



## PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Integração das atenções Primária, Especializada e Hospitalar e organização dos serviços em Redes de Atenção à Saúde já apresenta resultados exitosos

Alberto Beltrame fala sobre o desafio de presidir o Conass e de temas relevantes para o SUS

Projeto do Conass auxilia gestores estaduais de saúde a organizar e adequar os Fundos Estaduais de Saúde à legislação vigente

# consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Ano IX | Número 31 | Abril, Maio e Junho de 2019



Alberto Beltrame fala sobre o desafio de presidir o Conass e de temas relevantes para o SUS

Projeto do Conass auxilia gestores estaduais de saúde a organizar e adequar os Fundos Estaduais de Saúde à legislação vigente

Fotos na capa: Istockphoto e Breno Esaki/Saúde-DF

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

6

## consensus entrevista

*Alberto Beltrame fala sobre o desafio de presidir o Conass e de temas relevantes para o SUS, como judicialização, financiamento e relação entre os Entes Federados*

18

## matéria de capa

Planificação da Atenção à Saúde – Integração das atenções Primária, Especializada e Hospitalar e organização dos serviços em Redes de Atenção à Saúde já apresenta resultados exitosos

## saúde em foco

**26** *Reestruturação dos Fundos Estaduais de Saúde*

## institucional

**30** *Toma posse a Diretoria do Conass 2019-2020*

## opinião

**34** *Manejo Integrado de Vetores*

**38** *curtas*

Alberto Beltrame, secretário de Saúde do Pará, eleito presidente do Conass em março deste ano, é o entrevistado desta edição da **Revista Consensus**. Nas primeiras páginas, ele apresenta seu conhecimento e experiência tanto na área da saúde quanto na política, falando de temas importantes para o Sistema Único de Saúde (SUS), como financiamento, judicialização e gestão tripartite.

O presidente também aborda a necessidade da organização da Atenção Primária à Saúde (APS) para o sucesso do SUS e para a garantia do acesso e, nesse contexto, apresentamos a matéria de capa que trata da aposta do SUS nas Redes de Atenção à Saúde, buscando seu progresso e consolidação por meio de uma metodologia que promove a integração das atenções Primária, Especializada e Hospitalar e organiza os serviços de saúde em redes.

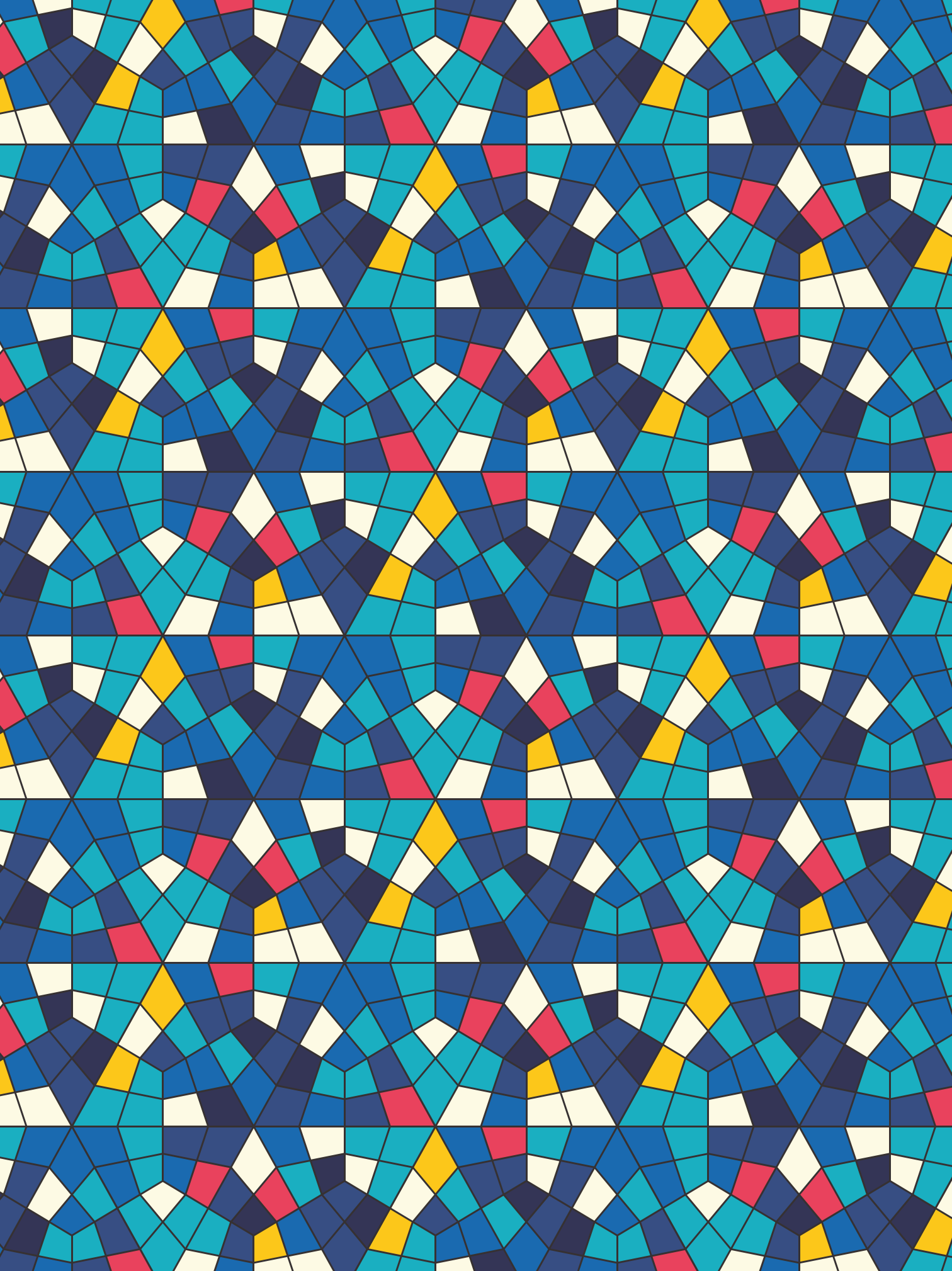
A matéria fala da tendência mundial pela integração dos sistemas de saúde e dos desafios da gestão para operacionalizar as redes, assim como a necessidade de fazê-lo, considerando as transições demográfica, tecnológica e epidemiológica, apresentando a estrutura e o funcionamento da Redes de Atenção à Saúde.

As estratégias e expectativas do Ministério da Saúde com a criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde também é abordada na matéria, para a qual a Consensus conversou com Erno Harzheim, que assumiu a pasta, e com os presidentes do Conass, Alberto Beltrame, e do Conasems, Mauro Junqueira.

Na seção Saúde em Foco, tratamos da reestruturação dos Fundos Estaduais de Saúde, projeto do Conass que auxilia gestores estaduais de saúde a organizar e adequar os fundos à legislação vigente que compõe um dos eixos do Projeto de Reestruturação Gerencial das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), do Programa de Apoio às SES (Pases).

A cobertura da posse da Diretoria do Conass para gestão 2019-2020 está na seção institucional da revista. Encerramos a edição com o artigo Manejo Integrado de Vetores e sua importância para o enfrentamento das arboviroses.

Desejamos a todos uma excelente leitura.



## ENTREVISTA

# *Alberto Beltrame*

**H**á 37 anos o secretário de Estado de Saúde do Pará, Alberto Beltrame, viu nascer o Conass, instituição que hoje preside. Com naturalidade e experiência na construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), Beltrame usou seu conhecimento não apenas na área da saúde, mas também no meio político, para onde levou a discussão de temas importantes para o SUS. Por duas vezes esteve à frente da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde. No mesmo ministério, coordenou a Alta Complexidade e o Sistema Nacional de Transplantes, além de dirigir o Departamento de Redes e Sistemas Assistenciais e coordenar a Comissão de Serviços de Saúde do Mercosul. Também foi ministro do Desenvolvimento Social e secretário executivo da mesma pasta. Entusiasmado diante do desafio de liderar o fórum de secretários estaduais de saúde, disse que levará adiante as demandas dos gestores, sempre respeitando, como costuma afirmar, a essência do Conass de cordialidade, democracia e de construção de consensos.



Foto: arquivo pessoal.

**Consensus Hoje o senhor preside o Conass, esta instituição que, conforme afirmou em sua posse, viu nascer. Qual é o sentimento de estar à frente deste Conselho 37 anos após ter presenciado a sua criação?**

**Alberto Beltrame** O SUS é uma conquista do povo brasileiro, representa um avanço civilizatório de nossa sociedade e, seguramente, uma das maiores políticas de inclusão social já empreendida em todo o mundo. É um sistema generoso, amplo e universal, que busca no seu dia a dia a equidade, a integralidade, aperfeiçoamento e consolidação. O Conass que, de fato vi nascer, antecede um pouco a própria criação do SUS, ocorrida em 1988. Muito antes de nossa Constituição Cidadã, já se discutiam alternativas ao sistema de saúde então vigente no Brasil, que era incapaz de atender às necessidades da maior parte de nosso povo. Sanitaristas, pensadores, estudantes, políticos e a própria sociedade debatiam a necessidade de uma Reforma Sanitária, de quebrar paradigmas e de criar um sistema que fosse capaz de ser suficientemente amplo para promover equidade, justiça e acesso de toda a população a um direito fundamental: a saúde. Era preciso substituir os “sistemas” então existentes, que jogavam a maior parte da população brasileira à própria sorte, por algo inteiramente novo. Nesta época convivíamos com uma verdadeira legião de excluídos, os chamados “indigentes”, que dependiam da caridade de pessoas ou instituições para terem acesso a algum cuidado de saúde. O Conass é criado justamente neste cenário, antecipando-se em seis anos ao advento do SUS e a todas as mudanças que ele traria consigo. Foi a visão de futuro do professor Adib Jatene, criador e primeiro presidente do Conass, que permitiu vislumbrar a necessidade de termos uma entidade associativa e representativa das Secretarias Estaduais de Saúde e de prepará-las, técnica

e politicamente, para o que se avizinhava dentro de um contexto futuro de mudança do papel delas próprias no novo sistema de saúde. Passados esses 37 anos, estou feliz e honrado em presidir esta instituição e, principalmente, em ver como se estruturou, cresceu, ganhou força e credibilidade para se tornar um dos principais fóruns de debate e de construção do Sistema Único de Saúde no país. Além disso, o Conass se tornou uma poderosa ferramenta de auxílio e cooperação com os estados e ainda, de defesa, não apenas das secretarias e secretários, mas sobretudo do SUS, passando a ser muito mais do que simplesmente uma entidade associativa. O Conass é um porta-voz da defesa dos princípios constitucionais do SUS e o fiador desse processo em todo o Brasil.

