



NOVO
**PACTO
FEDERATIVO**
E SEUS IMPACTOS NO SUS

ENTREVISTA

Wilames Freire, presidente do Conasems, fala sobre suas prioridades de gestão e sobre desafios do SUS

SAÚDE EM FOCO

A experiência do Maranhão na redução da mortalidade materno-infantil

consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Ano IX | Número 32 | Julho, Agosto e Setembro de 2019



ENTREVISTA

Wílames Freire, presidente do Conasems, fala sobre suas prioridades de gestão e sobre desafios do SUS

SAÚDE EM FOCO

A experiência do Maranhão na redução da mortalidade materno-infantil

A revista **Consensus** traz em suas páginas códigos que remetem a conteúdos complementares. Acesse e confira. Com recursos visuais do acervo iStock by Getty Images.

consensus entrevista

6

Wilames Freire, presidente do Conasems, fala sobre suas prioridades de gestão e sobre desafios do SUS

matéria de capa

12

Reforma Tributária e Novo Pacto Federativo – financiamento adequado às responsabilidades sanitárias são fundamentais para a manutenção e consolidação do Sistema Único de Saúde

saúde em foco

24 *Maranhão e a experiência da Planificação da Atenção à Saúde na redução da mortalidade materno-infantil*

institucional

30 *Em missão internacional, Conass participa do XXX Congresso da Associação Latina para Análise dos Sistemas de Saúde*

opinião

34 *Recorte Demográfico da Residência Médica Brasileira em 2019*

46 curtas

Trazemos, nesta edição da **Revista Consensus**, uma discussão importante e urgente para o Sistema Único de Saúde (SUS) – o novo Pacto Federativo e a Reforma Tributária, reafirmando a necessidade de um financiamento adequado às responsabilidades sanitárias dos entes federados, fundamentais para a manutenção e para a consolidação do SUS.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) compreende a necessidade de um novo Pacto Federativo, considerando que o modelo atual de federalismo brasileiro não dispõe de mecanismos necessários para a eficiência da gestão e da governança do SUS, além de se mostrar vulnerável às crises econômicas, inviabilizando a proteção social das populações e regiões menos desenvolvidas.

Nesse sentido, a aposta dos gestores estaduais é por uma reforma que torne mais justa e equânime a divisão dos recursos entre os entes federados, e que considere aspectos como a descentralização, as distorções tributárias causadas pela concentração de atividades econômicas em regiões específicas, e a interferência das alternâncias políticas na gestão do SUS.

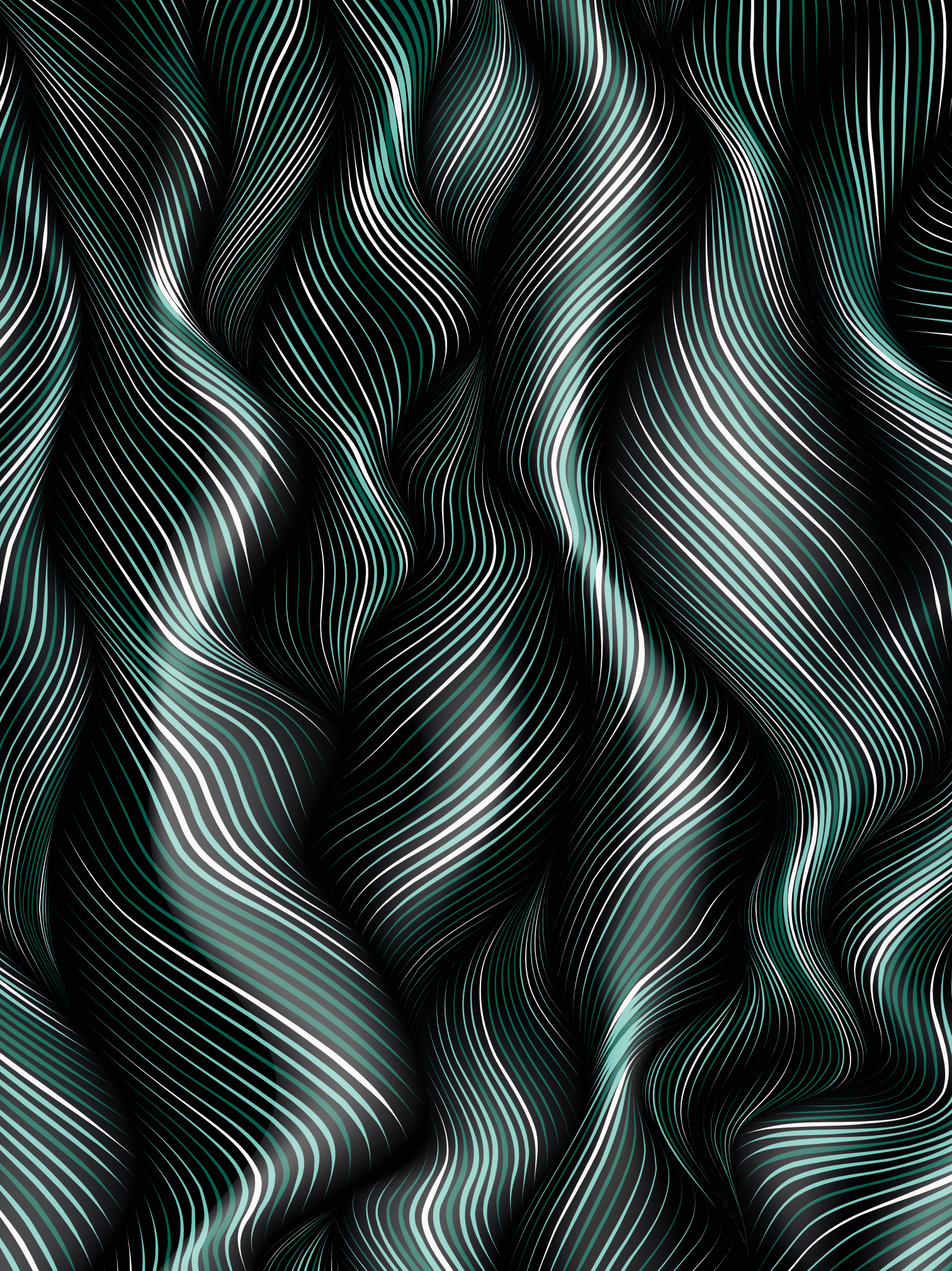
A discussão de um novo Pacto Federativo, pela sua essência, não pode ser dissociada de outro tema que está sob os holofotes do País: a Reforma Tributária, cujas propostas do Congresso Nacional já estão em trâmite, e cuja possível proposta do Governo Federal está em pauta diariamente na mídia, gerando dúvidas e expectativas. Trazemos um resumo dessas propostas e uma análise dos impactos da Reforma Tributária no SUS.

Na seção Saúde em Foco, apresentamos a experiência do Maranhão na redução da mortalidade materno-infantil, por meio do projeto do Conass de Planificação da Atenção à Saúde. Três regiões de saúde receberam o projeto que representa um marco na história do Maranhão; outras regiões de saúde já se preparam para recebê-lo.

Na sessão institucional, a cobertura da missão internacional do Conass no XXX Callas, o congresso da Associação Latina para Análise dos Sistemas de Saúde (Alass), realizado em Montreal, nos dias 22 e 24 de agosto. Nela, os assessores técnicos do Conselho apresentaram a Planificação da Atenção à Saúde e falaram sobre a municipalização da saúde no Brasil.

E, para concluir esta edição, trazemos o artigo Recorte Demográfico da Residência Médica Brasileira em 2019, no qual os autores utilizam dados do Sistema Informatizado da Comissão Nacional de Residência Médica (SISCNRM) e do Sistema de Informações Gerenciais do Pró-Residência (SIGResidências), a fim de identificar características demográficas importantes para os gestores das instituições de saúde, como: número de programas, número de residentes por estados, municípios, especialidades, áreas de atuação, vagas autorizadas, vagas ocupadas, vagas ociosas e financiamento dos programas.

Boa leitura!



ENTREVISTA

***WILAMES
FREIRE
BEZERRA***

Formado em Odontologia pela Universidade Estadual da Paraíba, Wilames Freire Bezerra, presidente do Conasems eleito por unanimidade, em julho deste ano, no 35º Congresso do Conasems, é secretário municipal de saúde de Pacatuba, Ceará. Especialista em cirurgia oral, exerce paralelamente, desde 1998, a função pública de gestor municipal, fato que faz questão de ressaltar quando questionado sobre sua trajetória na saúde pública brasileira. Com especializações em Sistema Local de Saúde, em Saúde Pública e mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB), o presidente do Conasems tem passagens por diversas instituições. Foi presidente do Cosems/CE, conselheiro no Conselho Estadual de Saúde, onde participou de diversas comissões no Conselho Nacional de Saúde. No Conasems, já ocupou cargos de diretor-financeiro, vice-presidente e diretor de relações institucionais. Agora à frente da instituição, utiliza a sua experiência de 21 anos na gestão municipal para representar os mais de 5 mil municípios brasileiros na luta pela consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Na entrevista concedida à **Revista Consensus**, Wilames Freire fala sobre temas como o subfinanciamento do setor, a judicialização da saúde, a relação tripartite entre os entes e os desafios do SUS.



Consensus Qual é o maior desafio em representar mais de 5 mil gestores municipais de saúde que vivem realidades tão distintas?

Wilames Freire Bezerra É uma grande honra representar a diversidade e a pluralidade dos 5.570 municípios brasileiros por meio da presidência do Conasems. Nós temos grandes desafios, mas o maior de todos será sempre nas nossas discussões pactuarmos políticas que venham a atender a necessidade de todos os municípios brasileiros de maneira igualitária e equânime, entendendo que vivemos em um País com diversidades regionais imensas, onde cada município tem suas particularidades. Esse é o nosso desafio: pactuar políticas que, de maneira justa, atendam às necessidades de todos os municípios brasileiros, respeitando suas particularidades e características.

Consensus Quais serão as prioridades da sua gestão no Conasems?

Wilames Freire Bezerra Durante a plenária final do XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, a Diretoria eleita aprovou o Plano de Ação do Conasems e a Carta de Brasília – 2019; esses dois instrumentos irão pautar a atuação nos próximos 2 anos de nossa gestão. O plano de ação organiza nossa atuação, reforça projetos em andamento da entidade que deram certo, aperfeiçoa os projetos que estão em andamento e inova cada vez mais em outros projetos, sempre objetivando atender às demandas e às necessidades dos municípios brasileiros. Os eixos estruturantes são: Modelo de Atenção, Atenção Básica, Informação em Saúde, Regionalização, Governança e Redes de Atenção à Saúde, Judicialização, Gestão do Trabalho e Educação

na Saúde, Financiamento e Fortalecimento da Rede Conasems/Cosems. O Conasems precisa apoiar os gestores municipais para que desenvolvam cada vez mais ações voltadas a melhorar a qualidade da gestão. Iremos priorizar a presença cada vez maior da entidade, por meio da sua diretoria e de seus técnicos, nas Regiões de Saúde, debatendo o processo de regionalização, ouvindo os gestores para que, por meio dessa escuta, possamos melhorar o nosso debate e as nossas pactuações.

Consensus Como o Conasems pretende atuar no Congresso Nacional em relação ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista uma provável desvinculação das receitas?


Wilames Freire Bezerra Nós já atuamos incisivamente no Congresso Nacional. Historicamente, o Conasems já trabalha e auxilia os parlamentares, principalmente, na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados (CSSF). A nossa pretensão é reforçar essa parceria, nos aproximarmos dos parlamentares com mais presença, apontando a realidade municipal e subsidiá-los para que elaborem projetos voltados a atender às necessidades da gestão; e, assim, próximo a eles, que são quem, de fato, elaboram as leis no País, poderemos contribuir para que a saúde pública tenha um financiamento adequado, para que auxiliem e resguardem os municípios e o SUS. Acreditamos que com esse estreitamento de relações se fortaleça cada vez mais a nossa capacidade de influência no Congresso Nacional para assim garantirmos que as leis que de lá saem e que por lá passam, de fato, venham a atender às necessidades da gestão municipal. A emissão de notas técnicas e análise do financiamento

do Sistema Único de Saúde realizadas pelo Conasems também subsidia o Congresso Nacional nos debates sobre o tema. Produzimos anualmente análise dos projetos de lei do Orçamento da União, debatemos o tema com diversos parlamentares. Em uma de nossas participações em audiências públicas da Câmara, apresentamos nosso posicionamento sobre a desvinculação das receitas da saúde. Afirmamos em nota que é imprescindível o debate sobre o tema, sobretudo em relação a uma possível redução de recursos para ações e serviços públicos de saúde, o que seria equivalente à redução de direitos dos cidadãos. A desvinculação pode produzir o colapso financeiro dos Municípios ou ainda a impossibilidade da manutenção e ampliação das ações e serviços públicos de saúde. Uma diminuição na destinação à saúde implicaria fechar serviços de saúde dedicados à população. Definitivamente, os municípios estão em uma posição na qual uma diminuição de recursos destinados à saúde só seria possível mediante o aumento da contrapartida do financiamento por parte dos demais entes da federação, o que neste momento é praticamente impossível de acontecer.

Consensus Além do impacto no financiamento do SUS, a crise que o País vive também se reflete na gestão do sistema. Como é possível melhorar a gestão e aumentar a eficiência do sistema diante do quadro de subfinanciamento do SUS?

