assim como seus custos e eficiência. Então, o caminho certo já está escrito com fortes evidências do que funciona ou não. Uma delas é que não há rede de atenção que funcione sem uma Atenção Primária forte”, argumentou. E finalizou reiterando a força e o papel social do SUS em um país tão desigual como o Brasil.

Mauro Junqueira aproveitou o desfecho do seminário para abordar a questão da judicialização. “Sou gestor há 25 anos e posso afirmar o quanto ela desorganiza nosso sistema. É a famosa fura fila”, disse. Ele afirmou que a gestão precisa ser melhorada por todos os entes e que é preciso ter coragem para mudar o sistema, mantendo seus princípios basilares. “Assim como foi com a Política Nacional de Atenção Básica, amplamente discutida antes de ser aprovada e que certamente vai melhorar a resposta na Atenção Básica”, exemplificou. E finalizou dizendo que sonha um dia

continuar ver a mídia mostrando, além das mazelas, todas as ações positivas do sistema. “O SUS faz muita coisa com pouco dinheiro nesse país”, finalizou.

### Apoio técnico

Em reunião na sede do Conass dias antes do evento na Folha de S. Paulo, Edson Araujo, apresentou previamente o relatório, a fim de contar com a contribuição da equipe técnica do Conass e de gestores e de representantes do Ministério da Saúde e da Opas.

O consultor do Conass Eugênio Vilaça destacou que a eficiência é o grande débito do SUS com a sociedade e disse que a Média Complexidade Ambulatorial representa o principal entrave para a eficiência do SUS. “Oitenta por cento da ineficiência se deve ao uso do modelo errado para o enfrentamento de condições crônicas. E isso não ocorre apenas no Brasil”. Nesse sentido, o consultor sugeriu que o estudo do Banco Mundial abordasse mais profundamente as questões relacionadas ao modelo de gestão.

Em relação às Redes de Atenção à Saúde, Vilaça destacou que seu conceito e funcionamento ainda não estão compreendidos e as redes não podem ser feitas com estruturas hierárquicas. “Só é possível obter resultados quando maximizo a colaboração entre todos os prestadores. Por isso a rede tem de ser intraorganizacional”, explicou.

Segundo o coordenador técnico do Conass, René Santos, a ineficiência está atrelada à excessiva normatização e à estrutura do sistema de saúde e na forma como ele se organiza. Para Santos, é imprescindível a mudança no processo de gestão e na legislação, visando mais agilidade na execução da administração pública. ■

# CONASS TRABALHA PELO FORTALECIMENTO DAS ESCOLAS ESTADUAIS DE SAÚDE PÚBLICA

TATIANA ROSA

No dia 23 de agosto, representantes de Escolas Estaduais de Saúde Pública e da Câmara Técnica do Conass de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CTGTES) se reuniram para dar prosseguimento ao projeto de elaboração de propostas e ações para o fortalecimento dessas escolas em todo o país. “Nosso objetivo é desenvolver um plano de ação com base nas deficiências e nas necessidades de intervenção identificadas por meio do diagnóstico realizado por esse grupo”, destacou o assessor técnico do Conass, Haroldo Pontes.

Segundo a superintendente de Educação em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, Rafaela Veronese, muitos problemas são comuns às escolas, assim como as soluções que podem ser compartilhadas. “A compilação das propostas com certeza trará benefícios e o alinhamento das ações de educação em saúde nos estados”, disse, ressaltando que será possível trabalhar de forma homogênea e com mais reconhecimento dentro das secretarias estaduais de saúde. “Apesar de não lidarmos diretamente com o usuário, muitas ações que executamos impactam na assistência”, frisou.

Para João André Tavares, da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, a expectativa do grupo é organizar uma proposta que atenda tanto aos problemas comuns, porém determinados por realidades diferentes. “As causas dos problemas nem sempre são as mesmas e, apesar de a solução ser compartilhada, ela terá de ser adaptada às distintas realidades”. E ressaltou o desejo de que seja resgatado o papel protagonista das escolas na formação dos profissionais de saúde.



Técnicos das SES em oficina de trabalho na sede do Conass, em Brasília

Monica Padilla representante da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS), reforçou que a Organização tem trabalhado em parceria com o Conass e com o Departamento de Gestão da Educação na Saúde Ministério da Saúde (Deges/MS) na perspectiva de reforçar a capacidade descentralizada dos estados e pelo fortalecimento das escolas de saúde pública como um eixo estratégico. “O trabalho do Conass pode aportar a capacidade das escolas em responder às necessidades da população”, observou. E ressaltou a possibilidade de intercâmbio de experiências internacionais com escolas de outros países, como, por exemplo, com a Escola de Saúde Pública de Andaluzia, na Espanha.

A diretora substituta do Deges, Lilian Leite de Resende, afirmou que o Ministério da Saúde retomou, no ano passado, a discussão sobre a Política de Educação Permanente em Saúde, pois também considera importante o fortalecimento das escolas de saúde pública. “O Ministério almeja que as escolas possam fortalecer e ser protagonistas da educação permanente em seus estados”, concluiu. ■

# OFICINA TRIPARTITE SOBRE MORTALIDADE MATERNA E NA INFÂNCIA

ADRIANE CRUZ

## Gestores e especialistas apostam no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde para redução 47% da Taxa de Mortalidade na Infância e 5% da Taxa de Mortalidade Materna até 2030

Aproximadamente 180 pessoas, entre gestores, especialistas e técnicos do Ministério da Saúde, do Conass e do Conasems, participaram, nos dias 28 e 29 de agosto, da Oficina Tripartite sobre Mortalidade Materna e na Infância, no auditório do Instituto Serzedello Corrêa, do Tribunal de Contas da União (TCU).