**Consensus Ao assumir a presidência, o senhor disse ter consciência de que a cordialidade, a democracia e a construção de consensos são a essência do Conass. Como pretende, junto aos demais secretários estaduais de saúde, trabalhar para a construção de consensos, respeitando as diversidades regionais, políticas e ideológicas que compõem este fórum?**

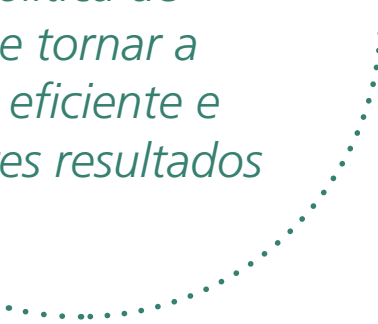
**Alberto Beltrame** Costumo dizer que a defesa do SUS não deve ter coloração político-partidária ou até mesmo ideológica. Cunhamos, ainda no início da reforma sanitária, a expressão “partido sanitário”, que nos unificava. Sob este “partido” agregávamos pessoas de todas as correntes ideológicas e de vários partidos políticos, unificadas pela causa que era e continua a ser a melhoria do SUS e da qualidade da atenção à saúde ao povo brasileiro. Hoje, sigo com a mesma visão. Temos mais pautas, possibilidades, problemas e questões relacionadas à saúde a nos unificarem em bandeiras comuns do que a nos afastarem e promoverem o dissenso. Uma prova disso é o que aconteceu na recente audiência com



o Presidente do Supremo Tribunal Federal, Dias Toffoli, onde Conass e o Colégio Nacional dos Procuradores-Gerais dos Estados e do Distrito Federal (Conpeg), acompanhados por 12 governadores de todos os quadrantes do país e dos mais diversos partidos políticos, unificados, defenderam a mesma pauta e a mesma causa em prol da saúde e do SUS. A saúde e a defesa de seu direito seguem a nos unificar, respeitadas as eventuais diferenças existentes. Acredito que a construção de consensos nessas bases, deixando de lado qualquer outro interesse que não a defesa incondicional do SUS e sua consolidação, é tarefa relativamente simples, pois temos objetivos comuns. Vivemos em um país continental, com enormes diferenças e desigualdades regionais, mas, por mais paradoxal que seja, costumo dizer que mudam os CEPs, mas os problemas que enfrentamos na saúde são bastante similares. Neste contexto e com este entendimento, acredito que seguiremos na tradição da construção de consensos no Conass para o bem do SUS e da saúde dos brasileiros. Esta tarefa se tornará ainda mais fácil à medida em que se aprofunde a relação entre os colegas secretários, que se amplie a empatia, familiaridade e que nos conheçamos mais uns aos outros durante esta gestão, cada qual com seus pensamentos, convicções e posicionamentos, todos imbuídos que estamos em construir o que acreditamos, um SUS forte, secretarias fortes e um Conass forte e unido.

**Consensus** O senhor vem de uma longa trajetória na saúde pública brasileira que antecede até mesmo a própria criação do SUS, tendo sido inclusive, Superintendente Regional do extinto Inamps, no Rio Grande do Sul. Também já foi secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, além de ter participado da construção do SUS em diversos governos. Como pretende uti-

*[...] é preciso trabalhar para a melhoria da governança do sistema, estabelecer uma adequada política de compliance e tornar a gestão mais eficiente e com melhores resultados*



**lizar a sua experiência na liderança pelas demandas dos gestores estaduais junto ao Ministério da Saúde?**

**Alberto Beltrame** Todas as experiências são importantes, sejam elas antigas ou novas, pois cada um pode contribuir com algo. O importante é que tenhamos objetivos comuns. Assim, cada experiência acumulada será útil para aperfeiçoar ou agregar valor à ação do Conass e do SUS em todo o país. O tempo, a experiência e a longa vivência nos temas da saúde têm um grande predicado: o aprendizado. Diria que ao longo de todos estes anos de experiência aprendi bastante e, talvez, tenha aprendido mais com meus erros do que com meus acertos. Nesse momento em que vive o SUS, mais do que nunca é fundamental termos o pé no presente, a perspectiva da construção do futuro, mas com uma visão muito clara do que já se passou, do que deu certo e do que deu errado. Não repetir erros é com certeza um grande ganho. Compartilhar experiências e conhecimen-

*Costumo dizer que a defesa do SUS não deve ter coloração político-partidária ou até mesmo ideológica. Cunhamos, ainda no início da reforma sanitária, a expressão “partido sanitário”, que nos unificava*

tos, colocando-os a favor da condução do Conass e das políticas públicas de modo geral, é dever de cada um de nós. O tempo passado, como já disse, é aprendizado, acúmulo de conhecimento e experiência. À luz disso, ter uma visão abrangente do sistema, identificar com clareza seus problemas, corrigir os que estiverem ao alcance da mão e, para os mais complexos, ter a coragem de encará-los de frente, quebrar alguns paradigmas e propor soluções de curto, médio e longo prazos, é o que me parece correto fazer neste momento. Sabemos que há dificuldades que vão muito além do sistema, o que não significa dizer que não continuaremos a lutar para saná-las. Além disso, costumo lembrar e mencionar que, para além do estrito escopo da atenção à saúde, existem os chamados determinantes sociais da saúde, que não podemos perder de vista e deixar de lhes dirigir nossa atenção e ação. A falta de saneamento básico, a má nutrição, a obesidade, a insegurança alimentar, as más condições de moradia, a renda e mais

amplamente, a própria condição de pobreza e extrema pobreza, são fatores que têm efeitos diretos sobre a saúde das pessoas e impacto no sistema de saúde que não podem ser ignorados. Poderia dizer que ao longo desses últimos 30 anos tivemos avanços significativos no sistema de saúde. Ampliamos o acesso a ações e serviços de saúde, reduzimos demandas reprimidas, tivemos avanços tecnológicos e os incorporamos, aprimoramos a qualidade da atenção à saúde, a qualidade de vida e a longevidade dos brasileiros melhoraram, no entanto ainda há muito a se fazer. Este é o desafio da nossa e das futuras gerações. Sob este aspecto, é importante não só a experiência de quem já vivenciou todas estas questões, mas a experiência dos que chegam agora, que enxergam o futuro que está diante de nossos olhos e que, sobretudo, trazem consigo o entusiasmo, a alegria, a renovação de quadros e reacendem a chama da paixão pelo SUS, conquistando novos e antigos corações e mentes em favor da saúde de nossa gente.

#### **Consensus Quais serão as principais prioridades da sua gestão frente ao Conass?**

**Alberto Beltrame** Nos últimos anos temos vivido momentos difíceis no Brasil, com muitos paradoxos e perplexidades, inclusive em relação ao SUS e a seus rumos. Assim, este me parece ser o momento histórico em que o Conass deve se fazer presente na defesa incondicional do SUS e dos avanços que conquistamos ao longo de todo este tempo. A agenda a ser enfrentada é ampla, os temas são relevantes, ocuparão a atenção de todos os secretários e serão, com certeza, objeto da ação desta gestão do Conass. Em torno desta agenda, deveremos construir consensos sobre a forma e momento em que cada um dos temas deverá ser enfrentado. Nesta gestão, por certo, deveremos enfrentar e tratar problemas como a excessiva judicialização da saúde, o histórico subfinanciamento do

sistema, a contabilização de despesas com Organizações Sociais de Saúde (OSS) como de pessoal e seus reflexos sobre a Lei da Responsabilidade Fiscal e muitos outros que, direta ou indiretamente possam ameaçar a estabilidade e a consolidação do SUS. O Conass, nesta gestão como em todas, estará sempre vigilante na defesa do SUS e na garantia de seu melhor funcionamento. Acredito ainda que é preciso trabalhar para a melhoria da governança do sistema, estabelecer uma adequada política de *compliance* e tornar a gestão mais eficiente e com melhores resultados. Nestas pautas poderemos ter um grande protagonismo ao ampliar nossa atuação na qualificação daqueles que estão na linha de frente do sistema, nas secretarias estaduais de saúde e mesmo nas secretarias municipais, em cooperação com nosso coirmão, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). É necessária também uma melhor definição das responsabilidades dos entes federados na construção do SUS e de um posicionamento claro sobre a situação da judicialização, de maneira que se defina com mais precisão qual o caminho a seguir e como traduzir o ideal constitucional na prática do dia a dia, com nossas limitações financeiras, humanas e de competências. É preciso ainda promover a ampliação da visão da sociedade brasileira para o sistema e a sua importância para a toda a comunidade. A população precisa perceber que o SUS é uma grande conquista e precisa ser preservado. O Conass tem esse papel de defender um financiamento adequado, defender uma melhor governança e difundir essas ideias, auxiliando os estados e os municípios a melhorarem nesses quesitos. Para que isso ocorra de fato, é necessário organização e, sobretudo, compartilhamento de informações e conhecimentos. Acredito que esse seja o nosso papel nessa gestão,

como já foi no passado e com certeza será no futuro.

**Consensus Sobre o financiamento do SUS, o senhor demonstrou preocupação em relação à possível desvinculação total das receitas e ressaltou que é impossível abrir mão do mínimo constitucional para a saúde. De que maneira o Conass irá atuar junto ao parlamento para que esta medida não se concretize de fato?**

**Alberto Beltrame** A questão do financiamento do SUS nasceu junto com o sistema. Quando discutíamos a necessidade de uma reforma sanitária e de implantar um sistema igualitário, universal, gratuito e equânime, já pensávamos em como financiá-lo. Imaginávamos que haveria na Constituição Federal uma definição clara da fonte de custeio para isso. A Constituição veio, criou o sistema pelo qual lutávamos, mas não conseguimos conquistar uma definição clara para seu financiamento, uma vez que ficou definido, genericamente, que seria financiado com recursos da Seguridade Social. Na prática, o SUS começou financiado com recursos da previdência social, como se fosse um “sucessor” do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Assim, nosso orçamento era de cerca de 20% do valor da arrecadação da previdência, até que esta fonte foi suprimida e substituída pela do Tesouro Nacional. Evidentemente, esse valor era insuficiente, pois enquanto o Inamps dava cobertura a cerca de 60 milhões de pessoas, o SUS passou a atender universalmente todos os brasileiros, cerca de 150 milhões pessoas naquela época. A partir daquele momento passamos a lutar por um melhor financiamento para o SUS e para superar este seu “vício de origem”. Várias tentativas foram feitas ao longo dos anos. A Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) que parecia ser uma

boa alternativa para a suplementação do orçamento acabou por frustrar a todos, pois ao contrário de sua proposta original, acabou por não adicionar recursos novos ao SUS, mas apenas substituir fonte de financiamento. Outra tentativa que gerou grande esperança para os gestores e defensores do SUS foi a Emenda Constitucional n. 29, onde se estabeleceriam os mínimos constitucionais para a saúde. Avançamos na definição de mínimos constitucionais de estados e municípios, mas não conquistamos os pretendidos 10% da União e, mais uma vez, o esforço resultou em frustração. Diante de todo esse histórico de subfinanciamento, de luta por sua melhoria, repito as palavras que usei na posse: espero que não tenhamos uma nova frustração em ver que tudo que conquistamos ao longo desses anos se perca com a desvinculação total do orçamento e a extinção dos mínimos constitucionais para a saúde. Isso seria um retrocesso e acabaria por reduzir o volume de recursos disponíveis para o SUS em todo o país. Caso isso venha a se concretizar, novamente estados e municípios, já esgotados em sua capacidade de financiamento, se verão obrigados a suplementar os recursos subtraídos, sob pena de verem o caos da desassistência. A desvinculação de orçamento e extinção dos mínimos constitucionais são um grave risco e ameaça para o SUS, pois certamente não seriam adotados para ampliar orçamento. Acredito no papel agregador do Conass e na relevância de sua atuação na mobilização de secretários, senadores, deputados federais e as bancadas de cada estado para alertar sobre este risco, denunciar suas consequências deletérias sobre o financiamento e adequado funcionamento do SUS e, por fim, evitar a desvinculação ou a extinção dos mínimos constitucionais. A luta por vezes é desigual, mas acredito que o Congresso Nacional, Câmara dos Deputados

e Senado Federal terão sensibilidade para entender que reduzir recursos para a saúde não é o melhor caminho para promover bem-estar social para a população.