Wilames Freire Bezerra A melhoria de eficiência do SUS passa pela necessidade de maior aporte de recursos. O crônico subfinanciamento do sistema claramente sempre afetou a eficiência, eficácia e efetividade do SUS. Nos últimos 30 anos, o financiamento

Nos últimos 30 anos, o financiamento da saúde vem sendo debatido em várias instâncias e há um consenso quanto à insuficiência de recursos para viabilizar um sistema universal, garantido constitucionalmente, em um território continental e com mais de 200 milhões de habitantes



da saúde vem sendo debatido em várias instâncias, e há um consenso quanto à insuficiência de recursos para viabilizar um sistema universal, garantido constitucionalmente, em um território continental e com mais de 200 milhões de habitantes. O desafio se torna ainda maior diante de uma distribuição dos recursos que não considera as desigualdades sociais existentes. Para o SUS universal, integral e equânime, as três esferas de governo destinam R\$ 1.063,151 per capita/ano, que correspondem a R\$ 2,9 por dia, a cada cidadão. Esses recursos se destinam a serviços de proteção, promoção e recuperação da saúde para 200 milhões de pessoas. Comparativamente, os planos de saúde, beneficiados por isenções fiscais e empréstimos a juros subsi-

Acreditamos que com esse estreitamento de relações se fortaleça cada vez mais nossa capacidade de influência no Congresso Nacional para assim garantirmos que as leis que de lá saem e que por lá passam, de fato, venham a atender às necessidades da gestão municipal

diados, gastam o equivalente a R\$ 2.818,00 per capita/ano, o que corresponde a R\$ 7,72 por pessoa/dia sem a garantia plena da oferta dos diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde no SUS.

O que se pretende é evidenciar que o SUS, com sua notória insuficiência de recursos, quando comparados aos subsídios do sistema privado, promove a garantia de ações desde a atenção básica até a alta complexidade, qualificando o cuidado integral à população brasileira. Temos que pautar a Reforma Tributária. Considerando que o sistema de arrecadação de impostos no Brasil apresenta-se complexo e ineficiente, o que gera inse-

gurança e prejudica o crescimento da economia, as pautas de tributações da renda e do patrimônio devem ocupar lugar de destaque na agenda nacional. Nesse sentido, é necessário o resgate dos princípios constitucionais da Justiça Fiscal – equidade, capacidade contributiva e progressividade.

Consensus Qual é a sua opinião em relação à judicialização da saúde e qual o posicionamento do Conasems sobre esse tema?

Wilames Freire Bezerra A judicialização é um mal que prejudica todas as gestões, seja ela em qual nível for. Ela corrói o orçamento por dentro, compromete os princípios diretivos e organizativos do SUS. Integralidade da atenção e acesso universal, regionalização e descentralização são claramente comprometidos por caminhos criados pela judicialização. Não estou aqui questionando o direito de procurar a justiça até porque a Constituição Federal assegura a todo cidadão brasileiro esse direito. A questão é que nós, gestores, na maioria das vezes, deixamos de atender milhares de pessoas para atender uma causa de uma única pessoa. Isso desmantela todo nosso sistema e toda nossa gestão porque temos um planejamento feito em cima daquilo que visualizamos de recursos financeiros.

Consensus Como o senhor pretende conduzir a relação tripartite da gestão do SUS?

Wilames Freire Bezerra A tripartite já tem um rito de atuação. Continuaremos a levar as demandas que recebemos nos municípios, discutiremos as pactuações que tragam benefícios para a saúde pública e exercemos a nossa função de ente municipal par-

ticipante. Como o próprio nome já diz, são três entes pactuando entre si; e buscaremos sempre exercer essa função com o debate incisivo, mas sempre com o diálogo prevalecendo. A Tripartite é um fórum construído ao longo de décadas e é extremamente importante para construção das políticas de saúde no Brasil.

Consensus Em relação à Atenção Primária à Saúde, qual sua opinião quanto à condução do Ministério da Saúde em fortalecê-la por meio da criação da Secretaria de Atenção Primária em Saúde?

Wilames Freire Bezerra Nós vemos com bons olhos a criação da Secretaria de Atenção Primária em Saúde, até porque foi uma reivindicação histórica do Conasems e dos gestores municipais. Estamos animados e apostamos que com a criação dessa secretaria teremos cada vez mais possibilidades de aumentar o financiamento da atenção básica, de termos um planejamento mais aprofundado sobre os processos de trabalho e sobre a ampliação de cobertura da Estratégia Saúde da Família. Enfim, esta foi uma boa estratégia do ministério, principalmente para nós municípios, dos quais 80% são de pequeno porte, tendo a saúde da família como única estratégia nos seus territórios. Acredito que a secretaria foi estrategicamente pensada e está bem gerenciada. Com certeza, ela será uma grande parceira do Conasems para, juntos, somarmos forças pela melhoria da Atenção Básica em todo o Brasil.

Consensus Quais são os maiores desafios para o SUS ante a realidade política, fiscal e econômica do País?

Iremos priorizar a presença cada vez maior da entidade, por meio da sua diretoria e de seus técnicos, nas Regiões de Saúde, debatendo o processo de regionalização, ouvindo os gestores para que, por meio dessa escuta, possamos melhorar o nosso debate e as nossas pactuações

Wilames Freire Bezerra Temos um grande desafio que é a implementação dos dispositivos da Lei Complementar 141, promover o rateio dos recursos do SUS, atendendo às necessidades de saúde população, considerando as especificidades regionais, o Planejamento e o orçamento ascendente. É necessário fortalecer o Planejamento Regional Integrado, garantindo a autonomia dos entes federados; ampliar o financiamento do SUS, bem como fortalecer o planejamento, gestão e execução recursos, como a autonomia da gestão local. ■

especial

Reforma Tributária e Novo Pacto Federativo

Financiamento adequado às responsabilidades sanitárias é fundamental para a manutenção e a consolidação do Sistema Único de Saúde

ADRIANE CRUZ

Com a Reforma da Previdência ainda em trâmite no Parlamento Brasileiro, economistas, tributaristas e a mídia já se debruçam sobre uma nova pauta: a Reforma Tributária, para a qual duas Propostas de Emenda Constitucional tramitam no Congresso Nacional.





Acesse a PEC
n. 45/2019 em:
bit.ly/2oEtRnL



Acesse a PEC
n. 110/2019 em:
bit.ly/32017US



Acesse a PEC
n. 293/2004 em:
bit.ly/2nSWL3b



Na Câmara, a [PEC n. 45/2019](#), de autoria do deputado Baleia Rossi (MDB/SP); e no Senado, a [PEC n. 110/2019](#), de autoria do presidente da Casa, Davi Alcolumbre (DEM/AP) e de outros 65 senadores. Há também a proposta que está sendo elaborada pelo governo federal, encabeçada pelo ministro da Economia, Paulo Guedes, cujas sinalizações têm gerado polêmica nas últimas semanas.

O texto em discussão no Senado tem como fonte principal o trabalho do economista e ex-deputado federal, Luiz Carlos Hauly. A PEC do Senado é a mesma que, na Comissão Especial da Câmara, foi aprovada em dezembro do ano passado por unanimidade ([PEC n. 293/2004](#)), e que está pronta para ser votada em plenário, tendo como ponto central a manutenção da distribuição de receitas por entes federativos e a simplificação da base de consumo, substituindo nove tributos por um. “Esta PEC é objeto do trabalho que fizemos nos últimos 30 anos. Foram 170 palestras e mais de 500 reuniões técnicas para alcançarmos essa aprovação na Câmara. Trata-se de uma obra nacional, que envolveu todos os entes federados, os setores da economia, trabalhadores, empresários, profissionais liberais, entre outros interessados”, enfatiza o economista.

Hauly argumenta que a base IVA (Imposto sobre Valor Agregado) é uma só em todos os Países que a adotam, exceto no Brasil, e que quando o governo instituiu, em 1965, a

Emenda Constitucional n. 18, criando o ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços), cravou o erro matricial econômico que vigora até hoje. “Do ponto de vista jurídico, criou-se um manicômio tributário e, do ponto de vista institucional, um Frankenstein”, disse, alegando que o Brasil não poderia adotar a mesma base tributária municipal (com o ISS – Imposto Sobre Serviço); estadual (com o ICMS); e federal (com o IPI – Imposto sobre Produtos Industrializados). “São três impostos com a mesma essência, dividindo municípios, serviços e bens com a União, que tributa adicionalmente o IPI”.

O idealizador da proposta ressalta que ela prevê a instituição de um modelo clássico mundial, tributando propriedade, renda e consumo, além da destinação do imposto ao município, estado e/ou União onde for consumido, ou seja, no destino, e não na origem. “Não podemos permitir que se faça meia reforma. De gambiarra em gambiarra, passamos por três grandes crises econômicas em 38 anos: a de 1981-1983, quando o PIB recuou 8,5%, levando os militares a entregar o governo por conta da crise econômica; a de 1989-1991, que culminou no *impeachment* de Fernando Collor; e a de 2014-2016, levando também ao *impeachment* de Dilma Rousseff. É a economia que muda governos”, afirmou Hauly.

O senador Roberto Rocha*, do PSDB/MA, relator da PEC n. 110/2019, falou das distinções nos trâmites e processos políticos na





Ex-Deputado Federal Luiz Carlos Hauly



Senador Roberto Rocha (PSDB/MA)



Deputado Federal Aguinaldo Ribeiro (PP/PB)



Economista Bernard Appy

Câmara dos Deputados e no Senado Federal, defendendo a celeridade do Senado para aprovação da reforma. “Esse é um assunto da federação, e o Senado é a casa da federação. Além disso, a possibilidade real de conexão com a PEC da Câmara pode ajudar a votarmos a reforma com brevidade”, argumentou.

Para o deputado federal Aguinaldo Ribeiro*, do PP/PB, relator da PEC n. 45/2019 na Comissão Especial da Câmara, o sistema tributário atual é “perverso e nebuloso e falhou em todas as tentativas de discussão e de mudanças por conta de interesses e resistências, penalizando o Brasil e os brasileiros”. O parlamentar ressaltou que a proposta em trâmite na Câmara também prevê a migração dos impostos para o IVA, adotado pela maioria dos Países, que, no Brasil, está sendo chamado de IBS (Imposto sobre Operações com Bens e Serviços), enfatizando a necessidade de um sistema tributário mais moderno e transparente. “O Brasil precisa de um ambiente de novas economias, novos negócios. Precisa aprender a regular, por exemplo, as moedas eletrônicas, já que vivemos em um mundo dominado pela tecnologia”.

Para Ribeiro, a Reforma Tributária trará impactos positivos ao País desde que não imponha o peso da carga tributária a setores específicos. “O objetivo é estimular a produtividade e gerar competitividade, promovendo a simplificação e dando transparência aos impostos, tornando a gestão do Estado mais simples e eficiente”. O deputado disse ainda que o Brasil perdeu a capacidade de planejar, que está olhando sempre para trás, mantendo o status quo de uma realidade que não se sustenta. “O que queremos do nosso País daqui a 30 anos? Precisamos de políticas de Estado que perdurem independentemente de ideologia, e, para isso, é importante que tenhamos o sentimento de cidadania, de direitos e deveres, com um sistema tributário que não prejudique os setores sociais e produtivos do País”, concluiu.

*As falas das fontes citadas foram coletadas durante o Fórum de Debates CNT: *O que esperar da Reforma Tributária*, no dia 11 de setembro de 2019.



Rodrigo Maia,
presidente da
Câmara dos
Deputados

O economista Bernard Appy*, presidente do Centro de Cidadania Fiscal (CCIF) e consultor da proposta que tramita na Câmara dos Deputados, destacou que o País tem sérias questões federativas, como a arrecadação centralizada. “A Reforma Tributária é importante porque não é estética e de fato simplificará o sistema, impactando o PIB (Produto Interno Bruto), a renda dos consumidores, das empresas e o aumento da arrecadação”. Para Appy, a reforma vai aumentar a taxa de investimento e criar um ambiente federativo mais competitivo.

O presidente da Câmara, deputado federal Rodrigo Maia* (DEM/RJ), se disse otimista com o empenho do Congresso Nacional em relação à Reforma Tributária que, segundo ele, é um passo importante para que Brasil volte a crescer de forma sustentável. “Tivemos um ciclo importante pós-Constituinte, no qual o País avançou nas áreas sociais, mas que, por outro lado, criou uma cúpula de poder que capturou todo o orçamento público, seja nos serviços públicos ou nos segmentos do setor privado com quase R\$ 400 bilhões de incentivo fiscal todos os anos”, destacou.

Maia explicou que 14% do PIB do Brasil atualmente é relativo à Previdência; 13%, a pessoal; e 6%, a juros, somando 33%, e, que, por isso, o primeiro desafio não é reduzir a carga tributária, mas simplificar o sistema para diminuir custos e gerar maior segurança jurídica. Por isso, segundo o parlamentar, as reformas são decisivas, pois não há como reduzir a carga tributária sem reformar a previdência, enxugar a máquina pública, ou apenas diminuindo custos para contratação de mão de obra. “Temos de melhorar a eficiência, palavra que precisa passar a existir no sistema público brasileiro, melhorar os gastos públicos, priorizando áreas fundamentais para a sociedade. E permitir, com concessões e parcerias, que o setor privado faça o resto”, defendeu.