O encontro foi solicitado pelos gestores durante a da 5ª reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em maio deste ano, considerando que o Brasil pactuou uma redução, até 2030, de 47% da Taxa de Mortalidade na Infância e 5% da Taxa de Mortalidade Materna. Em relação à Taxa de Mortalidade na Infância, busca-se a redução observada no período de 2000 a 2015 – segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), o Brasil registrou um aumento de 4,8% no número de casos entre 2015 e 2016. Já em relação à Taxa de Mortalidade Materna, o objetivo é alcançar o número de 30 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos.

O objetivo da oficina foi analisar os dados relacionados ao aumento da taxa de mortalidade infantil e materna, evidenciados nos sistemas de informações oficiais em 2016, comparado ao ano anterior, com vistas a propor à CIT medidas que assegurem o alcance das metas de redução nacional, pactuadas pelo Brasil nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), com ênfase na reorganização da Rede Materna e Infantil.

O presidente do Conass, Leonardo Vilela, citou a região do Porto, em Portugal, que há pouco mais de 10 anos tinha alta taxa de mortalidade infantil e hoje tem uma das menores do mundo, entre as menores da Europa, com cerca de 4 óbitos por 1.000 nascidos vivos. “Tiveram coragem de manter apenas maternidades que realizam acima de 200 partos por mês, enfrentaram governantes, mídia e população conseguiram reduzir as mortes”, elucidou.

Segundo Vilela, a crise econômica e a política de austeridade fiscal podem ter impac-



Presidente do Conass, Leonardo Vilela (à direita); presidente do Conasems, Mauro Junqueira (à esquerda) e o secretário executivo do Ministério da Saúde, Adeilson Cavalcante (ao centro)

tado nos indicadores da mortalidade materna e infantil, mas classificou como inadmissível a morte de mães e de crianças por políticas de saúde ineficientes. “Precisamos de ações que contribuam de fato com a redução destas mortes. Na minha opinião, como pediatra e gestor, temos de tomar medidas sérias, pactuada de maneira tripartite, além de levá-las aos prefeitos, governadores, à mídia e à sociedade”, destacou.

Mauro Junqueira, presidente do Conasems, falou do baixo investimento do governo federal na saúde, que, segundo ele, nunca foi priorizada nos 30 anos do SUS, alertando também sobre a dificuldade de contratação de profissionais. “Na saúde a norma muitas vezes é mais importante que a ação. Falamos muito do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, mas, se não mudarmos a lei e flexibilizarmos a contratação, não vamos avançar”, apontou.

Junqueira reivindicou uma melhor atuação do Datasus, lembrando que o Ministério da Saúde tem 250 sistemas de informação, e

defendeu que o e-SUS AB seja potencializado, assim como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). “Temos regiões desse país que copiam e colam dados há dois anos. Cadê o PMAQ? Há tempos o Conasems está cobrando que o ministério publique esse programa importante da atenção básica, cujos dados muitas vezes não são publicizados aos gestores”, disse. E alertou sobre o desabastecimento de anticoncepcional e DIU e sobre os mais de 1.500 postos do Programa Mais Médicos sem reposição.

A necessidade de avaliar os dados e aprofundar o debate foi destacada, segundo o diretor do Departamento de Articulação Interfederativa (DAI), da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, Márcio Garcia, que reiterou o esforço do ministério para integrar as secretarias Executiva (SE), de Vigilância à Saúde (SVS) e de Atenção à Saúde (SAS), além do Conass e do Conasems. “Esta temática se faz presente ano a ano, mas o sinal de alerta

Gestores, especialistas e técnicos do Ministério da Saúde, do Conass e do Conasems, participaram dos dois dias de oficina



Veja a programação completa  
[goo.gl/zoVHTf](http://goo.gl/zoVHTf)



recente tornou urgente esse encontro, cuja programação foi feita com muita responsabilidade técnica. Selecionamos a dedo cada apresentação e cada colaborador”, explicou, dizendo que algumas práticas terão de ser revisitadas, fortalecidas e repactuadas. Garcia também disse que é inevitável discutir os sistemas de informação e a produção dos dados e que acredita que eles são válidos, porém podem ser melhorados com esforço coletivo de todas as esferas de gestão do SUS.

### Próximos passos

O secretário executivo do Ministério da Saúde, Adeilson Cavalcante, destacou que a realização da oficina demonstrou a capacidade de reação e mobilização dos gestores e dos profissionais de saúde. Ele afirmou que, nestes 30 anos, o SUS evoluiu, que a descentra-

lização é uma política acertada e que a Atenção Primária é prioridade, mas ponderou que toda e qualquer mudança proposta deve ser feita pelos três entes gestores do SUS. “A decisão está conosco. Definido o que tem de ser feito, vamos fazer o que for preciso, desde que pactuado de forma consensual”.

Os estudos apresentados serão aprofundados e os resultados das análises serão levados ao grupo de trabalho criado para esse fim. À medida que se alcancem conclusões mais completas, será construído um calendário de encontros para sistematização e elaboração de um plano de ação para a CIT, a ser validado e implantando a curto, médio e longo prazo.

Considera-se que a oficina subsidiou os entes federados na construção de propostas para assegurar o alcance das metas nacionais, a fim de viabilizar as pactuações adequadas acerca do tema nos próximos meses. ■

## APRESENTAÇÕES E TEMAS

Veja algumas das questões aprofundadas durante a oficina e acesse as apresentações dos palestrantes.