**Consensus Em relação à judicialização da saúde, o senhor afirmou que ela criminaliza, intimida e paralisa os gestores, levando-os a uma gestão defensiva. Qual é a sua opinião a respeito da judicialização e o que pode e deve ser feito em relação às demandas judiciais que têm desorganizado o planejamento orçamentário da gestão do SUS?**

**Alberto Beltrame** A judicialização da saúde é um fenômeno em expansão no país. Começou em alguns pontos prosaicos da assistência em que, mesmo regulados e definidos, havia falhas. As pessoas, então, recorriam ao judiciário para garantir o mínimo. Embora ainda com pendências, essa fase está sendo gradativamente vencida. Hoje nos deparamos com um processo de judicialização muito mais complexo que, por vezes, chega a parecer uma intervenção do Judiciário e do Ministério Público no Executivo. Nem sempre decisões judiciais são promotoras de justiça. Muitas vezes são geradoras de mais iniquidades e desigualdades. Ao gerar despesas não programadas ou mesmo indevidas, muitas destas decisões acabam por dar acesso a poucos a tecnologias, medicamentos e procedimentos que não estão disponíveis para todos por algum motivo ou mesmo por contraindicação técnica, o que gera ainda mais desigualdades no sistema. Para maior clareza sobre o que tratamos, se impõe a discussão sobre a finitude dos recursos que estão disponíveis, sobre a distância existente entre o sistema real e as condições dadas para colocar o ideário constitucional na prática do dia a dia. Entre o ideal e o possível há uma distância razoável. Resolver isso por meio da judicialização não me parece ser um

bom caminho. Temos de discutir também a criminalização da gestão. Em determinado momento o Judiciário cria tantos limites e define tantos parâmetros que as possibilidades de ação do gestor ficam extremamente restritas e reduzidas. Neste momento, o gestor passa a viver sob a ameaça de decisões, nem sempre adequadas, e, reativamente, acaba por adotar uma gestão defensiva, diante do temor e preocupação de como o Judiciário ou os órgãos de controle poderão interpretar suas ações. A situação é tão grave que há secretários que semanalmente ou mesmo diariamente, são ameaçados de prisão ou de terem suas contas pessoais bloqueadas. Toda essa situação reduz a criatividade e mesmo o entusiasmo das pessoas para tocar o sistema de saúde. O sistema de saúde tem regras, princípios e diretrizes, mas ele não prescinde da criatividade do gestor. Essa situação, paradoxalmente premia o “não fazer” e estimula o pacto pela mediocridade que é não fazer para não correr riscos. É muito importante que haja uma profunda reflexão dos secretários, do Judiciário, do conjunto da sociedade brasileira sobre o que de fato queremos e quais são os meios disponíveis para isso. Sem esta definição, ficaremos tateando no escuro, ou pior do que isso, deixando de fazer coisas necessárias por estarmos intimidados, com medo de sermos criminalizados. Não estou defendendo a impunidade e nem dizendo que vale tudo e pode tudo. O que defendo é que o grau de judicialização e de interferência do Judiciário chegou a um limite tal que pode paralisar a gestão do SUS.

**Consensus** O senhor afirmou estar ciente da importância da gestão tripartite e da parceria permanente com o Ministério da Saúde, com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e com o Conselho Nacional de Saúde (CNS). De que maneira o senhor preten-

**de, junto com a diretoria do Conass, conduzir esta relação?**

**Alberto Beltrame** A estreita cooperação entre os gestores, estados, municípios e o Ministério da Saúde é essencial. A construção do SUS sempre foi fruto de consensos e pactuações entre os gestores. Mais do que um dispositivo legal, a gestão tripartite é extremamente importante, ou mesmo indispensável para o avanço da construção e da consolidação do sistema. Somente pela formulação coletiva de políticas públicas de saúde é que poderemos seguir em frente. Neste contexto, não é possível imaginar que apenas um ente conceba a política pública e os demais sejam seus meros executores. Entendo que a contribuição do Conass na ampliação da efetiva gestão tripartite é fundamental, pois nossa ação e prática têm como ponto de partida o pressuposto da vontade política de fortalecer esse mecanismo, suas instâncias colegiadas e comissões temáticas como forma de fortalecer o próprio SUS e seus gestores. Utilizar estes fóruns para expor nossos pontos de vista, nossas opiniões, as dificuldades que enfrentamos no dia a

*É muito importante que haja uma profunda reflexão dos secretários, do Judiciário, do conjunto da sociedade brasileira sobre o que de fato queremos e quais são os meios disponíveis para isso*

*Mais do que um dispositivo legal, a gestão tripartite é extremamente importante, ou mesmo indispensável para o avanço da construção e da consolidação do sistema*

dia da gestão e em conjunto deliberar sobre encaminhamentos das políticas públicas de saúde nos fortalece para, juntamente com o Ministério e os municípios, coordenarmos a implantação, a avaliação e a obtenção de melhores resultados dessa políticas. O Conass, como reafirmei na posse, tem integral disposição de cooperar com o Ministério da Saúde e com o Conasems para essa construção colegiada que nos permita avançar juntos. É importante ressaltar, no entanto, que tal disposição não significa alinhamento automático ou submissão, mas sim, como entes autônomos, com maturidade, com boa vontade e com espírito público, contribuir para que tenhamos um melhor sistema de saúde para nossa gente. Como presidente do Conass, tenho como espírito e intento, juntamente com todo o colegiado, construir pontes de entendimento e de promoção de boas práticas para melhorar o SUS e, sobretudo, para diminuir o sofrimento das pessoas que aguardam por uma ação do sistema público de saúde e que nele possam ver uma esperança de dias melhores no atendimento de suas necessidades tanto assistenciais quanto de promoção, educação em saúde e fortalecimento de hábitos saudáveis de vida.

**Consensus Sabemos que o senhor tem grande experiência no que diz respeito à Atenção Primária à Saúde (APS), tendo por duas vezes exercido o cargo de Secretário**

**de Atenção à Saúde. Em sua posse, destacou a necessidade da organização da APS para o sucesso do SUS e para a garantia do acesso, reforçando a ideia do Ministério da Saúde em fortalecê-la com a criação de uma nova Secretaria para a APS. Que medidas pretende tomar, junto aos demais secretários estaduais de saúde e ao próprio MS, para que a APS seja de fato mais forte e resolutiva?**

**Alberto Beltrame** A APS é a espinha dorsal do sistema de saúde a balizar, organizar, estruturar e nortear a atenção nos seus diferentes níveis. Assim, melhorar a organização da atenção primária, garantir sua adequada articulação com a atenção especializada, ampliar e qualificar o acesso da população brasileira aos serviços e ações de saúde, além de enorme desafio a ser enfrentado, é o caminho correto a ser trilhado. É determinante que se invista em estratégias de provimento e fixação de profissionais em todo o território nacional, na educação permanente e na organização dos processos de trabalho. Só assim consolidaremos um modelo de atenção que corresponda à situação epidemiológica e demográfica do país e atenda suas necessidades. Vale ressaltar ainda a importância da implantação das Redes de Atenção à Saúde de forma regionalizada, tendo como fio condutor e orientador a APS, algo que somente será efetivado se contarmos com uma APS fortalecida. Não há como ter sucesso na or-

ganização e estruturação das redes sem que a atenção primária seja forte, de qualidade e que seja capaz de resolver a maior parte das demandas assistenciais, reduzindo consequentemente a pressão, a sobrecarga e o uso desnecessário da atenção hospitalar. Saudamos a criação da Secretaria de Atenção Primária em Saúde na estrutura do Ministério e a importância que o ministro tem dado à esta pauta em sua gestão.

**Consensus O senhor é secretário estadual de Saúde do Pará, um estado localizado na região Norte do país cujas peculiaridades a diferem das demais regiões e que exigem um olhar diferenciado para as demandas de saúde dessas populações que a habitam. Essas especificidades exigem, muitas vezes, além de políticas públicas diferenciadas, um financiamento mais adequado às realidades locais. Qual será sua estratégia junto aos demais gestores estaduais desta região em relação a estas demandas?**

**Alberto Beltrame** Ao longo de toda minha atuação na vida pública e profissional, tive oportunidade de conhecer todo o Brasil, em especial quando atuei no Ministério da Saúde e no Ministério do Desenvolvimento Social. Agora, graças à confiança do governador Hélder Barbalho, estou tendo a rara oportunidade de agregar à minha trajetória, a enriquecedora experiência como secretário de Estado da Saúde do Pará e de conhecer melhor o estado e a Região Amazônica. Essa vivência me permitiu constatar que o Brasil é, realmente, um país de dimensões continentais, com enormes desigualdades e iniquidades regionais, com as mais diversas realidades climáticas, econômicas, sociais, populacionais, culturais e com diferentes perfis epidemiológicos e determinantes sociais da saúde. O planejamento de um adequado sistema de saúde e o desenho de políticas públicas para o setor, portanto, deve

levar em conta toda esta diversidade e tratar desigualmente os desiguais. O sistema e seus gestores devem se adequar a isso, conformar sua ação a essa diversidade buscando, de forma criativa, adaptar posturas e políticas de forma a melhor contemplar essas realidades e atender suas necessidades. A região norte do Brasil, bem como todas as demais regiões, tem suas próprias peculiaridades, diferenças e características. Todas devem ser compreendidas, respeitadas e contempladas por um sistema de saúde com a amplitude do SUS. A Região Amazônica em particular tem territórios gigantes, dispersão da população, dificuldades de acesso, diferente realidade climática e uma série de outros fatores que impactam a saúde, seus indicadores, sua governança e a gestão de seu sistema de saúde. Toda essa diversidade precisa ser adequadamente considerada no momento em que se define uma política nacional de saúde. Precisamos ter maturidade de compreender que tais diferenças existem e saber administrá-las sem que nos impeçam de formular políticas de caráter nacional, e que alimentem nossa sensibilidade para construir políticas de saúde que respeitem e contemplem as diferenças regionais. Assim, esta realidade regional, como a das demais regiões do país, devem ser consideradas quando do estabelecimento de critérios e exigências, como para a habilitação de serviços, por exemplo. O chamado Fator Amazônico no caso dos estados do Norte precisa ser levado em conta neste e em outros aspectos. Considerarmos burocraticamente que o país é absolutamente igual e que as exigências de qualificação de serviços devam ser iguais para todo o país é um equívoco que tem levado a várias distorções como a desassistência, o subfinanciamento e a iniquidade na partilha e distribuição de recursos financeiros para o custeio da saúde, realimentando as desigualdades regionais.