O presidente da Câmara afirmou também que, além das reformas da Previdência e Tributária, a casa está debatendo e formulando novas leis, e disse que é fundamental o engajamento da sociedade em relação às mudanças que o Brasil necessita. “Foi assim com a Reforma da Previdência, está sendo com a Tributária e tenho certeza que será quando o governo encaminhar a Reforma do Estado, compreendendo que temos de avançar na Reforma Administrativa do Governo Federal. No Legislativo, já começamos a fazer o nosso trabalho e esperamos que o Judiciário também possa encaminhar sua proposta, já que os salários do serviço público federal ficaram caros demais pra sociedade pagar”.

Maia destacou que novas leis para parcerias público-privadas, concessões e licitações estão sendo elaboradas no intuito de promover maior segurança jurídica para o investimento privado, impactando positivamente nos investimentos e no emprego. “Acreditamos que nos próximos cinco ou dez anos não existirá investimento público em nenhuma área, até porque as despesas obrigatórias não podem ser reduzidas, então, vamos fortalecer parcerias com o setor pri-

vado e avançar com o marco regulatório do saneamento, que esperamos votar no início de outubro, para que o setor privado possa ampliar sua participação na economia brasileira e gerar mais investimento na área de infraestrutura”, defendeu.

Novo Pacto Federativo

A federação é o sistema político brasileiro no qual estados e municípios têm certa autonomia para governar. Com o Pacto Federativo, a Constituição de 1988 estabeleceu regras referentes às responsabilidades e obrigações financeiras dos entes federados, assim como às suas legislações e à arrecadação de recursos. Também determinou a distribuição dos tributos arrecadados pela União entre os estados e municípios.

Ao longo dos anos, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) vem reafirmando a necessidade de um novo Pacto Federativo, alegando que o modelo atual de federalismo brasileiro não assegura que os entes tenham capacidade de financiamento compatível com suas responsabilidades e não dispõe de mecanismos necessários para a eficiência da gestão e da governança do SUS. Destaca que o modelo atual se mostra vulnerável às crises que historicamente acometem o País, inviabilizando a proteção social das populações e regiões menos desenvolvidas.

A aposta dos gestores estaduais é por uma reforma que torne mais justa e equânime a divisão dos recursos entre os entes federados e que considere aspectos como a descentralização, as distorções tributárias causadas pela concentração de atividades econômicas em regiões específicas e a interferência das alternâncias políticas na gestão do SUS. “Só assim será possível executar as políticas públicas e investir em saúde. A atual distribuição de recursos gera mais iniquidade, dificulta a gestão e, conseqüentemente, compromete a garantia dos direitos sociais conquistados na



Constituição de 1988”, afirma o presidente da instituição, Alberto Beltrame.

Beltrame reforça a complexidade que um País tão grande e diverso como o Brasil impõe ao setor público. “Nossa luta é por encontrar meios de viabilizar a gestão do SUS, não só o atendimento das necessidades de saúde da população, como ações que protejam os cidadãos mais vulneráveis, promovendo mais igualdade por meio do planejamento e da eficiência da gestão e dos gastos”.

Para o secretário executivo do Conass, Jurandir Frutuoso, os instrumentos de atuação interferativa de que o SUS dispõe permitem uma gestão colegiada e participativa. “Os espaços de pactuação – as comissões intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT), assim como a participação social exercida nos Conselhos de Saúde –, são, sem dúvida, fortalezas do SUS”, argumenta, citando também o repasse fundo a fundo como mecanismo positivo do federalismo brasileiro. “No entanto, se as pactuações não forem reforçadas e cumpridas e se suas instâncias não se modernizarem, promovendo discursos mais coletivos e menos engessados na forma de

Alberto Beltrame, presidente do Conass

planejar e executar as políticas de saúde, esses instrumentos perdem sua força, se tornando meras normativas que não tiram do papel as necessárias ações e mudanças de que o SUS precisa”, alega.

Desvinculação da saúde

Para o economista, vice-presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES), Carlos Ocké, o SUS atravessa um momento muito grave. “Na atual conjuntura, quando o governo federal aprova a Reforma da Previdência, proclama uma Reforma Tributária que desconfigura o orçamento da Seguridade Social (por exemplo, com o fim da Contribuição sobre o Lucro Líquido) e insiste no teto de gastos. Fica clara sua intenção de dobrar a aposta na austeridade fiscal, reduzindo os gastos sociais em relação ao PIB, ao invés de mudar a política econômica para retomar o crescimento e aumentar a arrecadação”, defende. Nesse quadro, diz Ocké, caracterizado pela redução do gasto público per capita e pelo aumento dos preços de bens e serviços privados de saúde (planos, consultas,

remédios etc.), as condições de vida da população tendem a piorar, em meio ao desemprego e à estagnação da economia.

Em particular, o governo pretende desvincular os recursos da saúde e da educação, que, conforme explica Ocké, pode, além das verbas da União, reduzir as despesas dos entes federativos, isto é, os percentuais de 15% e 12% dos municípios e estados, respectivamente, no caso da saúde. “Desvincular significa, na prática, acabar com o piso da saúde, ou seja, o mínimo a ser aplicado no setor.”

Caso não avance a proposta da desvinculação, a própria Reforma Tributária pode também impactar as receitas da União, estados e municípios, uma vez que poderá mudar, por exemplo, a base de cálculo dos atuais percentuais de 15% dos municípios e de 12% dos estados para a saúde, e o próprio mínimo da União indexado à inflação passada. Outra medida possível no contexto da reforma tributária é a redução das alíquotas do Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF), sendo uma das contrapartidas o fim da dedução da saúde. “A renúncia fiscal, até pela dinâmica do mercado

.....
Carlos Ocké,
vice-presidente
da Associação
Brasileira de
Economia da
Saúde (ABrES)



A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação
(Art. 196 – Constituição da República Federativa do Brasil)



de planos, poderia ser canalizada para o SUS. Mas, provavelmente, a dedução da renúncia fiscal na área da saúde será para aumentar a receita pública sem destinação para o SUS”, lamenta Ocké.

Nessa questão, o economista esclarece: “Em um momento de crise, eu defendo a tributação da alta renda financeira e do patrimônio, embora, como não há um teto para a dedução na saúde, como ocorre na educação, quem mais se beneficia desses subsídios são aqueles de renda mais alta. Isso pode acabar levando mais pessoas para o SUS, num contexto de redução do gasto público, o que seria desastroso. Em outra conjuntura histórica, eu seria favorável a retirar o subsídio e alocar os recursos para o SUS, desde que se ampliasse a regulação de preços do mercado de planos. Entretanto, hoje, essa proposta significa onerar parte do orçamento das famílias de classe média e estrangular ainda mais a capacidade de oferta do SUS”.

Em resumo, para o vice-presidente da Abres, eleva-se o risco do sucateamento do SUS: “Temos que seguir em outra direção, adotar uma política fiscal anticíclica, que nos ajude a superar a estagnação da economia e aumentar a arrecadação do Estado”, esclarece. Além disso, destaca que é preciso mudar,

a partir de um conjunto de propostas como a revogação da Emenda Constitucional n. 95 e a retirada do investimento público do cálculo do *superavit* primário, aumentando a possibilidade de investimento em infraestrutura e na oferta pública de serviços, além da redução dos gastos com juros (despesa financeira).

Considerando que o governo hoje gasta em torno de R\$ 300 bilhões com subsídios, Carlos Ocké insiste que todos esses incentivos governamentais poderiam ser revistos a fim de ampliar o investimento em saúde e educação. “Mas o governo demoniza as despesas obrigatórias porque estariam, em tese, devorando sua margem de manobra. Existem outras possibilidades em se tratando de política econômica para melhorar a arrecadação, mas o objetivo é reduzir a participação do Estado na economia, é vender o patrimônio público para reduzir a dívida pública, é implementar um programa econômico ultraliberal de desnacionalização da economia, que está indo na contramão do combate à pobreza e à desigualdade na sociedade brasileira”, conclui.

Pires na mão

O SUS, que com a Constituição de 1988 teve seu financiamento assegurado pela Seguridade Social, União, estados, Distrito Fe-

deral e municípios, em 1993, perdeu sua principal fonte, quando os recursos arrecadados pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) passaram a cobrir as despesas da previdência, levando a saúde a disputar outras fontes de receitas com as demais áreas sociais do País.

Desde então, vários movimentos foram travados a fim de adequar o financiamento do SUS às suas necessidades. Podemos citar a Emenda Constitucional n. 29, que atrelou os recursos da União ao crescimento nominal do PIB, cabendo aos estados e municípios o aporte de 12% e 15% de suas receitas correntes líquidas, respectivamente; o movimento popular encabeçado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), Saúde + 10, que insistiu, sem sucesso, na vinculação de 10% das Receita Corrente Bruta da União para a saúde; a Emenda Constitucional n. 86/2015, que alterou o piso mínimo da União para a saúde para 15% da Receita Corrente Líquida (RCL), percentual que seria atingido de forma escalonada, em cinco anos, iniciando, em 2016, com 13,2%. Por fim, o congelamento dos gastos primários com a Emenda Constitucional n. 95/2016, que instituiu Novo Regime Fiscal ao País, reduzindo e congelando as despesas primárias (incluindo saúde e educação) em termos reais por duas décadas.

Mesmo com o financiamento inadequado às suas demandas e dimensões assistenciais, o SUS realizou, em 2017: 1,7 milhão de partos; 19,9 milhões de procedimentos oncológicos; 11,7 milhões de internações; disponibilizou 185,7 milhões de vacinas; realizou 1,4 bilhão de consultas e 4,5 bilhões de procedimentos ambulatoriais, segundo dados apresentados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) em reunião da Subcomissão da Saúde, da Câmara dos Deputados, intitulada: *Financiamento da Saúde pelos Entes Federados*, no dia 15 de agosto de 2019.



Jurandi Frutuoso, secretário executivo do Conass

“Isso confirma que o SUS é o maior sistema universal de saúde e também de inclusão social do mundo”, disse o presidente do Conasems, Wilames Bezerra, alertando que o Brasil tem, aproximadamente, 14 milhões de desempregados e que parte dessas pessoas migram dos planos de saúde para o SUS, o que deve ser considerado para adequar o financiamento da saúde, “seriamente comprometido pela crise econômica e pela Emenda Constitucional n. 95”, destacou.

O assessor técnico do Conass, René Santos, também participou da reunião e reforçou que as crises fiscal e econômica afetam diretamente a capacidade de receita dos governos municipal, estadual e federal, “guardadas as devidas proporções, pois o governo federal detém mais de 60% do que se arrecada, enquanto transfere atividades e responsabilidades desproporcionais à capacidade de investimento dos estados e dos municípios”.

Ele destacou que poucos Países com a dimensão territorial e a população do Brasil se atreveriam a ofertar saúde de maneira universal. “É difícil compreender como um sistema de saúde tão generoso e completo como o bra-



Assista a reunião da Subcomissão da Saúde, da Câmara dos Deputados, intitulada: *Financiamento da Saúde pelos Entes Federados*, bit.ly/2nVNTtk



sileiro sobrevive com um financiamento tão frágil e decrescente”. Também enfatizou que o SUS é o maior sistema de saúde do mundo e que seu orçamento, se atrelado ao PIB, corresponde a quase metade do que os grandes sistemas universais aplicam. “A saúde é um direito social. Se continuar sendo tratada como promotora de serviços e de procedimentos, os problemas do SUS vão se agravar. A universalidade do sistema que representa um grande resgate social e de cidadania não se sustenta sem o devido financiamento”, afirmou.

Para Bezerra, um País continental com regiões tão distintas quanto o Brasil carece de planejamento e orçamento ascendentes, e não verticalizados, começando pelos municípios, e não pela União. “Com o Planejamento Regional Integrado (PRI), feito a partir da observação dos vazios assistenciais, e com a implementação de mecanismos de governança

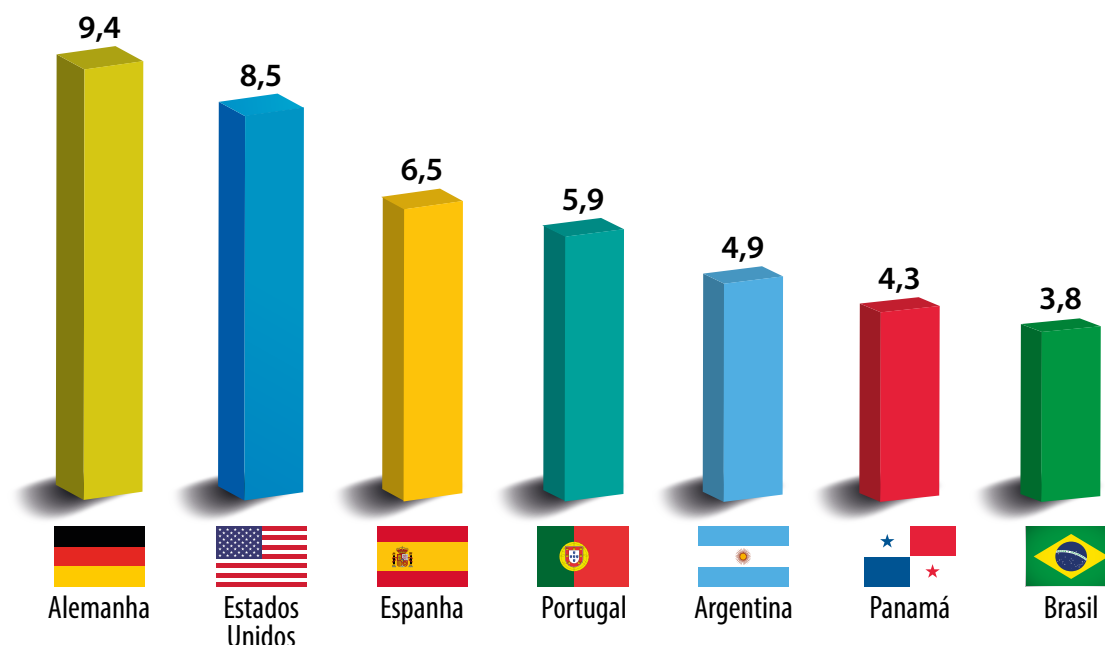
que atendam às necessidades de cada região, os entes federados terão, de fato, autonomia para aplicar os recursos financeiros conforme suas necessidades”.