- Atenção à saúde da gestante na APS
- Aumento da expectativa de vida
- Avanço normativo, mas não operacional das Redes de Atenção à Saúde
- Cesária eletiva e parto cuidadoso
- Ciclo de cuidado das gestantes
- Colocação do DIU pelo SUS
- Desafios para o fortalecimento da APS
- Fortalecimento dos sistemas de informação do MS e das estatísticas vitais
- Gravidez indesejada e na adolescência
- Impacto dos determinantes sociais sobre a saúde
- Má classificação de riscos e das mortes maternas
- Mudança de modelo e reforço da APS
- ODS *versus* orçamento
- Rede Cegonha: investimentos e atenção do cuidado progressivo da criança
- Subregistro e preenchimento dos dados do óbito
- Tendência de crescimento da mortalidade materna e infantil
- Violação de direitos humanos

Ações do Ministério da Saúde frente aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável  
Brasília:  
[goo.gl/rn9rna](http://goo.gl/rn9rna)



Desafios para o fortalecimento da AB no SUS – Carmem Lavras:  
[goo.gl/9HR2L4](http://goo.gl/9HR2L4)



Determinantes saúde e Morte materna – Fatima Marinho:  
[goo.gl/mS5xbK](http://goo.gl/mS5xbK)



Estratégias de atenção à saúde para redução da mortalidade materna e na infância – Dapes:  
[goo.gl/V7S5dz](http://goo.gl/V7S5dz)



Evolução da mortalidade na infância nos últimos 10 anos (2007 a 2016) – Ana Logales:  
[goo.gl/bxS4Sg](http://goo.gl/bxS4Sg)



Mortalidade Materna e Infantil – Leonardo Vilela:  
[goo.gl/qNNQtN](http://goo.gl/qNNQtN)



Mortalidade materna velhos dilemas e novos desafios [abordagens para evitar sua ocorrência] – Sandra Valongueiro:  
[goo.gl/8DaaSw](http://goo.gl/8DaaSw)



# ANÁLISE DESCRITIVA DA MORTALIDADE MATERNA E NA INFÂNCIA NO BRASIL, 2007 A 2016

DÁCIO RABELLO<sup>1</sup>, LIVIA VINHAL<sup>1</sup>, MARINA MIRANDA<sup>1</sup>, MARLI SILVA<sup>1</sup>, DENISE PORTO<sup>1</sup>, RENATO TEIXEIRA<sup>1</sup>, THEREZA DE LAMARE<sup>2</sup>, FATIMA MARINHO<sup>1</sup>

1- DANTPS/Secretaria de Vigilância em Saúde

2- DAPES/Secretaria de Atenção à Saúde

## Resumo

**INTRODUÇÃO:** A mortalidade materna e a mortalidade na infância são prioridades da saúde pública no Brasil e no mundo.

**OBJETIVO:** Descrever temporal e espacialmente o comportamento da mortalidade materna e na infância no Brasil durante o período de 2007 a 2016.

**MÉTODOS:** estudo ecológico, com mortalidade na infância (menores de 5 anos de idade), apresentada pelas componentes taxa de mortalidade infantil, taxa de mortalidade neonatal (o a 27 dias), e a taxa de mortalidade de 28 dias a 4 anos. Dados apresentados por Brasil, Regiões e UF de 2007 a 2016. Apresentadas causas de óbitos evitáveis distribuídas por agrupamentos. Os determinantes sociais utilizados foram “percentual de usuários de planos de saúde do Brasil”, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, e “proporção de pessoas vivendo em extrema pobreza no Brasil”, do Cadastro único do Ministério do Desenvolvimento Social, ambos para 2016, e correlacionados com as taxas de mortalidade infantil.

**RESULTADOS:** A RMM apresenta redução de 55% no período de 1990 a 2016, porém com repique em 2016 para 64 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Maranhão, Amapá, Piauí e Roraima apresentaram maiores RMM. Em relação à mortalidade na infância, as maiores taxas foram na Região Norte e Nordeste. Apesar de redução no período de 2007 a 2015, houve elevação em 2016 em todas as regiões, exceto a Sul.

**DISCUSSÃO:** Apesar da redução da RMM iniciada em 1990, o indicador se mantém estável até 2012, com repique em 2015 e 2016. Principais causas de morte são a hipertensão, hemorragias, infecção puerperal, aborto e doenças cardiovasculares complicando gestação, aborto e puerpério. O aumento da taxa

de mortalidade infantil não se deve apenas à redução de nascidos vivos, pois o aumento do número de óbitos reforça o aumento real, com aumento de causas específicas de óbitos relacionados a condições socioeconômicas, como diarreia, pneumonia e desnutrição.

**PALAVRAS-CHAVE:** Morte materna, mortalidade infantil, sistema único de saúde, pobreza

## 1) Introdução

A mortalidade materna e a mortalidade na infância são temas presentes na agenda de prioridades da saúde pública global devido às altas taxas em muitos países.

Os Objetivos do Milênio<sup>1</sup> de reduzir a mortalidade na infância em 67% e a materna em 75%, de 1990 a 2015, não foram alcançados globalmente. A redução média mundial desses indicadores foi de 53% e 47%, respectivamente<sup>1</sup>. A mortalidade na infância reduziu mais entre países desenvolvidos que naqueles em desenvolvimento, aumentando a desigualdade global na infância: enquanto que a mortalidade materna reduziu 37% em países desenvolvidos, foram 47% naqueles em desenvolvimento.<sup>1</sup>

A mortalidade na infância teve importante declínio no Brasil e em todas as unidades federativas entre 1990 e 2015, e uma tendência a maior homogeneização das taxas, reduzindo



os diferenciais de mortalidade entre os estados. O Brasil cumpriu a meta dos objetivos do milênio para esse indicador.

Por outro lado, a morte materna declinou 56%, o país não cumpriu a meta, mas ficou 19% acima da redução média mundial.

Apesar do sucesso da redução da mortalidade na infância, e, mesmo, da morte materna nos últimos 25 anos, foram identificados riscos recentemente.

O presente artigo tem como objetivo descrever temporal e espacialmente o comportamento da mortalidade materna e na infância no Brasil durante o período de 2007 a 2017, de modo a alertar gestores de saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal sobre problemas, e a necessidade de implementar ações para reverter a situação.

## II) Metodologia

Para o cálculo Razão de Mortalidade Materna (RMM) e da taxa de mortalidade na infância, utilizaram-se dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) no período de 2007 a 2016.