Precisamos identificar, combater e corrigir estas e outras distorções. O Conass tem um papel importante no encaminhamento dessas questões, para buscar soluções conjuntas, para levantar esses temas e contribuir para que seja reforçado o papel do Ministério da Saúde na promoção de equilíbrio e de combate às desigualdades regionais, de equalizador no melhor balanceamento da distribuição de recursos e do próprio acesso às ações e serviços de saúde em todo o país.

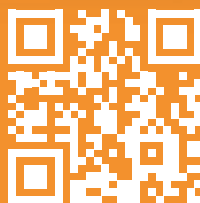
**Consensus Na posse o senhor disse já ter enfrentado muitas frustrações e desafios ao longo da sua história na saúde pública brasileira, especialmente em relação ao Sistema Único de Saúde. Quais são, em sua opinião os maiores desafios para o SUS nos próximos anos?**

**Alberto Beltrame** Na minha posse mencionei alguns fatos históricos que tive oportunidade de vivenciar ao longo desses mais de 30 anos, pouco antes da implantação do SUS e durante todo o processo de implantação do sistema. Poderia dizer que tivemos grandes alegrias, grandes avanços e algumas frustrações. Coletivamente, estamos construindo um dos mais generosos, adequados, qualificados e maiores sistemas públicos de saúde de todo o mundo. Seus princípios, diretrizes e qualidades como a gratuidade, a equidade, a universalidade da atenção, a organização de sistemas de uma forma hierarquizada, considero essenciais num sistema de saúde. Num balanço geral, poderia dizer que o saldo é muito positivo e que é muito gratificante ter participado e continuar participando desse processo de construção diária do SUS

e da luta diária por sua consolidação. Ao longo desse tempo houve também frustrações, principalmente no que diz respeito ao financiamento do sistema. No entanto, nenhuma dessas decepções nos fez esmorecer em nossos princípios e na certeza de que a luta deve continuar com o mesmo entusiasmo do primeiro dia da concepção do SUS. Me sinto revigorado na presidência do Conass e na defesa do sistema e absolutamente confiante de que ainda temos muitos passos importantes a serem dados na direção do que sonhamos na década de 1980: um sistema capaz de atender melhor a nossa gente. Seguirei fazendo isso com o mesmo entusiasmo do primeiro dia da minha trajetória no SUS, agora no Conass e na SES/PA. Essa é a tarefa do agente público: lutar, construir, participar dos processos, entender que as conjunturas mudam, que as situações políticas e econômicas também mudam e que por isso é importante termos firmeza de intenções e de propósitos. O nosso primeiro compromisso é aperfeiçoar o sistema de saúde e atender melhor nossa população. Diante disso, não há frustração que nos faça parar. Elas apenas alimentam nosso espírito de luta, de perseverança, de resiliência e reforçam a necessidade de continuar defendendo aquilo em que acreditamos desde o início. O Brasil precisa consolidar o seu sistema de saúde que, como já disse várias vezes, é um dos mais generosos do mundo, um dos mais importantes e como disse no início desta entrevista, com certeza um grande avanço civilizatório da sociedade brasileira, talvez o maior processo de inclusão social jamais realizado no Brasil e nessa escala, provavelmente, um dos maiores também do mundo. ■



# BIBLIOTECA DIGITAL DO CONASS



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



# *Planificação da Atenção à Saúde*

ADRIANE CRUZ

**Integração das atenções Primária, Especializada e Hospitalar e organização dos serviços em Redes de Atenção à Saúde já apresenta resultados exitosos**

A integração dos sistemas de saúde é uma busca mundial. A Europa, por exemplo, está organizando os chamados “sistemas integrados” em rede e o Reino Unido também está determinado a integrar os sistemas de saúde por meio de seu plano estratégico. Trata-se de um movimento internacional ao qual o Brasil está conectado e apresenta avanços significativos no que concerne à legislação que dá base para a implementação das Redes de Atenção à Saúde – as RAS. A Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010; o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011; e a Resolução CIT n. 37, de 22 de março de 2018 consolidam de maneira abrangente o alicerce normativo para construção das redes.



Saiba mais sobre  
o Pases em  
[bit.ly/2Kp12Vl](https://bit.ly/2Kp12Vl)



A assessora técnica do Conass, Maria José Evangelista, ressalta o papel dos gestores no processo de implantação das RAS e lembra que os estados podem contar com o Conass, por meio dos projetos do Programa de Apoio às Secretarias Estaduais de Saúde (Pases). “Podemos afirmar que a organização das atenções Primária, Especializada e Hospitalar em rede dá certo. E para apoiar os estados que queiram avançar, o Conass aponta dois caminhos: o projeto Planificação da Atenção à Saúde, do Pases; e o projeto PlanificaSUS, do Proadi, ao qual aderiram 22 estados”, relata. O Conass e o Hospital Albert Einstein estão realizando nesses estados a reunião preparatória, explicando ao corpo técnico da secretaria como se dá o projeto e quais as responsabilidades de cada um. “Além da decisão política, o gestor estadual precisa apoiar e agregar o conjunto dos técnicos nas secretarias”, afirma a assessora.

Cabe ressaltar que a operacionalização das RAS é um grande desafio para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), potencializado pela urgência da necessidade de organizar os sistemas de saúde em redes devido às transições inexoráveis na condição de saúde das pessoas.

A primeira destas transições é a demográfica, imposta principalmente pelo aumento da expectativa de vida dos cidadãos. A segunda, a incorporação tecnológica, que é mais rápida e profunda e, apesar de auxiliar os sistemas de saúde no diagnóstico e tratamentos, traz para o setor inúmeros desafios, pois o alto volume das tecnologias supera a capacidade dos sistemas em aplicá-las de forma racional.

Ainda sobre a transição tecnológica, o especialista em saúde e consultor do Conass, Eugênio Vilaça, destaca uma nova realidade. As inovações disruptivas, que são tecnologias, produtos e/ou serviços que rapidamente tornam-se simples, convenientes e acessíveis. “Estamos falando de inteligência



Eugênio Vilaça Mendes, consultor do Conass

artificial, *machine learning*, *Big Data*, sensores biométricos, medicina genômica, impressoras 3D, robótica, nanotecnologia, imunoterapia, holografia, medicina preditiva, medicina de precisão, entre outras, que não são mais medicina de futuro, mas do agora, pois já estão disponíveis e cada dia mais acessíveis aos governos, empresas e cidadãos”. E alerta que essas tecnologias podem trazer mudanças significativas também no emprego e força de trabalho na saúde.

Vilaça também ressalta que regiões de baixa densidade demográfica podem se beneficiar com os impactos disruptivos das tecnologias na saúde, onde os atendimentos a distância podem contribuir com os sistemas de saúde dessas regiões. “A Kaiser Permanente, que, na minha opinião é o melhor sistema de saúde do mundo, em 2016 fez uma ruptura importante que resultou em 52% de atendimentos a distância e 48% presenciais. Se nos prepararmos para o modelo disruptivo, podemos repensar um modelo de rede com atendimentos a distância para essas regiões”, explica.

Outra transição em curso e que já alterou completamente o padrão de saúde dos

brasileiros é a epidemiológica. Em meados do século passado, por exemplo, metade das mortes no Brasil eram por doenças infecciosas. Hoje, elas representam apenas 4% do total. Ou seja, epidemiologicamente evoluímos para a predominância das doenças e condições crônicas. E como lidar efetivamente com esse novo padrão? Só com a integração das atenções Primária, Ambulatorial Especializada e Hospitalar e com a organização dos serviços de saúde em redes será possível enfrentar a condição crônica de saúde, crescente e prevalente, modificando um modelo de sistema desenvolvido na metade do século passado, para as doenças infecciosas, que não dá conta de uma situação de saúde do século 21, conforme esclarece o consultor.

### Integrar para qualificar e para aproximar

A proposta das RAS é uma organização contínua das atenções primária, secundária e terciária. “A rede desorganiza a ordem hierárquica e orienta para a atenção crônica e aguda, se voltando não para indivíduos, mas para a população. O sujeito passa a ser agente da própria condição de saúde, ativado pela ferramenta do autocuidado apoiado”, explica Eugênio Vilaça. E complementa que, nestes termos, a ação passa a ser proativa e integral, contemplando prevenção, promoção, cura, reabilitação e palição. A ênfase é no cuidado interdisciplinar em um sistema cujo ente de coordenação é a APS.

Cabe ressaltar que, para atuar em rede, o pensamento deve ser sistêmico, considerando que a habilidade gerencial é mais complexa e implica em “enxergar a floresta e não somente cada uma das árvores”. Por isso, destaca Vilaça, “é preciso entender que não há soluções para os problemas a partir de mudanças de pontos de atenção isolados”.

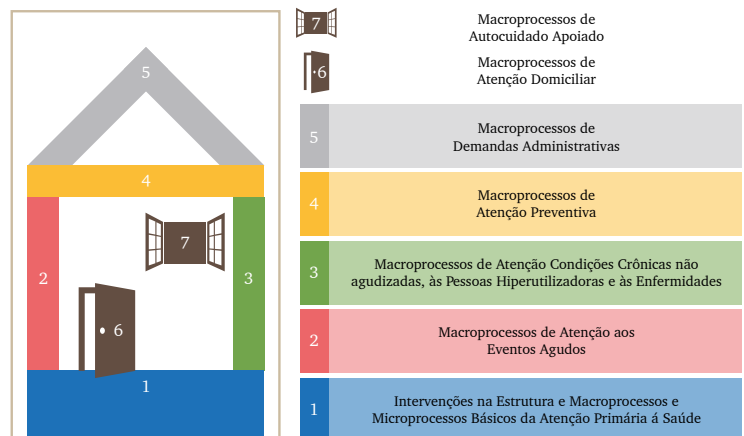
A ação em rede é feita, então, com a colaboração interna entre a APS, a AE e a AH e

eliminando também a fragmentação dentro de cada uma dessas atenções. Também se faz imprescindível que as pessoas – usuários, profissionais de saúde e gestores – dialoguem entre si e constantemente. Como implantar a rede? “Se quisermos transitar do modelo fragmentado para o sistema em rede, precisamos criar uma agenda de inovação que equilibre a sustentabilidade do sistema com agenda de mudanças disruptivas, o que implica em mudanças coordenadas, concomitantes e alinhadas entre si, entre o modelo de gestão, de atenção e de financiamento”, destaca Vilaça.