Para isso, segundo o gestor, a ampliação do financiamento do SUS se faz urgente. “Não podemos fazer saúde pública com R\$ 3,89 por cidadão/dia, com os municípios investindo cerca de 31,9% da RCI. A União tem o maior aporte financeiro de arrecadação e obrigação de dar suporte aos municípios e aos estados que estão esgotados”, completou.

Fortalecimento do SUS

Quando se fala no financiamento da saúde, não se trata apenas dos serviços prestados, da manutenção de Unidades Básicas de Saúde e de hospitais ou de incorporação tecnológica. O SUS, como qualquer política social, precisa ser estruturado e organiza-

Gastos públicos comparados em saúde em relação ao PIB



Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION World Health Statistics 2014. Disponível em <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/en/m>. Acesso em 4 abr.2018 Apud: CNSaúde - Radiografia da Tributação do Setor de Saúde, 2018



René Santos,
assessor técnico
do Conass

do para dar conta das demandas de saúde da população, que crescem mais a cada dia. Portanto, precisa redefinir seu modelo de atenção à saúde, estruturar os serviços e cuidar dos seus profissionais. “Temos de dizer à sociedade com clareza que os recursos disponíveis não são suficientes para promover o adequado cuidado e atenção à saúde de todos. Além disso, devemos nos comprometer publicamente em promover as mudanças estruturais e de gestão necessárias para tornar o SUS mais forte, qualificado e eficiente”, defende Beltrame.

Para viabilizar um modelo mais moderno e adequado ao perfil da população brasileira na atualidade, é preciso apostar nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), para as quais a Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser fortalecida a fim de organizar os pontos de atenção à saúde e o acesso a eles, assim como para que as pessoas tenham o atendimento correto e no tempo necessário.

“Isso faz diferença para que a sociedade compreenda o funcionamento do SUS e o defenda. Gostaria que o SUS tivesse o mes-

mo pertencimento que o National Health Service (NHS) tem na Inglaterra, onde, mesmo com discussões complexas e acirradas a respeito do regime de governo, os ingleses não abrem mão do sistema nacional de saúde. O NHS, com mais de meio século, passou por todos os matizes políticos e ideológicos, se mantendo e crescendo por conta da compreensão da população de que ele representa muito mais do que serviços de saúde, mas o direito inalienável à cidadania”, completou René Santos.

Para o ex-ministro da Saúde, Agenor Álvares, a principal discussão é a respeito de qual recursos a saúde precisa para oferecer do mais simples ao mais complexo atendimento. Álvares, que também participou da reunião da Subcomissão da Saúde da Câmara dos Deputados, ressaltou que a inflação da saúde é muito maior do que a da economia; e, considerando aspectos como a incorporação tecnológica, o envelhecimento da população e a judicialização, a discussão sobre o financiamento do SUS é imprescindível.

“No Brasil, as pessoas têm vergonha de defender o SUS, dizem que não usam o sistema. É preciso ter coragem para defendê-lo em qualquer circunstância, mesmo sendo imperfeito. Defender sua capacidade de resolver os problemas, pois todos os sistemas universais têm problemas”, disse. Igualmente, completou que o SUS é a resposta a uma situação caótica de saúde, mas que padece com o financiamento desde os primórdios das políticas sociais de interesse coletivo e universais do Brasil, que não têm devido suporte de gestão e de financiamento.

“Desde a década de 1980, a insuficiência de recursos para área social é discutida, inclusive com inúmeras propostas no Congresso Nacional. Infelizmente, chegamos à EC n. 95, cujos impactos já são percebidos”,



Saiba mais na
edição anterior
da revista
Consensus:
bit.ly/2nTjsEf



completou o ex-ministro, citando como exemplo o aumento da pobreza, da mortalidade materna e infantil, a queda da cobertura vacinal e o retorno de doenças como o sarampo e outras um dia erradicadas. “A população está envelhecendo, e novas doenças estão surgindo, o que aumenta os custos da saúde, enquanto o SUS continua atrelado a questões econômicas e ao orçamento global da saúde”, concluiu Álvares.

Para investir no modelo de gestão, também é preciso compreender que houve um processo gradativo de implantação do SUS, começando com o fortalecimento do papel dos municípios, com a descentralização, seguindo para um processo de organização do sistema a partir dos territórios regionais, assim como em qualquer sistema universal do mundo, explica René Santos. “Essa é uma das questões centrais do modelo de gestão, a regionalização e a necessidade de um financiamento que dê à rede a condição de se organizar e de se fortalecer”.

Por isso, segundo o assessor, é preciso dizer à sociedade claramente o que será oferecido e como será o acesso, trazendo transparência necessária para que os cidadãos compreendam a importância do SUS e a necessidade de que tenha mais recursos. “Acredito que isso será possível à medida que a população constatar que o poder público está se comprometendo com resultados no cuidado à saúde. E tudo isso só é possível com o financiamento adequado”, completou.

A discussão a respeito da necessidade de mais recursos financeiros e da modernização do modelo de atenção à saúde também passa por temas como judicialização, fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), formação dos profissionais de saúde, recursos humanos e programa Médicos pelo Brasil, tabela SUS,



consórcios, contratualização, alternativas de gerência, entre outros.

O Conass, por meio do Programa de Apoio às Secretarias Estaduais de Saúde (Pases), vem contribuindo por meio de projetos relacionados a esses temas, que auxiliam as SES na implementação desse novo modelo de atenção à saúde. “Acreditamos quem além de estabelecer as responsabilidades de cada ente e aprimorar o financiamento, é preciso uma nova abordagem e um novo modelo de atenção à saúde, orientando as pessoas a cuidarem da própria saúde, fomentando a corresponsabilidade dos cidadãos e do Estado no cuidado com a saúde, reforçando direitos e deveres de ambos, preconizados na Constituição Federal”, destaca o presidente do Conselho.

Por isso, além de necessário, faz-se imprescindível fomentar o debate e a reflexão, além do Congresso Nacional, a respeito da Reforma Tributária e do novo Pacto Federativo, ambos intrinsecamente atrelados, a fim de que as reformas contemplem as necessidades de saúde dos cidadãos. ■

.....
Agenor Álvares,
ex-ministro da
Saúde



Conheça os
projetos do Pases:
bit.ly/2WXyyos



saúde em foco



O Maranhão e a redução da mortalidade materno-infantil

Projeto do Conass de Planificação da Atenção à Saúde
está em andamento em três regiões do estado

TATIANA ROSA

O estado do Maranhão possui uma das maiores taxas de mortalidade materno-infantil do País, entretanto, a vontade política, aliada a um projeto desenvolvido pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), a Planificação da Atenção à Saúde (PAS), tem feito a diferença, especialmente, na vida das gestantes.



.....
Flávio Dino, governador do estado do Maranhão, com gestores do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite

Desde setembro de 2015, a PAS foi iniciada na região de Caxias, segunda região com maior taxa de mortalidade materna e infantil registrada no estado. “Hoje a região, composta por sete municípios, já não ocupa mais o segundo lugar neste *ranking*”, comemora a chefe do Departamento de Atenção à Saúde da Família da Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão e coordenadora estadual do projeto, Ana Carolina Fernandes.

O trabalho foi iniciado com a realização de oficinas teóricas, seguido de oficinas tutoriais na Atenção Primária à Saúde (APS). Em seguida, foi desenvolvida a tutoria na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), que resultou na criação do Centro Especializado de Atenção à Saúde Materno-Infantil (Ceami), responsável pela atenção às crianças e gestantes de alto risco, de toda a região de Caxias.

Em 2017, também foi envolvida a Maternidade Carmosina Coutinho, referência regional para partos de risco habitual e alto risco, integrando assim os principais componentes da rede.

Essas ações têm o objetivo de pôr em movimento na região de saúde a estruturação da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil, a partir da reorganização dos processos de trabalho de todos os seus componentes e tendo como base o Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o SUS (MACC) e o modelo de construção social da APS. “O propósito é que cada ponto de atenção da rede reconheça e cumpra seu papel social, atuando de maneira integrada aos demais, com foco em agregar maior valor para os usuários, garantindo melhores resultados clínicos e funcionais”, explica o facilitador do projeto, Wagner Fulgêncio Elias.

Ao considerar o sucesso na região de Caxias, o projeto foi ampliado para região de Timon, seguindo os mesmos processos, para então chegar à organização do Centro de Atenção Especializada a Mulher e Criança. Atualmente, o centro atende apenas ao município de Timon, mas já se discute, nas Comissões Intergestores Regionais e na Comissões Intergestores Bipartites, a viabilidade de

organizá-lo para que ele possa atender toda a região composta por quatro municípios.

Em 2017, uma terceira região recebeu o projeto de PAS: Balsas, formada por 14 municípios. Contudo, diferentemente das outras duas regiões, lá o projeto conta também com a participação da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) que, nessa região, já atuava por meio do Projeto Sentinela, voltado para a questão do planejamento reprodutivo.

Destaque na CIT

A experiência da PAS no o município de Balsas aperfeiçoou a organização da Rede de Atenção Materno Infantil e melhorou consequentemente os indicadores da região. O sucesso foi tão evidente que, em junho deste ano, o governador do Maranhão, Flávio Dino, participou da 5ª reunião da Comissão Intergestores Tripartite em Brasília, em 27 de junho, ocasião em que apresentou os resultados positivos do projeto na região.

Dino enalteceu a união entre os Entes Federados, classificando-a como uma verdade irrefutável, no que se refere às políticas públicas de saúde uma vez que suas responsabilidades são indissociáveis. “Precisamos manter firme essa união, principalmente no momento em que o País é desafiado a vencer dificuldades e a obter melhores resultados. Essa experiência é fruto dessa premissa e de focar as políticas públicas naquilo que é fundamental”.

Ainda segundo o governador, o resultado positivo é fruto da cooperação técnica com a Opas/OMS, com o Conass e com a prefeitura de Balsas. Dino destacou o processo de PAS, que capacitou em gestão e planejamento da APS os gestores e técnicos dos municípios, além de ter organizado as Unidades Básicas de Saúde e a AAE da região. “Agradeço a todos os envolvidos e aos técnicos que nos apoiaram e salvaram muitas vidas. Quem salva uma vida, salva a humanidade inteira”, concluiu.

Emocionado, o vice-presidente do Conass, secretário de Estado da Saúde do Maranhão, Carlos Lula, afirmou que “a mortalidade materna é o componente social que mais desagrada uma família”. Ele agradeceu o apoio do governo do estado, do Conass, do Ministério da Saúde, da Opas/OMS e de todos os municípios envolvidos, dizendo que, sem eles, não teria sido possível e observou que três requisitos foram necessários para o sucesso da estratégia: profissionais técnicos qualificados, recursos financeiros e, sobretudo, vontade política. “Agradeço ao governador por ter permitido que avanços e projetos inovadores fossem desenvolvidos no estado”, comemorou.

Desafios

Apesar do sucesso da estratégia utilizada, muitos desafios ainda ocorrem na implantação e desenvolvimento do projeto, principalmente quando se trabalha com macroprocessos e microprocessos. Um deles diz respeito à adesão da gestão, já que uma dificuldade é fazer com que os gestores acreditem e invistam no projeto, não apenas com investimentos financeiros, mas também com investimentos em trabalho e recursos humanos.

A coordenadora estadual do projeto, Ana Carolina, cita também a baixa quantidade de

Oficinas de
Planificação
da Atenção
à Saúde
ocorreram
nas Regiões
de Saúde do
Maranhão que
aderiram ao
projeto





Carlos Lula, vice-presidente do Conass, participa de momentos da planificação no estado do Maranhão



Saiba mais sobre a expansão em: bit.ly/2zAc8zP



médicos per capita no Maranhão como um problema a ser resolvido. Segundo ela, é necessário cumprir a exigência das 40 horas semanais, além de ter as equipes completas, o que se torna uma dificuldade, uma vez que há poucos médicos, bem como o não cumprimento da carga horária contratual. Ela, no entanto, faz questão de destacar o papel primordial dos enfermeiros, das equipes multiprofissionais e dos agentes comunitários de saúde. “Todos esses profissionais tiveram compromisso com essa linha de trabalho possibilitando diminuir sensivelmente esses indicadores”.

Já para a facilitadora do projeto, Alzira Maria D’Ávilla, esses desafios, e tantos outros, mostram que deve haver uma vigilância constante de gestores e profissionais de saúde para que bons resultados alcançados tenham sustentabilidade, ou mesmo melhora, ao longo do tempo. “De fato, dados ainda não finalizados mostram que pode haver uma tendência de aumento nos indicadores de mortalidade para este ano”, ressalta.

Os facilitadores explicam que a melhoria contínua deve ser um valor a ser perseguido por todos: a garantia de estrutura e insumos para as ações de saúde; a mobilização cons-

tante na busca de melhor qualificação técnica e melhoria de processos de trabalho; o monitoramento constante dos indicadores de processo e resultados no painel de bordo; a correção imediata de desvios e a investigação de eventos sentinela são algumas das ações possíveis para profissionais e gestores.