Morte materna é a “morte ocorrida durante a gestação, parto ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”.<sup>2</sup>

Os fatores de correção da RMM adotados como forma de compensar perdas de dados decorrentes de falta de notificação ou erros de classificação são oriundos de várias metodologias adotadas ao longo do período de dados disponíveis sendo de 2,56 para o ano de 1990<sup>3</sup>, 2 para 1996<sup>4</sup>, e 1,4 para 1999<sup>5</sup> com valores estimados por regressão log-linear dos anos intermediários desse período. No período de 2000 a 2007<sup>6</sup> foi de 1,4 e em 2008 foi de 1,2 obtido

por modelagem, para período de transição. A partir de 2009 adotou-se método denominado RMM vigilância<sup>4</sup>, aplicando-se fatores de correção obtidos a partir de dados oriundos do processo e dos resultados das ações de Vigilância de Óbitos de mulheres em idade fértil (MIF), que oscilaram entre 1,07 e 1,15 no período até 2016.

A mortalidade na infância compreende a mortalidade infantil, em menores de 1 ano, e a mortalidade de 1 a 4 anos de idade. A mortalidade infantil é composta pela mortalidade neonatal precoce (0 a 6 dias), neonatal tardia (7 a 27 dias) e mortalidade pós neonatal (28 a 364 dias). Os determinantes são diferenciados conforme recorte de idade. Por esta razão a maior parte dos dados deste estudo são apresentados como taxa de mortalidade neonatal (0 a 27 dias), mais sensível às condições da assistência, e taxa de mortalidade de 28 dias a 4 anos, mais sensível a determinantes socioeconômicos.

Fatores de correção para os óbitos na infância foram utilizados para compensar falhas nas notificações de óbitos desta faixa etária. Foram utilizados fatores de correção obtidos pela pesquisa Busca Ativa de Óbitos e Nascimentos (Fiocruz)<sup>2</sup> para as taxas dos recortes Brasil, Região e Unidade da Federação (UF).

A partir dos dados corrigidos foram estimadas as taxas de mortalidade na infância para os componentes neonatal, infantil e de 28 dias a 4 anos para o Brasil.

Regiões e UF no período de 2007 a 2016. Foram calculadas as variações percentuais das taxas de mortalidade por UF do ano de 2016 em comparação com o ano de 2015. As causas de óbito evitáveis foram distribuídas por componente de mortalidade e por agrupamento de evitabilidade.<sup>7,8</sup>

## Determinantes sociais

Dados do percentual de usuários de planos de saúde do Brasil obtidos junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar; e proporção de pessoas vivendo em situação de extrema pobreza no Brasil obtida do Cadastro Único do Ministério do Desenvolvimento Social, ambos para 2016 foram correlacionados (Correlação de Pearson) com a taxa de mortalidade infantil das UF no mesmo ano.

## III) Resultados

### Razão de Mortalidade Materna

Houve redução de 55% da RMM em 2016 em comparação a 1990, com algumas oscilações positivas, no período e picos em

1994 e 1998, com 135,8 e 110,2 óbitos por 100 mil nascidos vivos. A partir daí houve queda acentuada até 2001, e após esse período a razão se mantém estável oscilando entre 75 e 80 até 2008. De 2009 em diante passa a oscilar no patamar entre 60 e 70, e apresenta repique em 2016 (figura 1).

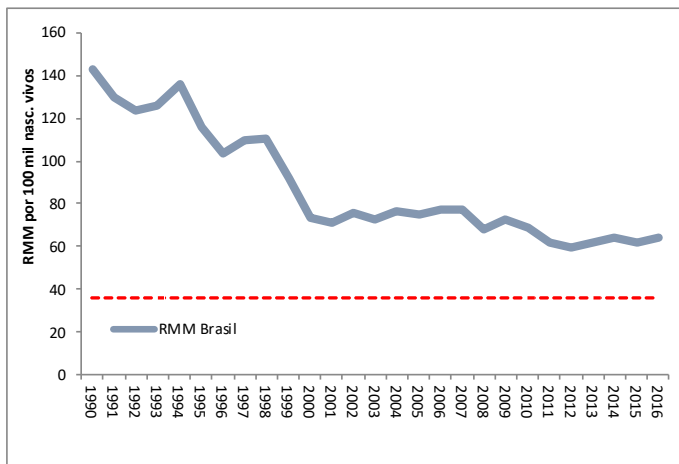


Figura 1 – Razão de Mortalidade Materna no Brasil, 1990-2016. Fonte: SIM/Sinasc/SVS/MS.

A RMM vigilância do Brasil em 2016 foi de 64 mortes por 100 mil nascidos vivos. O estado do Maranhão, o do Amapá, o do Piauí e o de Roraima apresentaram as maiores RMM, enquanto o estado de Santa Catarina, o do Rio Grande do Sul, o de Minas Gerais e o Distrito Federal tiveram os menores valores (figura 2). Apenas o estado de Santa Catarina apresentou RMM abaixo da meta do ODM de 35,8.

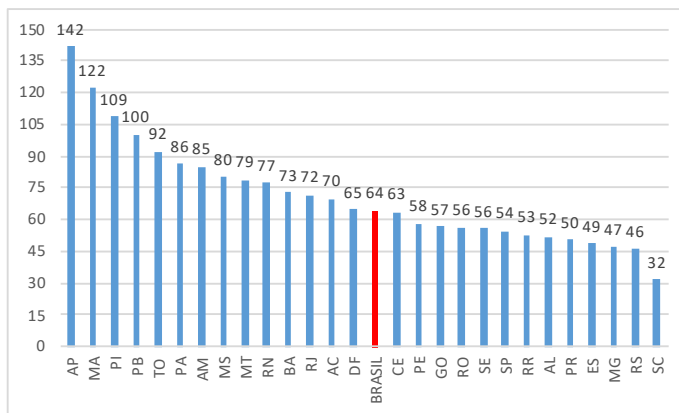


Figura 2 – Razão de Morte Materna – Vigilância, Brasil e Unidades da Federação, 2016.

Fonte: SIM/Sinasc/SVS/MS.