### A estrutura e o funcionamento da Redes de Atenção à Saúde

A rede se configura com três principais elementos: a população, os modelos de atenção e a estrutura operacional. Lembrando que a população de uma rede não é a mesma mensurada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ela é cadastrada e vinculada na APS, que organiza essa população, seus fluxos e contra fluxos ao longo da rede. Já os modelos de atenção são aqueles relacionados aos eventos agudos e às condições crônicas. A rede começa, então, com uma população cadastrada, vinculada, diag-

#### A metáfora da casa na construção social da APS



Fonte: Eugênio Vilaça Mendes

Maria José Evangelista,  
assessora  
técnica do  
Conass



nosticada e com risco estratificado na APS, que direciona como e que usuários serão encaminhados aos centros de atenção secundários e terciários (hospitalares e ambulatoriais). Para tanto, são necessários sistemas de apoio como formação em saúde, teleassistência, Assistência Farmacêutica e diagnóstico terapêutico, além dos sistemas logísticos, de acesso regulado, registro eletrônico e o sistema de transporte em saúde, eletivo e de urgência. A todo esse conjunto dá-se o sistema de governança das redes.

O processo de integração em rede começa com a APS, que cumpre os papéis de manter e atualizar a base populacional; resolver a grande maioria dos problemas de saúde; e coordenar fluxo de pessoas, produtos e informação ao longo da rede. “No Conass, desenvolvemos a metáfora da casa (página anterior), utilizada nas oficinas da Planificação da Atenção à Saúde (PAS). Qualquer casa precisa de um bom alicerce, que nessa metáfora são os macro e micro processos da APS; a atenção aos eventos agudos; os macroprocessos de atenção às condições crônicas não agudizadas, enfermidades e pessoas hiperutilizadoras; e os macroprocessos de atenção preventiva. No telhado estão as demandas administrativas, da atenção domiciliar, do autocuidado apoiado e do

cuidado paliativo. Então, temos todos esses processos totalmente mapeados e em condições de ser implantados”, explica o consultor.

O maior obstáculo para implementação das redes no SUS era por uma política clara de como implementá-las, principalmente se considerarmos que a governança em rede é diferente da hierárquica, onde a coordenação é feita por uso de planos, rotinas e protocolos desenhados por aqueles que ocupam o topo da escada. “Em rede, a coordenação é por meio de interação entre gestores interdependentes em processo de negociação e tomada de decisão coletiva. O SUS acertou redondamente quando propôs as comissões Intergestores Tripartite e Bipartite, porque essa é a forma ideal de governar em rede, o que requer colaboração e cooperação”, destaca.

Outro ponto importante do funcionamento das redes é que sua organização tem fundamentos como a relação entre economia de escala, qualidade da atenção e acesso. Ou seja, ao instituir a rede, há pontos de atenção que devem ser descentralizados, a APS deve ser perto da casa das pessoas, mas não devem haver hospitais, laboratórios e centros de especialidades em todos os municípios. “A saúde é o único setor da economia que a escala está ligada à qualidade, por isso, é preciso descentralizar a APS e a Atenção Especializada (AE) em microrregiões, centralizando os hospitais e os ambulatorios terciários nas macrorregiões e regiões ampliadas”. Conclui enfatizando que a resolução CIT n. 37 diz claramente como implantar as redes por meio do processo de Planejamento Regional Integrado, coordenado pelo estado, o que compete mais responsabilidade aos secretários estaduais de saúde.

“Não vai ter rede se os estados não coordenarem esses processos. O Ministério da Saúde está muito distante da ponta e os municípios, por si só, não têm a capacidade de se coordenarem. Portanto, se os estados



Assista ao  
documentário  
Resultados da  
Planificação  
da Atenção  
à Saúde  
[bit.ly/2WsbRfj](http://bit.ly/2WsbRfj)



não assumirem esse papel com a liderança dos secretários, não vamos ter rede”, alerta. Vilaça argumenta que a rede deve ser definida a partir de regiões de saúde e para garantir a resolubilidade, organizada no espaço regional ampliado.

### Ministério da Saúde cria Secretaria de Atenção Primária à Saúde

Foi publicado no dia 17 de maio de 2019, Decreto n. 9.795, que institui a Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde. A criação da secretaria, segundo Erno Harzheim, que assumiu a pasta, dá prioridade à Atenção Primária à Saúde (APS), que terá financiamento e estrutura próprios, além da relevância simbólica por constar no organograma do Ministério da Saúde. Para Erno, esse reforço também irá influenciar positivamente as secretarias estaduais e municipais de saúde na gestão da APS.

A secretaria é composta por três departamentos: O Departamento de Saúde da Família, cujo papel é cuidar da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com foco no reforço da cobertura assistencial e na qualidade dos serviços prestados, tendo como guia os atributos essenciais da APS (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade). Já o Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas cuidará das políticas relacionadas aos ciclos de vida (saúde da mulher, da criança, do adolescente, do homem e do idoso), e também da saúde mental, esta por meio de uma coordenação específica dentro do departamento. O Departamento de Promoção da Saúde dá ênfase em três principais áreas: alimentação e nutrição; atividade física e ações intersetoriais; e manejo das condições crônicas e controle e combate ao tabagismo. “Também uma área destinada a qualificar o cuidado das crônicas dentro da APS, mas não só na APS e tendo um papel muito importante de integração com a Secretaria de Atenção Especializada e a Secre-

taria de Vigilância em Saúde, levando a questão das crônicas e da sua relevância epidemiológica mundial, especialmente no Brasil, para dentro de todo o Ministério da Saúde. Com isso, acompanharemos de perto os fatores de risco das principais condições crônicas dos brasileiros”, explica Erno.

As principais estratégias para fortalecer a APS são o Programa Saúde na Hora, com foco na dificuldade de acesso que, segundo pesquisas, é o atributo pior avaliado pelos usuários. Para tanto, foi publicada no dia 15 de maio a portaria, que dobra o financiamento para as unidades que ampliarem o horário de atendimento e incluïrem uma carteira de serviços maior em sua estrutura. Também será enfatizada a formação e provimento dos profissionais médicos, para substituição gradual do Programa Mais Médicos.

Outra estratégia será um novo modelo de financiamento da APS, que, segundo o secretário, será discutido com a sociedade e instituições de gestores (Conass e Conasems). No segundo semestre, a regionalização vai ganhar reforço. “Teremos dois focos muito importantes: o das redes integradas com ênfase nas questões de escala (quais equipamentos



Decreto n. 9.795  
de 17 de maio  
de 2019  
[bit.ly/2Mo7oXm](https://bit.ly/2Mo7oXm)



Erno Harzheim,  
secretário  
de Atenção  
Primária à  
Saúde



sanitários e serviços de saúde são necessários e para qual população dentro de determinada região) e também a oferta de procedimentos, que será planejada tanto do ponto de vista das necessidades, quanto da contratualização de serviços”, esclarece, ressaltando a relação entre entes municipais e o papel de destaque para o estado, que “tem que ser o grande ente moderador dessa discussão”.

Harzheim destaca que outro foco da estratégia de regionalização é criar estruturas de apoio aos pequenos municípios, aproveitando a relação entre eles no intuito de que complementem entre si as necessidades que não são plenamente atendidas na Atenção Primária à Saúde, tanto do ponto de vista do manejo e diagnóstico terapêutico dos problemas de saúde, como da gestão destes municípios.

### APS: eficiente e estruturante para o Sistema Único de Saúde

Internamente, no Ministério da Saúde, a importância da Atenção Primária à Saúde está sendo reforçada entre as equipes. “O ministro Mandetta fala disso em todas as reuniões internas e funcionários do ministério sempre souberam que a insuficiência da APS impede que os outros pontos assistenciais consigam se dedicar de maneira mais clara, sustentável e eficiente ao seu próprio fim”, relata Erno.

Diante disso e considerando que atualmente, 75% a 80% das pessoas que procuram Unidades de Pronto Atendimento são classificadas como azul e verde, ou seja, não urgentes, o secretário defende que essas pessoas devem ser acolhidas e atendidas na ESF e na APS. “Também por isso apostamos na expansão do horário de atendimento, por-



Alberto Beltrame, presidente do Conass

que não adianta dizer para as pessoas que procurem uma Unidade Básica de Saúde ao invés do Pronto Socorro se ao chegarem lá estas unidades estarão fechadas ou se o atendimento se dá apenas se estiver previamente agendado”, diz. Para tanto, segundo o secretário, também se faz necessária uma mudança no processo de trabalho das equipes, considerando que se um usuário é classificado como urgente na APS, ele deve ser prioritariamente atendido.

Alberto Beltrame, secretário de Saúde do Pará e presidente do Conass, destaca que a criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde na estrutura do Ministério da Saúde sinaliza a importância que o governo dá ao tema. “Melhorar a organização da Atenção Primária, garantir sua adequada articulação com a atenção especializada, ampliar e qualificar o acesso da população brasileira aos serviços e ações de saúde são enormes desafios a serem enfrentados”.





Mauro Junqueira, presidente do Conasems

Além disso, afirma que investir em estratégias de provimento e fixação de profissionais em todo o território nacional, na educação permanente e na organização dos processos de trabalho são determinantes para consolidar um modelo de atenção que corresponda à situação epidemiológica e demográfica do país e atenda suas necessidades.

Beltrame enfatizou ainda que a implantação das RAS de forma regionalizada somente será efetiva se a APS for fortalecida. “Não há como organizar as Redes de Atenção à Saúde sem uma APS forte, resolutiva e de qualidade, que seja capaz de resolver a maior parte das demandas assistenciais, reduzindo a pressão, sobrecarga e o uso desnecessário da atenção hospitalar.

“A nova secretaria precisará atuar de forma articulada às demais e contribuir para o fortalecimento da integração e complementariedade dos três níveis de atenção, auxiliando a romper com a fragmentação do

sistema, que é um dos grandes problemas do SUS”, disse.

Para o presidente do Conasems, Mauro Junqueira, a criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde é uma sinalização importante para valorização da Atenção Primária à Saúde em todo território nacional, deixando clara a prioridade do governo em investir na APS, que está presente nos 5.570 municípios brasileiros. “Esperamos que o programa que será apresentado por esse governo melhore o provimento dos médicos em todas as localidades do país, privilegiando as áreas de maior complexidade e vulnerabilidade social, de fronteiras, indígenas, e também as regiões metropolitanas e capitais onde tem bolsões de pobreza”, enfatizou. Junqueira também falou da importância da formação e residência médica que, segundo ele, deve criar e direcionar mais vagas para a medicina de família e comunidade, além da pediatria e da ginecologia e obstetrícia, que já apresentam carência e vazios assistenciais.