Para eles, os resultados alcançados mostram que a estruturação adequada e o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde são a melhor resposta para a necessidade de saúde da população, mas essa construção precisa ser constantemente reforçada, com foco nos resultados para a população.

Futuro

A Secretaria de Estado da Saúde pretende reduzir ao máximo a mortalidade materno-infantil no Maranhão, sendo esse um dos compromissos do governo. Para isso, tem trabalhado em diversas frentes.

Uma delas é a expansão da PAS para a região de Barra do Corda, considerando ser esta a primeira em taxas de mortalidade infantil no estado, com população indígena com mais de 250 aldeias e grande extensão territorial, o que a torna totalmente diferente das demais regiões em que a planificação já está em andamento. Além disso, pretende também levar o projeto para a região de São João dos Patos via PlanificaSUS pelo Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Pro-adiSUS), cuja execução compete à Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein/SP, sendo a área técnica e de atuação responsável no Ministério da Saúde: a Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (Saps). ■



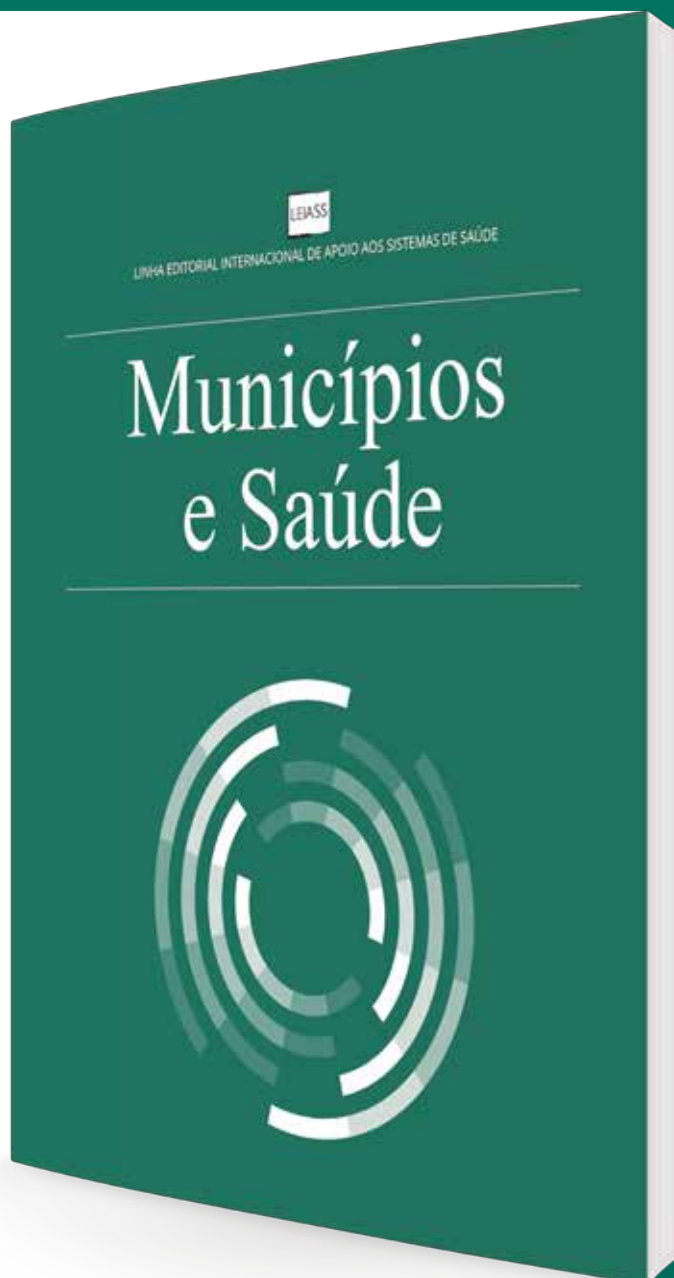
O portal de notícias Sinal Verde, de Caxias, no Maranhão, fez uma reportagem especial sobre a Planificação da Atenção à Saúde na região. Assista em <https://youtu.be/J2ojH3y2tr0>



LANÇAMENTO

O terceiro volume da série LEIASS – Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde, produzido pelos esforços conjuntos do Conass e do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (IHMT NOVA), aborda um tema de grande relevância para a análise do papel exercido pelos municípios, em diferentes países, no tocante à descentralização dos sistemas de saúde.

Baixe gratuitamente em
www.conass.org.br/biblioteca



Conass participa do congresso da Associação Latina para Análise dos Sistemas de Saúde (Alass)

TATIANA ROSA

Planificação da Atenção à Saúde e a municipalização da saúde no Brasil foram os temas abordado pelos assessores do Conass

O assessor para Relações Internacionais do Conass, Prof. Fernando Cupertino, e a assessora técnica, Maria José Evangelista, participaram, entre os dias 22 e 24 de agosto, em Montreal, do XXX Calass, o congresso da Associação Latina para Análise dos Sistemas de Saúde (Alass).



Fernando Cupertino em exposição oral sobre a municipalização da saúde no Brasil, durante o Calass

Convidado pela comissão organizadora, o Conass preparou e coordenou uma Sessão Temática sobre a Planificação da Atenção à Saúde que foi conduzida pelo Prof. Cupertino e que teve a participação da assessora Maria José Evangelista.

Na atividade, foi exibido um vídeo com legendas em francês sobre a planificação, seguida dos comentários do Prof. Denis Roy, vice-presidente do Instituto Nacional de Excelência em Serviços Sociais do Québec.

Roy elogiou a iniciativa e a metodologia empregada na Planificação da Atenção à Saúde e traçou alguns paralelos com a experiência de transformação de práticas no Canadá, no Québec. “Está claro que o desafio comum é a forma de enfrentamento das doenças crônicas, que é o denominador comum onde as mudanças devem acontecer, numa abordagem em rede”, afirmou.

De acordo com as observações de Denis Roy, o processo de Planificação se parece com o “*clinical pathways*”, no mundo anglo-saxão, chamado no Canadá de “linha de cuidados” e que foram bastante trabalhados nesses últimos quatro ou cinco anos, mas sempre demasiadamente ligados ao meio hospitalar, valorizando mais os serviços especializados

que os serviços de proximidade. “Isso torna frágil a articulação com os cuidados de saúde primários. No fundo, temos as mesmas preocupações que motivaram vocês a conceber e desenvolver a planificação, mas ao contrário de vocês, que reforçam a capacidade de resolução da atenção primária, ainda estamos muito centrados na atenção especializada, o que indica claramente que temos coisas importantes a aprender com vocês”.

Na opinião do professor, o termo “Planificação” descreve o projeto como um esforço de transformação, o que não acontece no contexto norte-americano, uma vez que a planificação não tem esse alcance. “Penso que há um ensinamento ou uma provocação de reflexão para nós: estamos muito mais próximos de um microprocesso no nosso sistema e não tão próximos de uma visão sistêmica”, provocou.

O apoio evidente dos gestores, com sustentação decisiva do Conass, também foi apontado como fator determinante para o sucesso do processo, assim como a motivação, o compromisso e o entusiasmo das pessoas envolvidas.

Por fim, destacou que a Planificação indica como construir uma transformação social duradoura e afirmou estar familiarizado pelas ideias de fortalecimento dos serviços de aten-



Saiba mais no site oficial:
alass.org/pt/





Da esquerda para a direita: Fátima Souza (UnB), e os assessores do Conass Maria José Evangelista e Fernando Cupertino

ção primária; do uso da interdisciplinaridade; do uso das linhas de cuidado e da abordagem em rede. Roy ponderou que não se trata propriamente de uma revolução de ideias, mas de uma revolução no uso e na aplicação dessas ideias fortemente ancoradas na base, na comunidade, com uma liderança menos centrada no médico, com uma dimensão menos técnica e muito mais centrada sobre as relações, marcada pela empatia, em contraposição ao saber técnico e à alta tecnologia sofisticada, o que demonstra uma diferença cultural importante. “Entre nós, a alta tecnologia é considerada quase como divina. É como se Deus tivesse se transformado em tecnologia e nós nos tornamos cegos diante disso, o que se revela como um erro de trajetória muito grande para a evolução de nossa sociedade”, concluiu.

A assessora técnica do Conass avaliou como positiva a participação e afirmou que a oportunidade de apresentar a planificação em outro País ajuda a dar visibilidade ao projeto. “Foi importante para nós apresentar essa experiência, possibilitando que outras pessoas a conheçam e também para mostrar que fazemos coisas boas”. Segundo ela, havia participantes de diversos Países, inclusive brasileiros que pela primeira vez tiveram contato com a planificação.

Maria José também chamou a atenção para a avaliação do professor Denis Roy que, segundo ela, compreendeu facilmente a essência do projeto. “É difícil entender a essência da planificação logo na primeira vez. Até mesmo no Brasil as pessoas têm dificuldades, mas acredito que a maneira como apresentamos, mostrando o depoimento das pessoas envolvidas, foi fundamental para essa compreensão, pois foi a parte que mais o encantou. As imagens valem mais do que qualquer palavra”, concluiu.

Para Fernando Cupertino, a participação do Conass, a convite da organização do congresso, foi impactante e muito bem recebida, tanto pelos organizadores do evento quanto pelo público presente. “A planificação realmente é uma estratégia empolgante, apresentá-la foi elucidativo porque mostramos não apenas os elementos conceituais, a estrutura e a forma de fazer, mas também apresentamos o testemunho do conjunto de atores envolvidos nesse processo (os profissionais de saúde, os trabalhadores, pacientes) e o impacto que esse processo produziu onde já foi implantado. Foi realmente uma contribuição bastante expressiva e à altura do que esperavam os organizadores do congresso”.

Além da Planificação da Atenção à Saúde, o Conass participou de uma exposição oral feita pelo Prof. Cupertino, na qual falou sobre a municipalização da saúde no Brasil. Na ocasião, ele ponderou criticamente como se deu esse processo e abordou os caminhos

Participantes de diversas nacionalidades participaram do evento, em Montreal



que precisam ser percorridos para potencializar os resultados benéficos alcançados pela municipalização e para corrigir os problemas, os erros e as impropriedades que esse processo produziu ao longo da trajetória. “Sobre esse tema, houve também um rico debate com todos aqueles que estavam presentes de diversos Países. Ao final, os organizadores agradeceram a presença enriquecedora do Conass no evento”, destacou.

Sobre os desdobramentos do encontro, o assessor do Conass observou que eles dizem

respeito à maior participação do Conselho nas discussões sobre os modos de organização dos serviços de saúde, tanto no âmbito da Alass, quanto na perspectiva do Termo de Cooperação que existe entre o Ministério da Saúde e Serviços Sociais do Québec e o Conass desde 2003, cuja renovação acontece em setembro de 2019. “Há ainda uma perspectiva alargada inclusive com a participação do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa e do próprio Ministério da Saúde de Portugal”, concluiu. ■



Assista ao documentário da Planificação da Atenção à Saúde, com legendas em francês: bit.ly/2WsbRfj



Comentários do vice-presidente do Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Serviços Sociais do Québec – INESSS, Denis Roy, a respeito da apresentação feita no Calass sobre a Planificação da Atenção à Saúde

“Aqui, o que nos foi apresentado é um testemunho de pacientes, de cidadãos, de profissionais de diferentes áreas, de gestores, de especialistas e de tomadores de decisão de políticas públicas. Assim, isso já está muito além do que mencionei anteriormente, em termos de postura cultural, em relação às transformações. Para mim, trata-se de um belíssimo sucesso que indica como construir uma transformação social duradoura, pelo engajamento de todos os participantes do processo. Mas isso é bastante difícil de fazer e, por isso mesmo o fazemos muito pouco. Penso que isso exige uma predisposição cultural para conseguir que aconteça.

Do ponto de vista mais específico, gostaria de traçar alguns paralelos com a experiência de transformação de práticas no Canadá e mesmo em outros lugares. Está claro que o desafio comum é a forma de enfrentamento das doenças crônicas, que é o denominador comum onde as mudanças devem acontecer em uma abordagem em rede. A apresentação emprega o termo “Planificação” para descrever o projeto como um esforço de transformação. No nosso contexto norte-americano, a planificação não tem esse alcance. Falamos, sobretudo, em gestão de processos,



numa abordagem muito mais próxima da operação do que do sistema. Penso que há um ensinamento ou uma provocação de reflexão para nós: estamos muito mais próximos de um microprocesso no nosso sistema, e não tão próximos de uma visão sistêmica. Este é um desafio importante e penso que, através desse projeto de Planificação, vocês deram um passo interessante para conectar os processos à ambição do sistema. Considero isso um ensinamento interessante.”



Leia a íntegra dos comentários de Denis Roy em: bit.ly/31NI8gn



RECORTE DEMOGRÁFICO DA RESIDÊNCIA MÉDICA BRASILEIRA EM 2019

VANESSA DALVA GUIMARÃES CAMPOS¹
FERNANDO ANTÔNIO PEDROSA FIDÉLIS²
PAULO HENRIQUE GOMES DA SILVA³
ALDIRA SAMANTHA GARRIDO TEIXEIRA⁴
ANELICE DA SILVA BATISTA⁵

Resumo

No ano de 2019, a Residência Médica Brasileira completa 75 anos. Em 2024, serão 80 anos de formação especializada, reconhecida como “padrão-ouro” na modalidade “treinamento em serviço” que assegura aos profissionais graduados o desenvolvimento das competências necessárias para atuação no cenário assistencial, de ensino e gestão, das instituições de saúde brasileiras.