## Mortalidade na infância

As maiores taxas de mortalidade neonatal são observadas na Região Norte e na Nordeste do Brasil. Em todas as regiões se observou tendência de queda ao longo do período de 2007 a 2015, com elevação das taxas em 2016 em todas as regiões, exceto a região sul (figura 3).

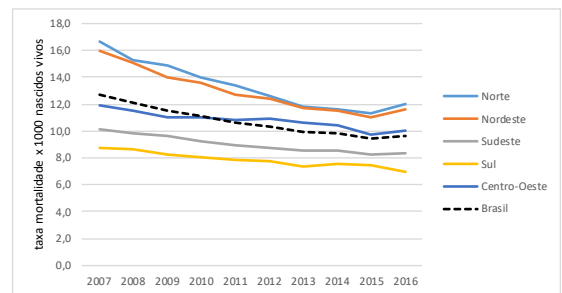


Figura 3 – Taxa de mortalidade neonatal (0-27 dias), Brasil e regiões, 2007 a 2016. Fonte: SIM/Sinasc/SVS/MS

A taxa de mortalidade neonatal, no período, teve variação anual média, de -3% no país, e entre -1,9% e -3,5% para Regiões Centro-Oeste e Norte/Nordeste. No período de 2015 a 2016, a variação foi positiva em quase 3% para Brasil, e entre 1,3% (Sudeste) e 6,6% (Norte). Apenas a Região Sul teve redução neste período (-6,4%).

Quanto à mortalidade de 28 dias a 4 anos, as maiores taxas foram observadas na Região Norte e na Nordeste até 2011; em 2012, as taxas da Região Centro-Oeste ultrapassaram as da Região Nordeste e permaneceram mais elevadas até 2015. Apesar da tendência de redução no período estudado, observa-se repique em 2015, com exceção da Região Centro-Oeste (figura 4).

A taxa de mortalidade de 28 dias a 4 anos de idade, no período, teve variação anual média de -3,2% no país, e entre -2% (Sudeste), e -4% (Nordeste). No período de 2015 a 2016, a variação foi positiva de 4% para Brasil, e entre 0,5% (Norte) e 6,9% (Nordeste). Apenas a Região Centro-Oeste teve redução neste período (-10,7%).

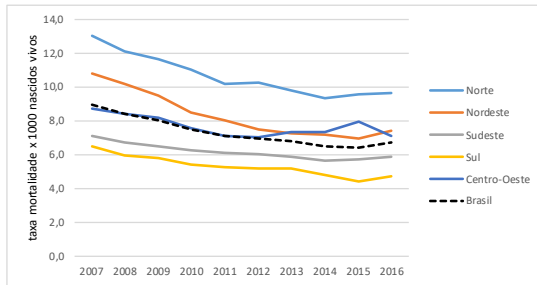


Figura 4 – Taxa de mortalidade 28 dias a 4 anos, Brasil e regiões, 2007 a 2016. Fonte: SIM/Sinasc/SVS/MS

Quanto à mortalidade infantil, o comportamento foi semelhante ao da mortalidade neonatal, com tendência de redução no período de 2007 a 2016 em todas as regiões do Brasil, com repique em 2016, com exceção da Região Sul, que manteve a tendência de queda (figura 5).

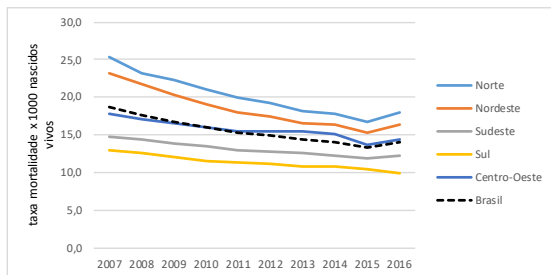


Figura 5 – Mortalidade infantil segundo regiões, 2007 a 2016, Brasil e regiões, 2007 a 2016. Fonte: SIM/Sinasc/SVS/MS.

Em relação à distribuição espacial da taxa de mortalidade infantil por Unidades da Federação (2007 a 2015) – figura 6 –, verifica-se que as UF com as taxas mais elevadas apresentam os tons mais escuros e as mais baixas, tons mais claros. De 2007 a 2015, os mapas sugerem queda em todas as UF. A partir de 2016 os tons ficam mais escuros expressando o repique que se deu em 2016. O mapa da variação percentual entre 2016/2015, mostra que cinco estados (RR, PA, AP, CE e PI) tiveram aumentos da taxa

entre 10 e 21%. Os estados RJ, MS, GO, BA, PE, PB e AM tiveram aumento da taxa entre 5 e 10%. Ao mesmo tempo, cinco estados tiveram quedas e oito tiveram aumento, dentro da margem de 5% para mais ou para menos. Apenas os estados de SP e AC tiveram queda acima de 5%.

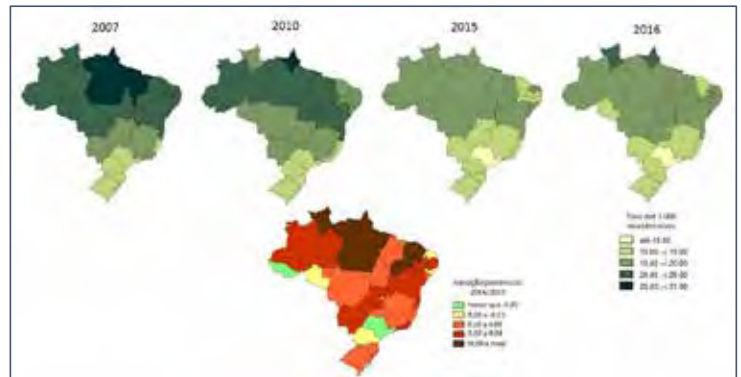


Figura 6 – Distribuição espacial da taxa de mortalidade infantil para os de 2007, 2010, 2015 e 2016 e variação percentual 2016/2015, respectivamente, segundo Unidades da Federação. Fonte: SIM/Sinasc/SVS/MS

Ao se analisar a componente mais sensível a questões socioeconômicas, a taxa de mortalidade de 28 dias a 4 anos de idade (dados não mostrados), percebe-se aumento em 12 UF (AC, MS, PR, SC, RJ, ES, RR, PA, CE, RN, PE e AL) com aumentos entre 10 e 21%. Seis UF: MT, GO, TO, AP, BA e SE tiveram queda acima de 5%.