Apesar da expectativa positiva com a criação da secretaria e qualificação efetiva da Atenção Primária à Saúde em todo país, o presidente do Conasems ressaltou que não existe margem orçamentária para grandes ampliações na APS e que o orçamento apresentado pela Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) para o próximo ano tem uma margem “insignificante”. “Por isso, é preciso um trabalho interno no Ministério da Saúde, identificando possíveis ajustes e economias em grandes licitações, principalmente na área de medicamentos, para que a APS tenha um pouco mais de recursos dentro do orçamento do ministério, uma vez que atinge 100% dos municípios brasileiros”, defende. ■

# *Reestruturação dos Fundos Estaduais de Saúde*

TATIANA ROSA

**Projeto do Conass auxilia gestores a organizar e adequar os Fundos Estaduais de Saúde à legislação vigente**

**O**rganizar os Fundos Estaduais de Saúde de maneira que eles estejam em conformidade com a Lei Complementar n. 141/12 e com a Emenda Constitucional n. 29, por meio de um projeto de lei e um decreto regulamentador é a proposta do Conass que compõe um dos eixos do Projeto de Reestruturação Gerencial das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), do Programa de Apoio às SES (Pases).

Esta proposta surgiu, segundo a assessora técnica do Conass e responsável pela Câmara Técnica de Gestão e Financiamento (CTGF),

Viviane Rocha de Luiz, a partir das dificuldades apresentadas pelos estados em relação ao tema, nas assembleias do Conselho e também nas reuniões da câmara técnica em questão.

Até o momento, onze estados aderiram e já iniciaram o projeto nas SES, por meio de videoconferência com a assessora Viviane Rocha e o consultor do Conass, Sady Carnot Falcão Filho.

Viviane ressaltou que desde 2017 o Conass já tem auxiliado alguns estados a mudarem as suas leis do Fundo Estadual de Saúde.

“Temos estados com suas propostas de lei e de decreto prontas e que precisam ser aprovadas nas suas respectivas assembleias, como fez o Piauí”, comentou.

Sady Carnot destacou que o objetivo é proporcionar aos estados o cumprimento das determinações explícitas nestas legislações, uma vez que muitos estados ainda se pautam por leis estaduais antigas.

Na primeira videoconferência realizada com as secretarias estaduais de saúde que aderiram ao projeto, o consultor explicou alguns aspectos relevantes que devem ser considerados em relação aos Fundos de Saúde, sobre a Lei complementar n. 141/12 e também sobre a gestão orçamentária e financeira do SUS.

Ex-secretário de planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde e ex-diretor do Fundo Nacional de Saúde, Carnot fez questão de ressaltar o preceito constitucional que os Fundos Estaduais de Saúde têm, citando o artigo 7º da Constituição Federal que determina que os recursos dos estados, do Distrito Federal e dos municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde, assim como os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio

De acordo com o artigo 14 da Lei n. 141/12, o Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.



de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde. “É importante dizer que os fundos de saúde não surgiram do acaso, eles já tinham todo um arcabouço jurídico legal há muitos anos e o principal deles são os preceitos constitucionais. Foi a partir de 1988, com a Constituição Federal, que os Fundos passaram a ter uma relevância que até então não tinham, pois eram considerados meros instrumentos contábeis de acordo com a Lei n. 4.320/64”, destacou.

Sobre a Lei Complementar n. 141/12, Carnot observou que ela não foi editada como desejada e idealizada à época, mas destacou que dentro do contexto foi o possível a ser feito. “Nossa principal reivindicação, além da regulamentação da EC n. 29, era estabelecer os 10% das receitas brutas da União para a saúde, o que infelizmente não aconteceu”, lamentou.

### Organização dos Fundos Estaduais de Saúde

Alguns aspectos legais devem ser considerados quando se pretender organizar os

.....  
Viviane Rocha,  
assessora  
técnica do  
Conass

Fundos Estaduais de Saúde. É importante observar que a instituição do fundo de saúde depende de autorização legislativa, conforme preceitua a Constituição Federal e conforme também é previsto no art. 14 da LC n. 141/12.

Já sobre um possível projeto de lei que discipline a constituição do fundo, Carnot afirmou que ele pode ser mais abrangente ou sintético, conforme a conveniência do Ente Federativo. Segundo ele, em outra hipótese, a regulamentação será feita por instrumentos complementares apropriados. “Em qualquer caso, é imprescindível a definição de alguns aspectos, tudo em conformidade com a legislação básica da saúde, ou seja, as Leis n. 8080 e n. 8142/90 e a LC n. 141/12”.

Sobre os aspectos mencionados, ele explicou ainda que não há uma estrutura única recomendável, mas é essencial que requisitos básicos de organização sejam aplicáveis a todos os casos, independente da estrutura organizacional adotada, como modalidades de transferência de recursos; planejamento orçamentário e financeiro; programação financeira; execução orçamentária e financeira; contabilidade; informações sobre a gestão do SUS, tais como acompanhamento, controle e avaliação da efetividade das ações e serviços em saúde em face da aplicação dos recursos do SUS entre outros.

Além dessas recomendações, algumas providências político-administrativas também devem ser implementadas no estado, como designação do gestor do Fundo de Saúde, a definição e o treinamento da equipe, a disponibilização da área física e dos equipamentos de informática e de comunicação, bem como da autonomia adminis-



Sady Carnot, consultor do Conass

trativa e financeira do Fundo para gerir os recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde.

“Os gestores estaduais também precisam realizar uma análise organizacional dos processos de trabalho. Além do mais, devem oferecer recursos materiais e humanos necessários à sua efetivação”, ressaltou, referindo-se à infraestrutura necessária para a implantação dos fundos.

Ao organizar as estruturas do Fundo de Saúde explica que se organizam também as estruturas da legislação e trabalha-se uma questão fundamental que é o financiamento da saúde pública no Brasil. “Quando falamos em organizar a lei dos fundos estamos falando de financiamento, de como fazer a aplicação da contabilidade nacional, de prestação de conta, do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) e de mais uma série de questões que a LC n. 141 traz. Nesse contexto, o fundo é o principal instrumento de gestão da saúde pública brasileira no tocante ao financiamento, daí a importância desse projeto para as secretarias estaduais de saúde”, concluiu. ■



# 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DEMOCRACIA E SAÚDE

Brasília - DF, 4 a 7 de agosto de 2019

Informações pelo site do CNS:  
[conselho.saude.gov.br/16cns/](http://conselho.saude.gov.br/16cns/)

# *Toma posse a Diretoria do Conass 2019-2020*

TATIANA ROSA

## Autoridades e secretários estaduais de saúde participaram da solenidade

**E**m uma cerimônia que contou com a presença da diretora geral da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas/OMS), Carisse Etienne, e de autoridades como ministros, senadores, deputados e ex-ministros da saúde, a diretoria do Conass para a gestão 2019-2020 tomou posse no dia 23 de abril, em Brasília.

Em seu discurso, o presidente eleito, secretário de Estado da Saúde do Pará, Alberto Beltrame, fez uma análise da sua trajetória na saúde pública, destacando sua participação na formação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país quando, entre os anos de 1986 e 1990 foi superintendente Regional do extinto Inamps no Rio Grande do Sul. “Vi nascer todas as instâncias colegiadas do SUS, como o Conass, o Conasems e o Conselho Nacional de Saúde e tive a felicidade de poder participar em diversos governos, da construção desse sistema”, disse.

Beltrame afirmou ainda que muitos foram os desafios enfrentados ao longo desses anos e chamou a atenção para a possível desvinculação total das receitas. “Espero que não tenhamos mais esta decepção, pois o mínimo

constitucional para a saúde é uma conquista da sociedade brasileira e não podemos permitir que se abra mão disso”.

Ao assumir a presidência, o secretário agradeceu a missão a ele confiada e disse ter consciência de que a cordialidade, a democracia e a construção de consensos são a essência do Conass. “Sigo um trabalhador do SUS como sempre fui, ciente da importância da gestão tripartite, da parceria permanente com o Ministério da Saúde, com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e com o Conselho Nacional de Saúde (CNS)”.

O presidente do Conass citou ainda que sua gestão será pautada pela agenda de prioridades definida pelo Conselho e apresentada em 2018 aos candidatos à presidência da república. Além dessas questões, destacou a necessidade de um novo pacto federativo e reforma tributária, a descriminalização dos gestores do SUS e a organização da Atenção Primária à Saúde. “A criminalização da gestão intimida e paralisa os gestores e nos leva a uma gestão defensiva. Reafirmo meus compromissos pessoais e institucionais pela



Conheça a experiência profissional do presidente do Conass  
[bit.ly/2EGae3B](https://bit.ly/2EGae3B)





Assista a  
Solenidade  
de Posse em  
[bit.ly/2XsqxZr](https://bit.ly/2XsqxZr)



defesa incondicional dos avanços, das conquistas e dos princípios constitucionais do SUS”, concluiu.

Ao transmitir o cargo à Beltrame, o ex-presidente do Conass, Leonardo Vilela, disse estar certo de que a nova diretoria fará uma excelente gestão frente ao Conselho, pois além da vasta experiência do presidente, conta com um corpo de vice-presidentes e secretários qualificados. “Com certeza, com a sensibilidade e o espírito político que o Beltrame tem, aliados à qualidade dos seus vices e dos secretários estaduais de saúde que assumiram este ano, o Conass vai trilhar caminhos ainda mais expressivos e significativos, influenciando cada vez mais nas políticas de saúde do país”.

O governador do Pará, Helder Barbalho fez questão de prestigiar a posse do seu secretário de saúde. Afirmou ter expectativas de que a participação do estado no fórum dos gestores estaduais de saúde possa contribuir efetivamente para a entrega de uma saúde pública de qualidade para o cidadão,

fazendo valer o seu direito constitucional.

Fernando Pigatto, presidente do CNS, ressaltou ser de todos gestores, trabalhadores e usuários a responsabilidade pelo fortalecimento do controle social no SUS e também chamou a atenção para a necessidade de se enfrentar o desfinanciamento do sistema.

Representando o Conasems, Charles Tocantins, falou sobre os desafios postos aos gestores do SUS, como a incorporação tecnológica, a vigilância em saúde e o financiamento. “Estamos à disposição do Conass para juntos continuarmos a fazer muito mais pelo Brasil e pelo SUS”.

A diretora geral da Opas/OMS, Carissa Etienne, destacou a longa história de cooperação entre as instituições que, segundo afirmou “caminham lado a lado há anos na luta pela construção e consolidação do SUS”.

E repetiu uma frase, segundo ela, sempre dita em seus compromissos profissionais: “o mundo inveja o SUS e nós devemos nos orgulhar dele”, disse sob aplausos.