Com objetivo de identificar características demográficas importantes para os gestores das instituições de saúde – número de programas, número de residentes por estados, municípios, especialidades, áreas de atuação, vagas autorizadas, vagas ocupadas, vagas ociosas e financiamento dos programas –, foi realizado este estudo, utilizando-se dados do Sistema Informatizado da Comissão Nacional de Residência Médica (SisCNRM) e do Sistema de Informações Gerenciais do Pró-Residência (SIGResidências).

Ficam evidentes as disparidades regionais no País continental: o número de vagas de residência autorizadas é de 56.255, sendo 40.333 ocupadas; apenas 5% dos municípios brasileiros (253) ofertam programas de Residência. A taxa de ociosidade média das vagas no Brasil é de 29,3%, com os maiores índices nos estados do Amapá, de Roraima, de Alagoas e de Mato Grosso do Sul, respectivamente. Quanto ao orçamento dedicado à Residência Médica, os três maiores financiadores são o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde e o Ministério da Educação, investindo juntos, mensalmente, aproximadamente R\$ 129 milhões.

A distribuição das vagas de Residência Médica acompanha as diferenças sociodemográficas brasileiras: a região Norte apresenta o menor número de programas, as maiores taxas de ociosidade e recebe o menor financiamento para bolsas-residência. Em uma análise global, o pequeno número de municípios que possuem vagas autorizadas, a alta taxa de ociosidade dos programas, o financiamento prioritário pelo Ministério da Saúde, pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pelo Ministério da Educação demonstram a necessidade de dimensionar a Força de Trabalho em Saúde, visando assegurar a formação de especialistas dos quais o Sistema Único de Saúde e o mercado de trabalho realmente necessitem.

Palavras-chave: demografia médica; residência médica; financiamento

1 vanessaguimaraescampos@gmail.com

2 fernando_fidelis@ig.com.br

3 paulohe12@gmail.com

4 aldirasamantha@gmail.com

5 anelicebatista@gmail.com

Abstract

In 2019 Brazilian Medical Residence completes 75 years. In 2024 there will be 80 years of specialized training, recognized as the “gold standard” in the “in-service training” modality that ensures graduated professionals the development of the necessary skills to act in the care, teaching and management scenario of Brazilian health institutions.

In order to identify important demographic characteristics for managers of health institutions: number of programs, number of residents by states, municipalities, specialties, practice areas, authorized programs, occupancy rates, idle vacancies and program funding, this study was conducted using data from the Computerized System of the National Medical Residency Commission (SISCNRM) and the Pro-Residency Management Information System (SIGResidências).

Regional disparities are evident in the continental country: the number of authorized places of residence is 56,255, of which 40,333 are occupied. Only 5% of Brazilian municipalities (253) offer Residency programs. The idle vacancy rate in Brazil is 29.3%, with the highest rates in the states of Amapá, Roraima, Alagoas and Mato Grosso do Sul, respectively. With regard to funding, the largest number of residence grants are financed by Ministry of Health, State Health Departments and Ministry of Education, investing together, monthly, approximately 129 million reais (30.787.589,5 million dollars).

The distribution of Medical Residency vacancies follows the Brazilian socio-demographic differences: the northern region has the lowest number of programs, the highest idleness rates and receives the lowest funding for residence grants. In a global analysis, the small number of municipalities with authorized programs, high idle vacancy rates and public funding demonstrate the need to scale the Health Workforce, to ensure the training of specialists that the Unified Health System and the labor market really need.

Keywords: *demography; medical residency; financing*

Introdução

No ano de 2019, a Residência Médica Brasileira completa 75 anos. Em 2024, serão 80 anos de formação especializada, reconhecida como “padrão-ouro” na modalidade “treinamento em serviço” que assegura aos profissionais graduados o desenvolvimento das competências necessárias para atuação no cenário assistencial, de ensino e gestão, das instituições de saúde brasileiras.

Observamos a necessidade de reflexão por parte dos gestores das instituições de saúde que abrigam esses programas de residência acerca do modelo educacional, dos currículos dos programas e do financiamento, considerando que é preciso estabelecer o “padrão-ouro” de formação.

A Residência é um período de grande dedicação ao desenvolvimento de competências profissionais no qual o médico destina 60 horas semanais à aprendizagem em serviço, totalizando, ao final de cada ano, 2.880 horas de formação. Essa carga horária prioriza eminentemente a prática profissional: 288 a 576 horas dedicadas às atividades teóricas, e a carga horária restante é destinada às atividades práticas.

1. Breve histórico da Residência Médica Brasileira

A residência médica brasileira teve como primeiro cenário de prática o Hospital das Clínicas da Escola Paulista de Medicina em 1944, com o programa de Ortopedia, tendo, em 1948, progredido para o Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro e, na década de 1960, para os demais hospitais públicos principalmente.

O modelo de ensino flexneriano foi trazido por médicos brasileiros que estagiaram no exterior, especialmente nos hospitais europeus e americanos, com inspiração no modelo precursor do Hospital John Hopkins, com os quatro grandes mestres da medicina:

ERRATA: onde se lê: Hospital das Clínicas da Escola Paulista de Medicina; leia-se: Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.

William Osler (Medicina Interna), William Welch (Patologia), Howard Kelly (Ginecologia-Obstetrícia) e o inovador cirurgião William Halsted. O termo residência tem relação com a necessidade, naquela época, de que os graduados residissem nos hospitais, estando à disposição da instituição em tempo integral.

Na década de 1940, apenas 10% dos graduados escolhiam cursar a residência, buscando formação de alto nível, assim, a Residência Médica era um caminho de exceção, não sendo primordial para atuação no mercado de trabalho¹.

No final dos anos 1950, houve grande estímulo à criação de vagas de curso de graduação e de Residência dentro do mercado de trabalho competitivo e com avanços tecnológicos crescentes, ocorrendo o fortalecimento, nas décadas de 1960 e 1970, da tendência à especialização dos jovens médicos nas regiões mais ricas e desenvolvidas do País².

Na década de 1970, ocorreu a expansão dos cursos superiores de forma intensa e desordenada, não poupando a medicina. Ao mesmo tempo, o grande desenvolvimento técnico-científico e a capacidade da medicina em produzir conhecimentos levaram à especialização médica, gerando novas práticas profissionais e causando fragmentação, especialização, aumento dos custos, redução da acessibilidade e pequeno impacto no modelo de atenção à saúde¹.

Com essa medida, o número de programas de residência aumentou, entretanto, percebeu-se, em alguns programas, a falta de compromisso com a qualidade do ensino, com as necessidades de saúde da população e com condições de trabalho, ensino e moradia para o médico residente².

Durante toda a década de 1970, os médicos residentes tinham preocupação com a necessidade de regulamentação, assim, iniciaram movimentos políticos pelo aprimoramento da residência médica, reafirmando seu

caráter educacional de treinamento em serviço, com a característica peculiar de ser, ao mesmo tempo, uma modalidade de trabalho e de formação¹.

Com o aprimoramento da residência médica no decorrer dos anos, essa modalidade de pós-graduação se consolidou como a melhor forma de capacitação profissional para o médico³.

O Decreto Presidencial nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, formalizou a instituição do Programa de Residência Médica e criou a Comissão Nacional da Residência Médica a fim de regulamentar essa modalidade de ensino no Brasil, com a exigência de dedicação exclusiva.

A Associação Nacional dos Médicos Residentes e os Sindicatos pleitearam melhores condições para o treinamento e reajuste da bolsa de residência durante o regime militar⁴. Em 7 de julho de 1981, a Residência Médica foi regulamentada pela Lei nº 6.932, que a define como modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização e caracterizada pelo treinamento em serviço, funcionando em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo considerada o padrão-ouro da especialização médica⁵. Destaca-se a retirada da necessidade de dedicação exclusiva à Residência após a promulgação da referida lei.

1.1 Regulação e supervisão da pós-graduação em saúde no Brasil

Conforme Maria Aparecida Andrés Ribeiro⁶, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) centralizou a responsabilidade técnica e administrativa pelo credenciamento dos programas por todo o País, de forma que somente os cursos de pós-graduação *lato sensu* credenciados por essa comissão, e que funcionem de acordo com suas normas e resoluções, podem receber a designação “Re-

sidência”. A duração dos programas depende da Comissão Mista de Especialidades, constituída por membros da Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina (CFM) e CNRM, conforme Resolução CFM nº 1.634/2002.

A CNRM estabeleceu normas técnicas para o credenciamento provisório, recredenciamento e descredenciamento dos programas, visando evitar que, conforme estudos da época, os residentes, alunos de pós-graduação tivessem como obrigação substituir os prestadores de serviço⁶.

A Comissão de Residência Médica (Coreme) de cada instituição de saúde, criada com o objetivo de coordenar, supervisionar e planejar os Programas de Residência, está subordinada tecnicamente à Comissão Estadual de Residência Médica (Cerem) de cada estado, e estas comissões estão subordinadas à CNRM, embora estejam localizadas no âmbito das instituições de saúde que ofertam os Programas de Residência.

No início da história da regulamentação da Residência, as regiões menos desenvolvidas do País receberam poucos estímulos para a criação de vagas, o que resultou em disparidades demográficas no tocante ao quantitativo de profissionais médicos e especialistas no Norte e Nordeste anos mais tarde. Ao mesmo tempo, as regiões Sul e Sudeste já contavam com maior número de especialistas preceptores, maior número de leitos e de hospitais, além de tecnologias que facilitariam a expansão das vagas dos programas.

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988, responsabilizou o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde por ordenar a formação de recursos humanos. Entretanto, conforme Maria Aparecida Andrés Ribeiro⁶, a articulação federal, via CNRM, falhou em não contemplar as diferentes regiões do País, com suas necessidades regionais, quanto à formação de médicos especialistas.

A partir de 1989, a CNRM perdeu a exclusividade na titulação de especialistas; o CFM e a Associação Médica Brasileira, sob protocolo conjunto, passaram a reconhecer como especialistas apenas os médicos que obtivessem o título mediante prova executada pelas Sociedades de Especialidades.

Treze anos mais tarde, no ano de 2002, o Ministério da Educação (MEC), o CFM e a Associação Médica Brasileira passaram a dividir atribuições no reconhecimento das especialidades: em 2002, a Resolução 1.634 do CFM criou um convênio por meio do qual a CNRM autoriza o funcionamento dos programas, a Associação Médica Brasileira fiscaliza a concessão dos títulos e o CFM registra os títulos das especialidades⁷.

Em 2009, foi lançado o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas, por meio da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.001, de 22 de outubro de 2009 (Pró-Residência)⁸, com objetivo de incentivar a formação de especialistas, priorizando regiões que apresentassem vazios de formação e assistencial, definidas em comum acordo com os gestores do SUS, a partir da identificação das necessidades e realidades locais e regionais. As principais características do programa são: a política de concessão de bolsas para Residentes; o apoio institucional para a abertura e ampliação de novas vagas de Residência em Regiões do País, Áreas e Redes Prioritárias para o SUS e a formação de Gestores, preceptores e tutores para Programas de Residência em Saúde.

A Residência Médica deve ser orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, atender às exigências e regulamentações da CNRM e desenvolver Projetos Políticos Pedagógicos que priorizem conteúdos, estratégias e cenários de aprendizagem inseridos nas Redes de Atenção à Saúde do SUS, articulando gestão, atenção, formação e participação social.

O apoio do Pró-Residência no campo da formação destaca a integração ensino-servi-

ço-comunidade, representando uma possibilidade de qualificar profissionais de saúde para uma prática integrada, humanizada e ética, voltada para ações e serviços de prevenção, promoção, reabilitação, recuperação, monitoramento, avaliação, bem como implementação, fortalecimento e articulação das áreas e Redes de Atenção à Saúde prioritárias do SUS.

Desde 2009, as instituições de saúde públicas e sem fins lucrativos concorrem aos Editais do Pró-Residência, solicitando concessão de bolsas, para vagas novas de programas prioritários, nas especialidades, áreas de atuação e regiões geográficas, definidas pelo Ministério da Saúde.

Há diferentes informações quanto ao quantitativo de profissionais em especialização na modalidade Residência no Brasil. As autoridades da área exibem discrepâncias em suas declarações numéricas. O Relatório Final da CPI sobre a proliferação de cursos médicos, da Assembleia Legislativa do estado de São Paulo⁹, informava que havia, naquela época, cerca de 26 mil vagas disponíveis, já o Ministério da Saúde, por meio do portal da SGETES, informava na mesma ocasião que, de acordo com a Secretaria-Executiva da CNRM, 360 instituições de saúde ofereciam, em 2015, mais de 2.600 programas de Residência Médica em 53 especialidades reconhecidas no Brasil, com aproximadamente 22 mil vagas distribuídas nos diversos anos de treinamento¹⁰. Tais dados encontram-se defasados, sendo necessárias novas pesquisas demográficas.

1.2 Residência Médica Brasileira: pós-graduação ou formação para o trabalho?

Um dos atributos das Universidades é a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. Em paralelo, como modelo de formação, cada programa de Residência, regulamentado como pós-graduação, concretiza a integração ensino-serviço-comunidade, apro-

ximando o modelo pedagógico e o assistencial, mesmo fora da cátedra, tornando os cenários dos hospitais das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde ambientes de ensino.