Quanto à evitabilidade dos óbitos neonatais, do total de 25.130 mortes ocorridas no período, 18.752 (74,6%) eram evitáveis. As principais causas evitáveis por agrupamento correspondem às causas reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e no parto, que, somadas, corresponderam a 65% do total de evitáveis, em 2007, seguida da adequada atenção ao recém-nascido com 32,8% no mesmo ano. Em 2016, essas causas não sofreram mudanças por agrupamento quando comparadas a 2007, com pequena variação percentual, passando para 66,1% para os dois primeiros agrupamentos e 31,6% para o último (dados não apresentados).

No recorte de 28 dias a 4 anos, 49% (8.564) das mortes eram evitáveis, os agrupamentos que se destacam são as causas reduzíveis por ações de diagnóstico e tratamento adequado, com 41,4% em 2007 e 40,9% em 2016; e as reduzíveis com ações de promoção à saúde vinculadas a ações de atenção com 42% e 39,1% em 2006 e 2016, respectivamente (dados não apresentados).

## Determinantes sociais

Houve correlação negativa entre o percentual de cobertura por planos privados de saúde e a taxa de mortalidade infantil no ano de 2016. À medida que a cobertura dos planos diminui a taxa de mortalidade infantil aumenta (figura 7).

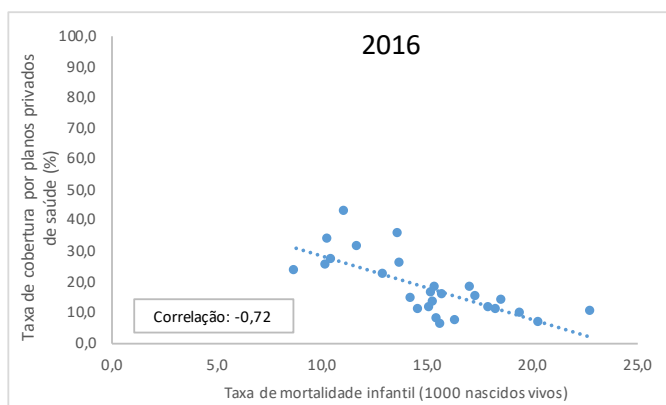


Figura 7 – Correlação entre a taxa de mortalidade infantil (por 1000 nascidos vivos) e a taxa de cobertura por planos privados de saúde, Brasil, 2016. Fonte: SIM/Sinasc/MS e ANS.

Houve forte correlação positiva entre o percentual de municípios com pessoas vivendo em situação de extrema pobreza e a taxa de mortalidade infantil no Brasil em 2016. Isso significa que quanto maior a proporção de pessoas vivendo em situação de extrema pobreza, maiores são as taxas de mortalidade infantil (figura 8).

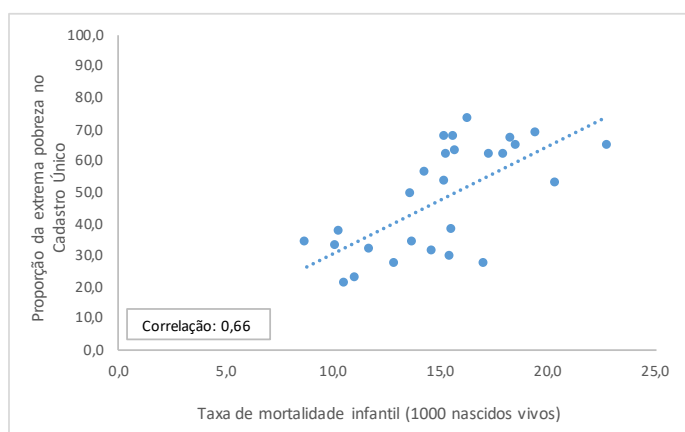


Figura 8 – Correlação entre a taxa de mortalidade infantil (por 1000 nascidos vivos) e a proporção de extrema pobreza, Brasil, 2016. Obs.: Proporção de extrema pobreza no Cadastro Único entre as pessoas de baixa renda (MDS domicílios, multiplicando quantidade de pessoas vezes o peso). Fonte: SIM/Sinasc/MS e Cadastro Único/MDS.

## IV) Discussão

A RMM deveria ter reduzido 5,5% ao ano para atingir a meta do ODM até 2015<sup>2</sup>, no entanto, o que se observa é que após um período de queda iniciado em 1990, o indicador se mantém estável até 2012, com repique em 2013, 2014 e 2016. As principais causas de morte materna são a hipertensão, seguida de hemorragias, infecção puerperal, aborto e doenças cardiovasculares que complicam na gestação, parto e puerpério<sup>9</sup>.

O aborto, embora apareça entre as principais causas de morte materna, certamente teriaposição mais relevante se não tivesse diagnóstico muitas vezes declarado como infecção puerperal, hemorragias, septicemias, etc. Pesquisa nacional realizada em 2016, indicou que aproximadamente 1 em cada 5 mulheres aos 40 anos já realizou pelo menos um aborto, não havendo diferença entre as classes sociais, grupos raciais, escolaridade ou religião, o número estimado de mulheres que em 2014 adotaram esta prática foi de 416 mil<sup>10</sup>. As regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste foram as com maior ocorrência, segundo este mesmo estudo. No Brasil, só é possível realizar a interrupção da gravidez em três situações: quando a gestação resultar de estupro; quando não houver outro meio de salvar a vida da gestante; ou em caso de feto anencéfalo (artigo n. 128 do Código Penal). Por ser restrita a legislação, muitos abortos acontecem em situação insegura, o que aumenta a probabilidade de desfechos desfavoráveis.