As fotos da solenidade estão disponíveis na galeria do Flickr do Conass [bit.ly/2Z3ejXH](https://www.flickr.com/photos/conass/2233333333/)



Ex-presidente do Conass, o ministro da Cidadania, Osmar Terra, também prestigiou a posse da diretoria. “Foi uma honra presidir esta instituição e me orgulho dessa trajetória, pois tive a oportunidade de fazer mais pela sociedade e pela política de saúde pública no Brasil. Com a liderança e competência do Beltrame, tenho certeza que o Conass vai exercer um protagonismo importante no que está por vir de melhor para o SUS no Brasil”.

Encerrando a cerimônia, o ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, observou que embora o SUS tenha nascido na Constituição Federal de 1988, muitos trabalhadores importantes para sua história o antecederam e fizeram muito pela saúde pública no país.

Mandetta pontuou algumas questões importantes que precisam ser revistas para que o sistema se consolide e fortaleça, como a judicialização, os recursos humanos, a organização das redes de atenção, entre outros. “Temos que construir um sistema coletivo onde a nossa maior ameaça é a fragilidade dos recursos humanos em saúde”, alertou, colocando-se à disposição do Conass e desejando sorte à nova diretoria. “Vamos somar nossos esforços para irmos mais longe”.

Confira a composição da Diretoria do Conass eleita para a gestão 2019/2020.

**Presidente**

Alberto Beltrame (PA)

**Vice-presidentes regionais**

*Centro-Oeste:* Geraldo Resende (MS)

*Nordeste:* Carlos Eduardo Lula (MA)

*Norte:* Fernando Máximo (RO)

*Sudeste:* Nésio Fernandes (ES)

*Sul:* Carlos Alberto Gebrim Preto (PR)

**Conselho Fiscal – Titulares**

Cláudia Luciana de Sousa M. Veras (PB)

Florentino Alves Veras Neto (PI)

Renato Jayme da Silva (TO)

**Conselho Fiscal – Suplentes**

Alysson Bestene Lins (AC)

Helton de Souza Zeferino (SC)

Valberto de Oliveira Lima (SE)

**Representante do Conass na Anvisa**

**Titular:** Osnei Okumoto (DF)

**Suplente:** José Henrique Germann Ferreira (SP)

**Representante do Conass na Agência**

**Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**

**Titular:** Edmar Santos (RJ)

**Suplente:** Ismael Alexandrino Júnior (GO)

**Representante do Conass na Hemobrás**

Leonardo Moura Vilela (Conass)

**Secretário Executivo**

Jurandi Frutuoso (Conass)

Acesse a galeria de presidentes e a história do Conass em

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





Três volumes com capítulos escritos por especialistas ligados aos sistemas de saúde, de justiça e de ensino



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

# MANEJO INTEGRADO DE VETORES

FERNANDO CAMPOS AVENDANHO

Assessor Técnico do Conass

RODRIGO FABIANO DO CARMO SAID

Coodenador Geral de Vigilância de Arboviroses do Ministério da Saúde

## Introdução

Em um cenário global, fatores sociais, demográficos e ambientais levaram ao aumento de muitas doenças transmitidas por vetores nos últimos anos, com registro de grandes surtos de dengue, malária, *chikungunya*, febre amarela e zika vírus desde 2014. As principais doenças respondem por cerca de 17% da carga global de doenças infecciosas, tirando mais de 700 mil vidas a cada ano, afetando principalmente as populações pobres.

Mais de 80% da população mundial vive em áreas com risco de transmissão de ao menos uma das principais doenças transmitidas por vetores e, para mais da metade da população mundial, o risco é de ter duas ou mais doenças. A probabilidade de infecção para certos patógenos virais é particularmente alta em cidades onde os mosquitos *Aedes* proliferam, tanto pelos habitats favoráveis quanto pelo contato próximo com seres humanos.<sup>1</sup>

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a maioria das doenças transmitidas por vetores é evitável, se seu controle for bem implementado. Seu impacto porém, ainda é limitado, por problemas relacionados à sua execução, resultantes de limitação nos investimentos, deficiências na organização da área de entomologia em saúde pública, da coordenação intra e intersetorial e dos sistemas de monitoramento. Além disso ainda é limitado o número de ferramentas para intervenção com evidências suficientes para sua incorporação.<sup>1</sup>

A dinâmica e o risco de transmissão de doenças por vetores estão mudando rapidamente devido à urbanização não planejada, maior movimentação de pessoas e bens, mudanças ambientais e desafios biológicos, como vetores emergentes resistentes a inseticidas e cepas de patógenos em evolução. Os sistemas de saúde devem estar preparados para detectar e responder de forma rápida e eficaz a essas mudanças. Tal resposta requer não apenas a disponibilidade de intervenções efetivas de controle baseadas em evidências, mas também

uma equipe bem treinada que possa construir sistemas sustentáveis para oferta e monitoramento de controle de vetores flexíveis. Esses sistemas devem suportar abordagens adaptadas aos contextos locais, assim como novas ferramentas e novos métodos. Para atingir esses objetivos, é urgente reformar as estruturas programáticas de controle de vetores.<sup>1</sup>

## Conceito

O Manejo Integrado de Vetores (MIV) é um processo racional de tomada de decisão para o uso otimizado de recursos para controle de vetores. Baseia-se em evidências e gestão integrada, promovendo o uso de uma série de intervenções – isoladas ou em combinação – selecionadas com base no conhecimento local sobre vetores, doenças e determinantes de doenças.

Considerando que alguns vetores podem transmitir diversas doenças, a abordagem MIV contempla intervenções eficazes contra vários vetores. O MIV é capaz, por exemplo, de selecionar a resistência a inseticidas, reduzindo a pressão imposta para sua utilização. Para tanto, a conceituação do MIV beneficiou-se do desenvolvimento no manejo integrado de pragas na agricultura, na qual a aplicação de inseticidas tornou-se o método de último recurso. Cabe destacar que a ação e inércia de outras divisões do setor de saúde e de outros setores públicos têm implicações importantes para a prevalência de doenças e populações de vetores. Assim, o MIV encoraja a colaboração efetiva dentro do setor de saúde

e com outros setores, assim como o empoderamento das comunidades.<sup>2</sup>

Essa abordagem procura melhorar a eficácia, a relação custo-efetividade, a integridade ecológica e a sustentabilidade do controle de vetores de doenças. Vem tendo porém baixa adesão, sendo necessário para tal maior apoio político e técnico, com vistas a ampliar a capacidade de defender, planejar e implementar uma “abordagem multi-doença”.<sup>3</sup>

## Abordagem

O Manejo Integrado de Vetores (MIV) é um processo para o gerenciamento de populações de vetores de forma a reduzir ou interromper a transmissão de doenças.

Características do MIV incluem<sup>4</sup>:

- métodos baseados no conhecimento de fatores que influenciam a biologia do vetor local, transmissão de doenças e morbidade;
- uso de uma gama de intervenções, muitas vezes em combinação e sinergicamente;
- colaboração dentro do setor saúde e com outros setores públicos e privados que impactam nos vetores;
- envolvimento com comunidades locais e outras partes interessadas;
- um marco regulatório e legislativo de saúde pública.

## Novas tecnologias

Propostas de introdução de novas tecnologias baseadas em evidências para aprimoramento e sustentabilidade das ações de controle de vetores são fundamentais. A adaptação do *Aedes* ao ambiente urbano e o aumento desordenado de criadouros propiciam um ambiente favorável à sua proliferação. Por mais que se façam campanhas educativas com dis-

seminação de conhecimento sobre os hábitos do mosquito e as formas de impedir sua proliferação com ações simples e rotineiras, não se consegue uma mobilização sustentável por parte da população, que em muitos casos espera a atuação do poder público para resolver situações que deveriam ser resolvidas pela própria comunidade. É indiscutível a importância do poder público na participação da solução dos problemas, mas sem a participação efetiva da comunidade não é possível controlar os fatores determinantes para a reprodução e manutenção dos mosquitos transmissores de doenças.

O poder público deve buscar não somente prover a presença de agentes de controle de endemias nas comunidades para levar conhecimento à população, mas também promover mudanças sustentáveis no ambiente urbano, que permitam a alteração da dinâmica de reprodução dos mosquitos. Tais mudanças podem ser, por exemplo, a coleta regular de lixo, a instalação de pontos de coleta de móveis, eletrodomésticos e outros resíduos normalmente descartados de forma incorreta pela população, bem como o fornecimento regular de água para evitar que a população armazene em reservatórios que favoreçam a reprodução e manutenção dos mosquitos, entre outras ações.

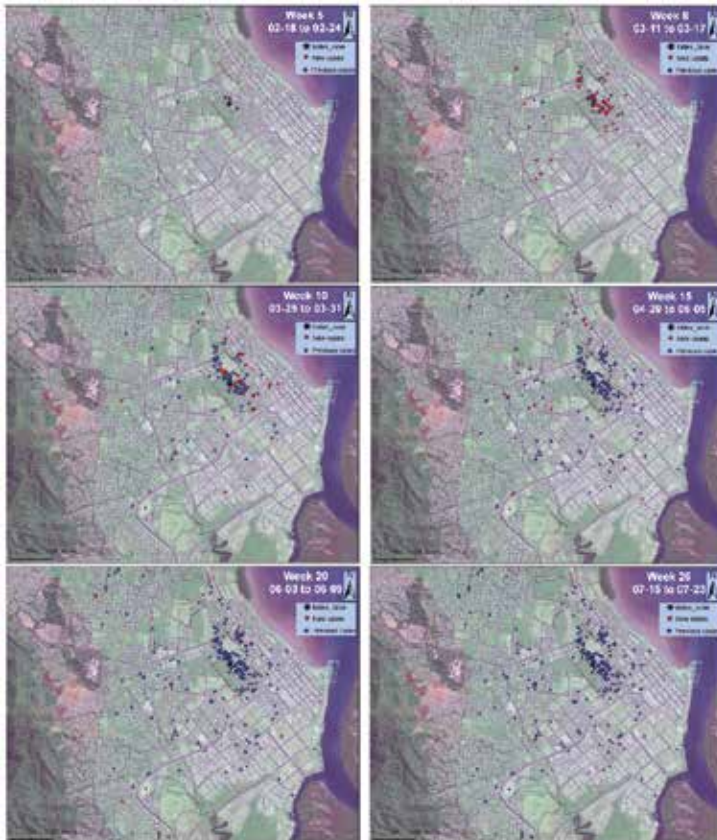
Todos os esforços devem ser feitos para evitar a reprodução e proliferação dos mosquitos a fim de manter níveis de infestação que não propiciem transmissão sustentada de doença. Desta forma, evita-se ou minimiza-se a utilização de inseticida, seja para as formas larvárias quanto para as formas aladas dos mosquitos. Atualmente, estão surgindo algumas tecnologias que podem ser utilizadas para melhorar e aperfeiçoar o controle do mosquito *Aedes*.