A Lei 6.932/1981⁵ regulamentou a Residência como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, entretanto, os problemas desta formação também consistem na ambiguidade existente entre o modelo educacional e o mundo do trabalho.

Como pós-graduação, há o fortalecimento da vertente educacional com a promoção do despertar do conhecimento em saúde, e por ser dependente do cenário de prática e do sistema de saúde, há o estreitamento da relação com os conflitos do mundo do trabalho. Essa vivência nos cenários de prática influencia fortemente no desenvolvimento de habilidades e atitudes necessárias à autonomia profissional.

A fim de cumprir o objetivo de que os residentes alcancem as metas de aprendizagem de cada especialidade, as instituições que ofertam os programas deverão prover condições adequadas para o desenvolvimento integrado e harmonioso de competências relacionadas com o mundo do conhecimento e com o mundo do trabalho.

Nos últimos 13 anos, a construção dos projetos pedagógicos dos programas de Residência tem sido delineada pela Resolução CNRM nº 2/2006¹¹, que estabelece temas prioritários para o conteúdo teórico de cada programa e a carga horária prática mínima em cada campo de ensino, falhando em estabelecer quais competências o residente deveria desenvolver em cada cenário.

Ao seguir essa resolução para submeter pedidos de credenciamento de programas, as instituições elaboram projetos pedagógicos fragmentados por instituir múltiplos estágios para cada especialidade, prejudicando a formação na integralidade do cuidado. Tal resolução foi precursora para orientar as atividades dos residentes na década passada, entretanto, a evolução dos estudos em educação

médica tem suscitado questionamentos acerca do fracionamento curricular.

Em parceria com as Sociedades de Especialidades Médicas, a CNRM tem discutido matrizes de competências para nortear o desenvolvimentos dos projetos pedagógicos dos programas, estabelecendo as diretrizes da formação em todo o território nacional, o que representa avanço pedagógico significativo para a educação em saúde, pois esse movimento iniciou-se no restante do mundo há mais de 20 anos; e em alguns Países já tem sido reformulado por meio de novos estudos, entre eles, os relacionados com as Atividades Profissionais Autônomas (EPAs-Entrustment Professional Activities)¹².

Em décadas passadas, as instituições pertencentes ao sistema municipal e estadual de saúde foram responsáveis por grande parte das diligências e exigências de programas, relacionadas com a assistência, com os cenários educacionais, com as bolsas de estudo e com a preceptoria.

Nos últimos anos, entretanto, as instituições universitárias passaram a ser alvos das exigências e, conseqüentemente, das diligências por parte da CNRM, pois o *locus* hospitalar, ambiente prioritário da alta complexidade, apesar de preliminarmente autossuficiente na assistência e de ter sido o primeiro importante cenário de ensino da Residência Médica Brasileira, tornou-se ineficaz em proporcionar o desenvolvimento de todas as competências relacionadas com a integralidade do cuidado e no manejo preventivo em saúde.

Dessa forma, a medicina aprendida nos hospitais de alta complexidade se distancia da pluralidade da prática profissional que o futuro especialista, egresso da Residência, desempenhará. Novos cenários educacionais e equipamentos de saúde serão necessários para prover o ensino da prática de saúde preventiva, mas também tecnológica, da última década.

Primordial para o ensino da atenção às urgências, emergências, trauma e para as es-

pecialidades cirúrgicas, caberá ao hospital de alta complexidade uma nova missão na educação dos futuros médicos.

1.3 A influência do modelo de atenção à saúde no projeto pedagógico da Residência Médica

O modelo clássico da transição epidemiológica caracteriza-se por evolução progressiva de um perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas para o aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e outras doenças consideradas crônico-degenerativas¹².

No Brasil, a transição epidemiológica não ocorreu no formato omraniano, pois o perfil de mortalidade tem-se caracterizado por tripla carga de doenças, envolvendo doenças infecciosas, desnutrição, problemas de saúde reprodutiva, doenças crônicas e crescimento de causas externas.

A assistência aos portadores de condições crônicas de saúde não pode ser respondida com eficiência, efetividade e qualidade por sistemas de saúde fragmentados, voltados para as condições agudas¹³.

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde¹³, desde 2003, o anacronismo entre a atenção à saúde atual realizada em um modelo hospitalocêntrico e fragmentado, voltado para o atendimento das condições agudas, e a situação de saúde brasileira do século XXI, com a tripla carga de doenças, evidencia a falha dos sistemas de saúde em todo o mundo. É importante ressaltar que os Programas de Residência Médica estão inseridos neste contexto.

Segundo relatório da Organização Mundial da Saúde, publicado em 2003, os Países que passavam por “transformações em saúde” estariam em uma situação de risco que inspirava duplos cuidados, uma vez que precisavam tratar, simultaneamente, de doenças infecciosas agudas e saúde materna e de condições crônicas não transmissíveis¹⁴. Esse

relatório apontava para a necessidade de preparação dos Países em desenvolvimento no sentido de organizar uma agenda dupla de atenção à saúde, de maneira inovadora.

A falta de preparação e de organização do sistema público de saúde brasileiro para atender à tripla carga de doenças afeta a formação de recursos humanos em saúde, em especial, na Residência Médica, visto que os projetos pedagógicos e os cenários de prática dos programas voltam-se para o atendimento das urgências e emergências e dos cuidados intensivos, em detrimento das atividades eletivas.

Observam-se, na execução do projeto pedagógico, a excessiva carga horária destinada ao treinamento em emergências e a redução dos atendimentos ambulatoriais e das cirurgias eletivas, necessários ao desempenho de cada especialidade.

Cenários educacionais de hospitais e outros equipamentos de saúde de menor complexidade podem ser incorporados nos projetos das residências, visando proporcionar ao jovem médico experiência condizente com a prática real do futuro especialista.

2. Materiais e Métodos

Com objetivo de conhecer características demográficas da Residência Médica no ano de 2019 que sejam importantes para os gestores no planejamento da força de trabalho em saúde, foi realizado este estudo de delineamento ecológico, de caráter exploratório, por meio de consulta ao Sistema Informatizado da Comissão Nacional de Residência Médica (SisCNRM) e ao Sistema de Informações Gerenciais do Pró-Residência (SIGResidências) em julho de 2019, sendo extraídos os seguintes dados: número de programas, número de residentes por estados, municípios, especialidades, áreas de atuação, vagas autorizadas, vagas ocupadas, vagas ociosas e instituições responsáveis pelo financiamento dos programas.

As limitações identificadas estão relacionadas com a inconsistência de parte de dados, já que o SisCNRM não oferece subsídios suficientes para a exatidão do diagnóstico demográfico, em função do preenchimento incompleto e inadequado por parte de algumas Coremes.

As informações foram obtidas pela Lei de Acesso à Informação nº 12.527/2011, que regulamenta o direito constitucional de acesso às informações públicas. No âmbito federal, a Lei de Acesso à Informação foi regulamentada pelo Decreto nº 7.724/2012.

3 Resultados e Discussão

3.1 Distribuição numérica e percentual de municípios que ofertam Programas de Residência Médica por Estado e Região (2019)

Considerando os 5.570 municípios brasileiros, segundo informações do ano de 2018 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁵, foram extraídos dados do SisCNRM quanto à distribuição dos Programas de Residência Médica por município e região geográfica.

Atualmente, no SisCNRM, existem 907 instituições que ofertam 6.449 Programas de Residência Médica.

Na região Sul, dos 1.191 municípios cadastrados, 55 ofertam Programas de Residência Médica, o que equivale a 5% dos municípios de toda a região, demonstrando a concentração dos programas, o que, entretanto, também pode estar associada à oferta de preceptoria capacitada e a cenários de prática seguros ao desenvolvimento de atividades pelos residentes.

Na região Centro-Oeste, dos 467 municípios dos estados de Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, apenas 12 ofertam Programas de Residência Médica, o que equivale a 2% dos municípios de toda a região, demonstrando a má distribuição dos programas. O Distri-

to Federal apresenta realidade diferente, visto que, proporcionalmente à sua população, apresenta a maior concentração residente/habitante do País.

Na região Nordeste, dos 1.794 municípios, apenas 46 ofertam Programas de Residência Médica, o que equivale a 3% dos municípios de toda a região, mantendo as disparidades encontradas nas demais regiões.

Na região Sudeste, dos 1.668 municípios, 123 ofertam Programas de Residência Médica, o que equivale a 7% dos municípios, permanecendo atrás apenas da região Sul na distribuição das vagas autorizadas de Residência.

Na região Norte, dos 450 municípios, 16 ofertam Programas de Residência Médica, o que equivale a 4% dos municípios de toda a região, demonstrando concentração das vagas autorizadas de Residência.

Tais dados revelam, ainda, concentração dos polos formadores nas capitais e regiões mais ricas e desenvolvidas do País, o que pode estar relacionado com a presença, nessas regiões, de fatores condicionantes e essenciais para a abertura de vagas: cenários seguros para o ensino, preceptoria qualificada, recursos tecnológicos para assistência e ensino, bem como orçamento para as bolsas-residência.

Figura 1: Número de municípios com Programas de Residência Médica por unidade federativa – UF, no Brasil, no ano de 2019

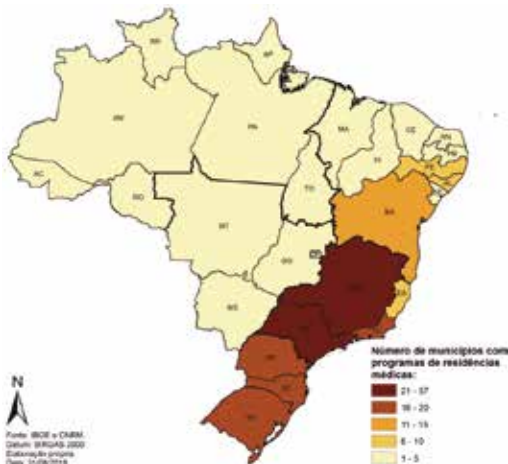
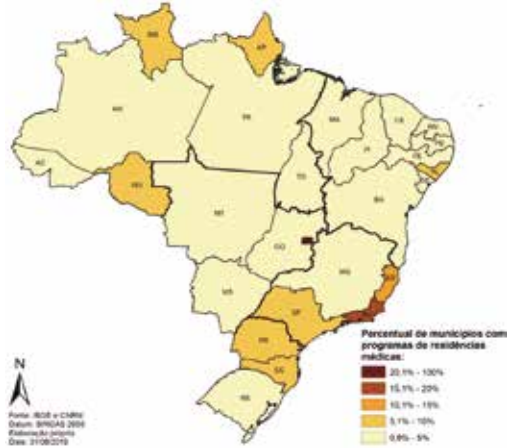


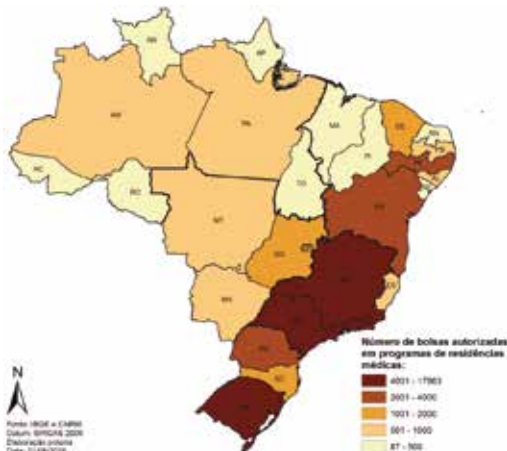
Figura 2: Percentual de municípios com Programas de Residência Médica por unidade federativa – UF, no Brasil, no ano de 2019



Em todo o Brasil, dos 5.570 municípios, apenas 253 ofertam Programas de Residência Médica, o que equivale a 5% do total de municípios, demonstrando que há poucos centros formadores, restringindo-se especialmente ao Sul e ao Sudeste, acentuando a presença de bolsões geográficos do País com carência na formação de especialistas em Medicina.

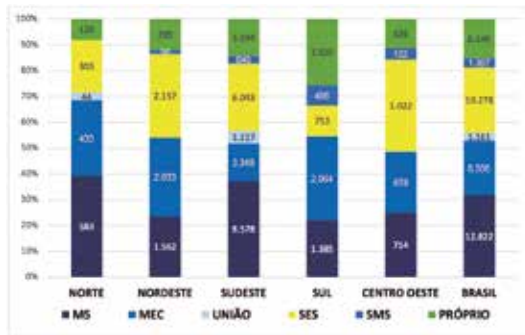
Observa-se ainda que a maior relação numérica de médicos residentes para cada 100 mil habitantes encontra-se no Distrito Federal (43,7), seguida por São Paulo (29,5), Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul (29,5), sendo encontradas as menores taxas no Maranhão (3,9), no Amapá (4,8) e em Mato Grosso (8,6).

Figura 3: Número de bolsas-residência por unidade federativa – UF, no Brasil, no ano de 2019



3.2 Estimativa de financiamento das Bolsas-Residência no Brasil (2019)

Gráfico 1: Número de bolsas do Programas de Residência por fonte de financiamento e por região geográfica, no Brasil, no ano de 2019



Fonte: SISCNRM.