A persistência da sífilis congênita como problema de saúde pública, e a busca de mais de uma maternidade até conseguir atendimento, são exemplos que evidenciam questões de vulnerabilidade social e de falhas na atenção pré-natal<sup>11</sup>. A peregrinação por atendimento está associada à morbidade materna grave<sup>12</sup> e a sífilis, por sua vez, ao óbito fetal e elevada taxa de transmissão vertical<sup>13</sup>. Outra questão que deve ser considerada é o excesso de cesarianas no país<sup>2</sup>, que se associam com *near miss* e óbito materno<sup>11</sup>.

O repique da mortalidade na infância em 2016 em todas as regiões, exceto a região sul, poderia ser imputado ao denominador, nascidos vivos, uma vez que a taxa de fecundidade neste ano no país foi de cerca de 1,72 filhos por mulher, agravando devido à crise da Zika, o quadro anterior, que já mostrava níveis abaixo da taxa de reposição<sup>11</sup>. No entanto, o que se observa é que o número absoluto de óbitos também aumentou no mesmo ano (dados não apresentados), reforçando que o aumento é real. Causas específicas de óbito relacionadas a condições socioeconômicas, como diarreia, pneumonia e desnutrição também aumentaram.

Os óbitos neonatais são os que mais contribuem em representatividade na mortalidade infantil, sugerindo a necessidade urgente de melhora na qualidade da assistência ao parto e puerpério.

Portanto, os determinantes sociais possuem papel importante no aumento das mortes materna e na infância. Apesar da sistemática queda da desigualdade no Brasil no período entre 2002 a 2015, o país continua sendo um dos mais desiguais do mundo<sup>14</sup>. A taxa de desemprego no Brasil entre 2015 e 2016, aumentou de 8,5% para 11,5%, representando um contingente de 12,3 milhões de desempregados.

Ainda no mesmo período foi observada a redução de beneficiários de planos de saúde privados, que em setembro de 2014, era 50.392.150, enquanto que em dezembro de 2017 este número caiu para 47.301.387, ou seja, uma redução de 6,1%<sup>15</sup>.

A correlação inversa entre a TMI e Taxa de Cobertura dos Planos Privados da Saúde Suplementar, sugere que este é possivelmente um fator associado ao aumento da mortalidade infantil. Podemos inferir que a crise econômica afetou o rendimento e emprego das famílias brasileiras a partir de 2015, e levou a diminuição do número de beneficiários dos planos privados de saúde<sup>15</sup>. Por essa razão, mais indivíduos passaram a necessitar de atendimento público de saúde, implicando em maior demanda que a oferta, desde o nível da atenção primária até a alta complexidade, causando uma “saturação” da rede.

Assim, torna-se urgente que gestores dos estados, municípios e governo federal apropriem-se profundamente dessa problemática e articulem-se para que esse quadro não se agrave ainda mais, uma vez que os custos para reverter uma mudança de tendência podem ser ainda maiores, caso o investimento no SUS não se amplie.

## V) Referências Bibliográficas

1. United Nations. The Millennium Development Goals Report 2015. 2015.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Brasília, 2018, p. 39-58.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 2007.
4. Tanaka, Ana Cristina D'Andretta; Mitsuiki, L. Estudo da magnitude da mortalidade materna em 15 cidades brasileiras / Study of maternal mortality in Brazilian 15 cities. 1999.
5. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas & Área Técnica de Saúde da Mulher. Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final / 2006. 2006.
6. Laurenti, R., Helena Prado de Mello Jorge, M., Léa Davidson Gottlieb, S. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste / Maternal mortality in Brazilian State Capitals: some characteristics and estimates for an adjustment factor. Rev. Bras. Epidemiol, 7, 2004.
7. Malta, D. C. et al. Update of avoidable causes of deaths due to interventions at the Brazilian Health System / Nota técnica Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde, 19, 2010.
8. Malta, D. C., Duarte, E. C. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. Cien. Saude Colet., 12, p. 765-776, 2007.
9. Brasil, Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças relacionadas à pobreza. 2014.
10. Diniz, D., Medeiros, M., Madeiro, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. Cien. Saude Colet., 22, p. 653-660, 2017.
11. Maria do Carmo Leal et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Cien. Saúde Colet., 23, p. 1915-1928, 2018.
12. Soares, R. M. et al. Factors associated with maternal near miss in childbirth and the postpartum period: findings from the birth in Brazil National Survey, 2011–2012. Reprod. Health, 13, 2016.
13. Cardoso, A. R. P. et al. Underreporting of congenital syphilis as a cause of fetal and infant deaths in northeastern Brazil. PLoS One, 11, e0167255, 2016.
14. Campello, Tereza. Faces da desigualdade no Brasil: um olhar sobre os que ficam para trás. 2017.
15. Agência Nacional de Saúde Suplementar. ANS TabNet Informações em Saúde Suplementar. 2017. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/t>. ■

Agora é oficial: a **16ª Conferência Nacional de Saúde** foi convocada por meio do Decreto n. 9.463, de 8 de agosto de 2018. Com o tema “Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS”, a conferência acontecerá entre os dias 28 e 31 de julho de 2019, em Brasília/DF.

Foi lançada no dia 27 de setembro a campanha do Ministério da Saúde de incentivo à doação de órgãos. Com o slogan “**Espalhe Amor. Doe Órgãos**”, a campanha pretende mostrar a importância de se falar mais sobre doação para manter o tema em evidência na sociedade. O Brasil aumentou a doação de órgãos e bateu recorde em transplantes: de janeiro a junho deste ano, foram 1.765 doadores efetivos, crescimento de 7% em relação ao mesmo período de 2017. Segundo o Ministério da Saúde, 41 mil brasileiros estão na fila de transplantes, sendo que 27 mil aguardam a doação de rim. O programa de transplantes brasileiro é o maior do mundo, sendo 96% deles realizados pelo SUS. #SUS #DoeÓrgãos #EspalheAmor

Durante quatro dias de oficinas, técnicos das secretarias estaduais de saúde apresentaram suas realidades e ações relacionadas à Atenção à Doença Renal Crônica com ênfase na **Terapia Renal Substitutiva (TRS)**. Os encontros, demandados pela CIT, contaram com a participação de técnicos do Ministério da Saúde, Conasems e Cosems. As informações e dados coletados serão analisados pelo Grupo de Trabalho criado para este fim com o objetivo de apresentar à CIT estratégias de atuação que visam o aprimoramento desse cuidado no Sistema Único de Saúde.