No Brasil, temos 5.570 municípios e, destes, 371 (7%) têm mais de 100 mil habitantes; e 3.808 (68%) têm população menor que 20 mil habitantes. O restante, 1.391 (25%) têm população entre 20 mil e 100 mil habitantes, segundo estimativa do IBGE de 2018. Esse perfil populacional variado demonstra que as estratégias de controle do mosquito devem ser adaptadas para cada realidade e que uma forma de abordagem única não é possível nem sustentável. Além das ações preconizadas para controle do *Aedes*, existem propostas para complementar ou alterar a forma de controle como é feita atualmente, levando em consideração a mudança e diversidade do perfil dos municípios.

Alguns exemplos de métodos já existentes e novas abordagens e tecnologias que podem ser incorporadas às ações de controle são comentados abaixo:

• **Cenários operativos:** proposta metodológica de estratificação de áreas de risco para dengue, *chikungunya* e zika em cidades endêmicas brasileiras. Tem como objetivo avaliar e identificar áreas de risco aumentado para transmissão de doenças transmitidas pelo *Aedes* em determinados territórios utilizando estatísticas espaciais locais.

Figura 1 – Progressão espacial de epidemia de dengue que afetou a cidade de Cairns, Austrália, no período de janeiro a agosto de 2003.



Fonte: Vazquez-Prokopec GM, Kitron U, Montgomery B, Horne P, Ritchie SA (2010) Quantifying the Spatial Dimension of Dengue Virus Epidemic Spread within a Tropical Urban Environment. PLoS Negl Trop Dis 4(12): e920.

Na figura 1, o tempo está representado em semanas desde o início dos sintomas do caso índice. Os pontos vermelhos representam os casos confirmados na semana apresentada, enquanto que os círculos azuis representam os casos acumulados até aquela semana.<sup>1</sup>

• **Monitoramento Entomológico:** por meio de uso de ovitrampas como complemento às informações obtidas pelo Levantamento rápido de índices de infestação pelo *Aedes aegypti*.

Trata-se de técnica que utiliza recipientes com palhetas para postura de ovos, distribuídos estrategicamente na área a ser monitorada, considerando os hábitos do mosquito fêmea do *Aedes*. Desta forma, avalia-se a dispersão do mosquito e a densidade de número de ovos em um período de tempo com reposição que pode variar de 3 a 7 dias, dependendo das condições do ambiente. Deve-se tomar todos os cuidados para que não fiquem expostos ao ambiente por tempo superior a 7 dias para não se tornarem mais uma fonte de proliferação do mosquito.

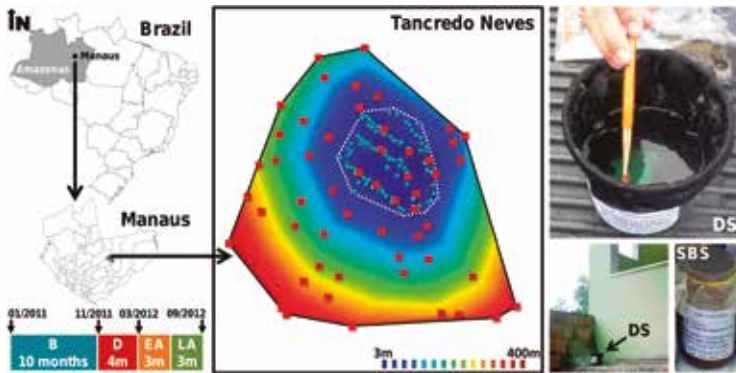
Foto 1 – Ovitrapa: armadilha para a captura dos ovos.



Fonte: Comunicação / Instituto Oswaldo Cruz, disponível em <http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=2135&sid=32&tpl=printerview>.

• **Estações disseminadoras de larvicida (figura 2):** trata-se de recipientes plásticos escuros impregnados com *pyriproxifen*. Baseia-se no hábito da fêmea do *Aedes* de visitar vários reservatórios para fazer postura de ovos e, desta forma, quando ela entra em contato com uma estação disseminadora fica impregnada pelo larvicida. Ao pousar em outro criadouro, ela carrega larvicida para este e impede a disseminação de larvas, principalmente nos criadouros de pequenos volumes.

Figura 2 – Exemplo de utilização de estações disseminadoras de larvicida. Estudo realizado no bairro Tancredo Neves, Manaus/AM, Brasil.



Fonte: Vazquez-Prokopec GM, Kitron U, Montgomery B, Horne P, Ritchie SA (2010) Quantifying the Spatial Dimension of Dengue Virus Epidemic Spread within a Tropical Urban Environment. PLoS Negl Trop Dis 4(12): e920.

• **Vigilância de rumores:** tem o objetivo de avaliar quantitativamente os dados adquiridos pelo Twitter para a detecção precoce e monitoramento de epidemia de dengue, tanto no nível de país quanto de cidade, semanalmente.<sup>5</sup>

• **Mosquito infectado por Wolbachia:** trata-se de liberar mosquitos infectados com Wolbachia, tanto machos quanto fêmeas. Após essa liberação, espera-se que a Wolbachia se estabeleça localmente e, se a área de implantação for suficientemente grande, comece a se espalhar lentamente a partir da área de liberação.

O principal atributo da Wolbachia é sua capacidade demonstrada de interferir na replicação de patógenos humanos em mosquitos *Aedes* infectados por ela, como por exemplo, dengue, zika e *chikungunya*.<sup>6</sup>

## Conclusão:

Diante dos grandes desafios observados no controle de doenças transmitidas por vetores e considerando que o *Aedes aegypti* está bastante adaptado ao meio urbano, necessita-se pensar e implantar novas formas de abordagens que levem em consideração os hábitos dos mosquitos, dos seres humanos e o ambiente em que estão inseridos. Desta forma, o Manejo Integrado de Vetores (MIV) busca qualificar as ações de controle vetorial agregando os meios disponíveis para impactar na dinâmica de transmissão das doenças transmitidas por vetores.

## Referências Bibliográficas:

1. Vector control. World Health Organization (WHO). Regional Committee Document, 2017. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258546/sea-rc70-10.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 03 de jun de 19;
2. Handbook for integrated vector management. World Health Organization (WHO), 2012. ISBN 978.92.4.150280-1;
3. Global vector control response 2017–2030. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO)
4. Global Strategic Framework for Integrated Vector Management - World Health Organization, 2004. Disponível em [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68624/WHO\\_CDS\\_CPE\\_PVC\\_2004\\_10.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68624/WHO_CDS_CPE_PVC_2004_10.pdf?sequence=1). Acesso em 03 de jun de 19;
5. Marques-Toledo CdA, Degener CM, Vinhal L, Coelho G, Meira W, Codeço CT, et al. (2017) Dengue prediction by the web: Tweets are a useful tool for estimating and forecasting Dengue at country and city level. PLoS Negl Trop Dis 11(7): e0005729. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0005729>;
6. R. Hilgenfeld, S. G. Vasudevan (eds.), Dengue and Zika: Control and Antiviral Treatment Strategies, Advances in Experimental Medicine and Biology 1062, [https://doi.org/10.1007/978-981-10-8727-1\\_24](https://doi.org/10.1007/978-981-10-8727-1_24).

Durante a 72ª Assembleia Mundial da Saúde, que aconteceu em Genebra, na Suíça, entre 20 e 28 de maio, o ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, defendeu que a **cobertura vacinal** seja prioridade mundial. Segundo ele, a vacina tem de ser universal e estar na agenda de todos os povos do mundo. Vale lembrar que o Brasil possui o maior programa público de imunização do mundo, oferecendo todas as vacinas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com mais de 300 milhões de doses de vacina aplicadas por ano.

Quer ficar por dentro das principais notícias veiculadas no **site do Conass**? Acesse o nosso portal e cadastre-se para receber toda sexta-feira a nossa *newsletter* **#ConassEmMovimento** com os principais acontecimentos semanais – [www.conass.org.br](http://www.conass.org.br)



A Resolução n. 44 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), definiu que o acordo de colaboração entre os Entes Federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto n. 7.508/2011, é resultado do **Planejamento Regional Integrado**. A resolução estabelece ainda a revogação da Resolução CIT n. 3/12, que dispõe sobre normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo de Ação Pública no âmbito do SUS.



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 2019/2020

### PRESIDENTE

Alberto Beltrame (PA)

### VICE-PRESIDENTES

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

**Região Norte:** Fernando Rodrigues Máximo (RO)

**Região Centro-Oeste:** Geraldo Resende Pereira (MS)

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

**Região Sul:** Carlos Alberto Gebrim Preto (PR)

### COMISSÃO FISCAL

**Titulares:** Florentino Alves Veras Neto (PI); cargo vago;

**Suplentes:** Alysson Bestene Lins (AC); Helton de Souza Zeferino (SC);  
Valberto de Oliveira Lima (SE)

### REPRESENTANTES DO CONASS

**Hemobrás:** Leonardo Moura Vilela (Conass)

**ANS:** [Titular] Edmar José Alves dos Santos (RJ) e

[Suplente] Ismael Alexandrino Júnior (GO)

**Anvisa:** [Titular] Osnei Okumoto (DF) e

[Suplente] José Henrique Germann Ferreira (SP)

**CNS:** Jurandi Frutuoso Silva, Haroldo Jorge de Carvalho Pontes e  
Tereza Cristina Lins Amaral

### SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso Silva

## SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE 2019

Alberto Beltrame (PA); Alysson Bestene Lins (AC); Ailton Rodrigues Wanderley (RR); André Longo Araújo de Melo (PE); Arita Gilda Hübner Bergmann (RS); Carlos Alberto Gebrim Preto (PR); Carlos Eduardo Amaral Pereira da Silva (MG); Carlos Eduardo de Oliveira Lula (MA); Carlos Roberto Martins Rodrigues Sobrinho (CE); Claudio Alexandre Ayres da Costa (AL); Cipriano Maia de Vasconcelos (RN); Edmar José Alves dos Santos (RJ); Fábio Vilas Boas (BA); Fernando Rodrigues Máximo (RO); Florentino Alves Veras Neto (PI); Geraldo Antônio de Macedo (PB); Geraldo Resende Pereira (MS); Gilberto Gomes de Figueiredo (MT); Helton de Souza Zeferino (SC); Ismael Alexandrino Júnior (GO); João Bittencourt da Silva (AP); José Henrique Germann Ferreira (SP); Luiz Edgar Leão Tolini (TO); Nécio Fernandes de Medeiros Júnior (ES); Osnei Okumoto (DF); Rodrigo Tobias de Souza Lima (AM); Valberto de Oliveira Lima (SE)

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

### IMPRESSÃO

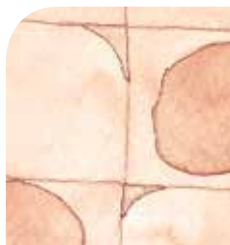
Coan Indústria Gráfica Ltda

### TIRAGEM

8.000 exemplares

Capa foi impressa em papel Couché 90g/m<sup>2</sup> e miolo em papel Couché 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



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



XXXV

# CONGRESSO NACIONAL de secretarias municipais de saúde

BRASÍLIA - 02 A 05 DE JULHO