Setembro é o mês de conscientização sobre a prevenção do suicídio. A campanha Setembro Amarelo acontece desde 2015 e tem o objetivo de alertar a população sobre a realidade do suicídio no Brasil e no mundo. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), 800 mil pessoas se suicidam no mundo, anualmente. Um dos apoiadores da campanha, o **Centro de Valorização da Vida (CVV)** realiza o apoio emocional e a prevenção do suicídio, atendendo voluntária e gratuitamente todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo por telefone, e-mail ou chat 24 horas todos os dias. Ligue 188.

O Ministério da Saúde abriu mais um canal de comunicação com a população, dessa vez para combater as chamadas **Fake News**. Por meio do WhatsApp (61- 99289-4640) do ministério, qualquer pessoa poderá enviar a imagem ou o texto recebido para verificar se aquelas informações são verdadeiras ou falsas. Na página [www.saude.gov.br/fakenews](http://www.saude.gov.br/fakenews) também é possível checar o que já foi desmentido!

Mais Curtas podem ser acompanhadas nas Redes Sociais!



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



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

# consensus

Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

## DIRETORIA 2018/2019

### PRESIDENTE

Leonardo Moura Vilela (GO)

### VICE-PRESIDENTES

**Região Nordeste:** Carlos Eduardo de Oliveira Lula (MA);

**Região Norte:** Vitor Manoel Jesus Mateus (PA);

**Região Centro-Oeste:** Humberto Lucena Pereira Fonseca (DF);

**Região Sudeste:** Ricardo de Oliveira (ES);

**Região Sul:** Acélio Casagrande (SC)

### COMISSÃO FISCAL

**Titulares:** José Iran Costa Júnior (PE); George Antunes de Oliveira (RN); Henrique Jorge Javi de Sousa (CE);

**Suplentes:** Francisco Antônio Zancan Paz (RS); Christian Reis Teixeira (AL); Cláudia Luciana de Sousa Mascena Veras (PB)

### REPRESENTANTES DO CONASS

**Hemobrás:** Jurandi Frutuoso Silva (Conass)

**ANS:** Francisco Deodato Guimarães (AM), e

René Santos (Conass)

**Anvisa:** Fábio Vilas Boas (BA), e Viviane Rocha de Luiz (Conass)

**CNS:** Jurandi Frutuoso Silva (Conass), João Gabbardo dos Reis e

Haroldo Jorge de Carvalho Pontes (Conass)

### SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso Silva

## SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE 2018

Acélio Casagrande (SC); Antonio Carlos Figueiredo Nardi (PR); Antonio Leocádio Vasconcelos Filho (RR); Carlos Alberto Moraes Coimbra (MS); Carlos Christian Reis Teixeira (AL); Carlos Eduardo de Oliveira Lula (MA); Claudia Luciana de Sousa Mascena Veras (PB); Fábio Vilas Boas (BA); Florentino Alves Veras Neto (PI); Francisco Antônio Zancan Paz (RS); Gastão Valente Calandrini de Azevedo (AP); Henrique Jorge Javi de Sousa (CE); Humberto Fonseca (DF); José Iran Costa Júnior (PE); Leonardo Vilela (GO); Luis Eduardo Maiorquin (RO); Luiz Antonio Vitório Soares (MT); Luiz Sávio de Souza Cruz (MG); Marco Antônio Zargo (SP); Orestes Guimarães de Melo Filho (AM); Pedro de Oliveira Cavalcanti Filho (RN); Ricardo de Oliveira (ES); Renato Jayme da Silva (TO); Rui Emanuel Rodrigues Arruda (AC); Sérgio D'Abreu Gama (RJ); Valberto de Oliveira Lima (SE); Vitor Manuel Jesus Mateus (PA)

A revista **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, Jurandi Frutuoso, Marcus Carvalho, Ricardo F. Scotti, René Santos e Tatiana Rosa

### JORNALISTA RESPONSÁVEL

Adriane Cruz | RP 7672 DF

### PROJETO GRÁFICO

Clarice Lacerda  
Thales Amorim

### DIAGRAMAÇÃO, ILUSTRAÇÕES E CAPA

Marcus Carvalho

### ESTAGIÁRIA DE SAÚDE COLETIVA / UNB

Juliana Cristina Barbosa Borges

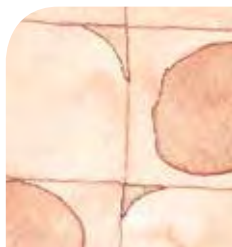
### IMPRESSÃO

Positiva Gráfica e Editora

### TIRAGEM

3.000 exemplares

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



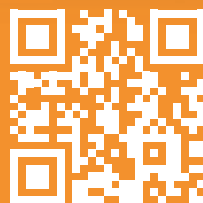
Esta publicação é fruto de parceria entre a Organização Pan-Americana da Saúde e o Conass, com o apoio do Ministério da Saúde



**Opiniões, sugestões e pautas**  
Assessoria de Comunicação Social  
E-mail: [ascom@conass.org.br](mailto:ascom@conass.org.br)

Setor Comercial Sul (SCS), Quadra 9  
Ed. Parque Cidade Corporate  
Torre "C" – Sala 1105  
CEP: 70308-200 – Brasília-DF

# BIBLIOTECA DIGITAL DO CONASS



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