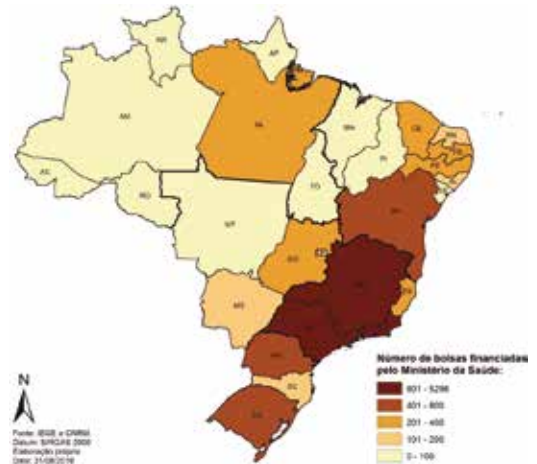
Conforme o gráfico acima, o principal financiador das bolsas-residência no Brasil é o Ministério da Saúde, sendo responsável por 12.822 bolsas-residência. Considerando o valor unitário da bolsa-residência, que é de R\$ 3.330,43, e dos encargos relativos ao Instituto Nacional de Previdência Social (20% sobre o valor da bolsa-residência), de R\$ 666,09, o custo mensal do treinamento de um residente é de R\$ 3.996,52. A provisão do Ministério da Saúde nesse modelo de formação pode atingir mensalmente até R\$ 51.243.379,44 e anualmente R\$ 614.920.553,28.

É importante observar que o incentivo à preceptoria por meio de bolsas não está sendo contabilizado no custo anual total do programa, pois há divergência entre estados e municípios quanto ao pagamento por meio de bolsas, gratificações ou horas de dedicação à supervisão permanente dos residentes. Na maioria dos programas, entretanto, tal atividade não é reconhecida pelas instituições.

De acordo com os dados extraídos do SisCNRM, depois do Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde são as principais financiadoras de bolsas-residência no Brasil, sendo responsáveis por 10.278 bolsas-residência. A estimativa de investimento

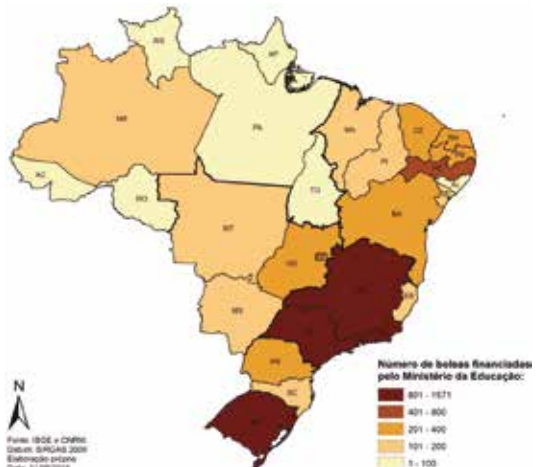
mensal pelas Secretarias Estaduais nesse modelo de formação é de R\$ 41.076.232,56; sendo provisionados anualmente cerca de R\$ 492.914.790,72 pelos estados brasileiros.

Figura 5: Estimativa de número de bolsas de Residência Médica financiadas pelo Ministério da Saúde, por unidade federativa – UF, no Brasil, no ano de 2019



Em terceiro lugar, depois do Ministério da Saúde e das Secretarias de Estado de Saúde, o MEC responde pelo financiamento mensal de 8.556 bolsas-residência, sendo investidos R\$ 34.194.225,12 ; com um custo anual de R\$ 410.330.701,44.

Figura 6: Número de bolsas financiadas pelo MEC, no ano de 2019



Na região Sul, a maioria das bolsas de residência é financiada com recursos do gover-

no federal. Do total de 6.310 bolsas-residência, 55% provêm de orçamento federal (MEC e Ministério da Saúde), havendo investimento das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde correspondente a 20% do total.

Na região Centro-Oeste, 36% das bolsas de residência são financiadas com recursos das Secretarias Estaduais de Saúde, 24% são provenientes do Ministério da Saúde; e apenas 23%, do MEC. Percebe-se pequeno investimento dos municípios da região Centro-Oeste nessa modalidade de ensino (4%).

Na região Nordeste, onde há distribuição predominante do financiamento entre MEC (30%), Secretarias Estaduais de Saúde (32%) e Ministério da Saúde (23%), observa-se pequeno investimento dos municípios nessa modalidade de ensino (2%), segundo dados extraídos do SisCNRN.

Na região Sudeste, o Ministério da Saúde é o principal fomentador de bolsas-residência (37%), juntamente com as Secretarias Estaduais de Saúde (26%). O MEC é responsável pelo financiamento de 14,5% das bolsas-residência. Destacam-se também os financiamentos próprios, correspondendo a 14,3% das vagas.

Na região Norte, o Ministério da Saúde é o principal financiador de bolsas-residência (39%), juntamente com o MEC (29%) e as Secretarias Estaduais de Saúde (20%). Há ainda o registro de 3% de bolsas pagas pela União. Apenas 8% das bolsas têm financiamento próprio de instituições privadas ou sem fins lucrativos.

Entre os três principais financiadores das bolsas-residência no Brasil estão o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde e o MEC, nesta ordem. Observa-se que o MEC destina a maior parte das bolsas para a região Sul; o Ministério da Saúde, para a região Sudeste, e as Secretarias Estaduais de Saúde são responsáveis pela maior parte do financiamento das bolsas, nas regiões Centro-Oeste e Nordeste.

As Secretarias Municipais de Saúde arcam com 3% das bolsas de Residência Médica no Brasil, assim distribuídas: 98 bolsas na região Nordeste, 649, na região Sudeste; 498 na região Sul e 122 na região Centro-Oeste. Segundo o SisCNRN, não há financiamento de programas de Residência Médica por nenhum município da região Norte.

Segundo o SisCNRN, cerca de 6.149 instituições assinalam que as bolsas de seus respectivos programas possuem “financiamento próprio”, devendo-se destacar aqui a iniciativa privada e fundacional, distribuídas da seguinte maneira: 120 bolsas na região Norte; 799 na região Nordeste; 3.294 na região Sudeste; 1.610 na região Sul e 326 na região Centro-Oeste. Assim como as Secretarias Municipais de Saúde, as principais regiões que contam com “financiamento próprio” são as regiões Sul e Sudeste. Portanto, 15% das bolsas-residência no Brasil possuem financiamento próprio, podendo corresponder especialmente à iniciativa privada e fundacional.

Os municípios e a União financiam de 3% a 6% das bolsas, consistindo investimento ainda pouco significativo, demonstrando necessidade de uma política de formação de especialistas pelas Secretarias Municipais de Saúde, visto que os municípios têm desenvolvido seu potencial de formação paulatinamente nos últimos anos e solicitado maior número de pedidos de credenciamentos provisórios de programas.

3.3 Taxa de Ociosidade

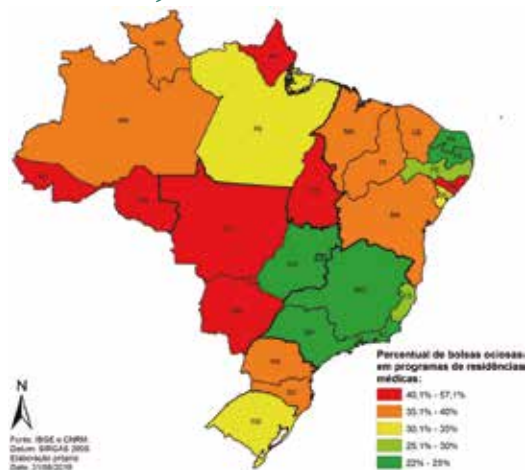
Gráfico 2: Estimativa de percentual de bolsas-residência ociosas, por regiões geográficas, no Brasil, no ano de 2019



A taxa de ociosidade das vagas da Residência Médica Brasileira está em torno de 29%; das 56.255 vagas autorizadas, 40.333 vagas estão ocupadas, e 15.922 estão desocupadas, sendo que o Distrito Federal, a Paraíba e Pernambuco contam com as menores taxas de vagas ociosas; e os Estados do Amapá, de Roraima, de Alagoas e de Mato Grosso do Sul, com os maiores índices.

É importante ressaltar que a taxa de vacância das vagas, estabelecida em 29,3% pode estar superestimada em função da falha no registro de conclusão dos residentes no SisCNRM, pelas Coremes, o que ocasiona a contabilização do residente como se ainda estivesse vinculado ao Programa de Residência Médica, mesmo já tendo concluído o programa e saído do cenário assistencial.

Figura 7: Estimativa de percentual de bolsas ociosas por unidade federativa – UF, no Brasil, no ano de 2019



Entre todas as regiões, a menor taxa de ociosidade está na região Centro-Oeste, chegando a 30%. O Distrito Federal tem 23% de ociosidade; e Goiás, 22%. Mato Grosso tem 42%, e Mato Grosso do Sul apresenta taxa de 48%, uma das maiores do Brasil.

A região Nordeste tem 31% de ociosidade, destacando-se pelas mais baixas taxas de ociosidade os Estados da Paraíba com 18% e Pernambuco com 19%. Os maiores índices de

vagas ociosas chegam a 38% no Piauí e a 51% no estado de Alagoas.

Na região Sudeste, o Espírito Santo apresenta a maior taxa de ociosidade (38%) seguida por Minas Gerais (32%), Rio de Janeiro (31%) e São Paulo (30%).

A região Norte tem a maior taxa de ociosidade do Brasil, segundo o SisCNRM, destacando-se o Amapá (53%), Roraima (51%), Rondônia (45%), o Tocantins (39%), o Amazonas (38%) e o Pará (28%).

No SisCNRM, das 55 especialidades cadastradas e reconhecidas pelo CFM, as dez que possuem maior índice de vagas desocupadas são: Patologia Clínica/Medicina Laboratorial, Medicina Preventiva e Social, Medicina de Família e Comunidade, Medicina Intensiva, Cirurgia Cardiovascular, Medicina do Tráfego, Acupuntura, Medicina de Emergência, Medicina Nuclear e Nutrologia. As dez especialidades que apresentam a menor taxa de ociosidade no referido sistema são: Medicina Esportiva, Pediatria, Medicina Legal e Perícia Médica, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Coloproctologia e Cirurgia Plástica.

Entre as 59 áreas de atuação, as dez áreas que possuem maior taxa de ociosidade são Atendimento ao Queimado, Nutrição Parenteral e Enteral Pediátrica, Sexologia, Toxicologia Médica, Infectologia Hospitalar, Cirurgia Videolaparoscópica, Reprodução Assistida, Emergência Pediátrica, Endoscopia Respiratória e Ergometria.

Entre as áreas de atuação, as dez que têm o menor índice de vagas desocupadas são: Ecocardiografia, Neurofisiologia Clínica, Endocrinologia Pediátrica, Medicina Fetal, Endoscopia Ginecológica, Neurologia Pediátrica, Psicoterapia, Hansenologia, Cirurgia Bariátrica e Nutrição Parenteral e Enteral.

Conclusão

A distribuição das vagas de Residência Médica acompanha as diferenças sociodemo-

gráficas brasileiras: a região Norte apresenta o menor número de programas, as maiores taxas de ociosidade e recebe o menor financiamento para bolsas-residência. Em uma análise global, o pequeno número de municípios que possuem vagas autorizadas, a alta taxa de ociosidade dos programas, o financiamento prioritário pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e MEC demonstram a necessidade de dimensionar a Força de Trabalho em Saúde, visando assegurar a formação de especialistas dos quais o SUS e o mercado de trabalho realmente necessitem.

Considerações Finais

O dimensionamento eficaz da Força de Trabalho em Saúde para subsidiar decisões gerenciais das instituições¹⁷, o desenvolvimento da Residência em Rede e das parcerias interinstitucionais para oferta e fiscalização de Programas, a valorização da formação do residente por meio do Mestrado Profissional Associado à Residência, a organização de um processo seletivo integrado para todas as regiões do Brasil, a qualificação dos cenários de prática assistenciais, o reconhecimento da atividade de preceptoria, a descentralização da regulação e supervisão das vagas para as Comissões Estaduais de Residência Médica e o estabelecimento de sistemas de informações gerenciais eficientes podem contribuir para mitigar as disparidades socio-regionais e a ociosidade das vagas da Residência Médica no Brasil.

Os gestores devem analisar seus respectivos planejamentos estratégicos institucionais para formar médicos especialistas, ajustados às projeções futuras das necessidades de Recursos Humanos em Saúde, visando garantir a integralidade do cuidado, em seus municípios e estado.

Referências

1. Botti, S. H. de O. O Papel do Preceptor na Formação de Médicos Residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino". 2009. 104 p. Tese

(Doutorado) — Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 104 f. Acesso em: 10/06/2019.

2. Feuerwerker LCM. Situação atual da residência médica no Brasil: subsídios para uma política de especialização. In: Estudos e reflexões sobre a formação de especialistas na área da saúde. São Paulo: Fundap; 2010. p. 317-356.

3. Sampaio, M. C.; Sousa, M. F. de. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? 2013. 913 – 926 p. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000400012. Acesso em: 11/07/2019.

4. Sindicato dos Médicos. 1981: Uma greve viva na memória. Rio de Janeiro-RJ, 2012. Disponível em: <http://www.sinmedjr.org.br/2012/historico/75anos/painel5.jpg>. Acesso em: 10/04/2016.

5. Brasil. Lei no 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 9 jul. 1981.

6. Ribeiro, M. A. A. Apontamentos sobre a residência médica no SBrasil. Brasília-DF, 2011. Coleção: Estudo das consultorias. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/handle/bdcamara/6065>. Acesso em: 15/06/2019.

7. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1634 de 11 de abril publicada em 29 de abril. Brasília-DF: [s.n.], 2002. seção I – 81 p. Diário Oficial da União de 29 de abril de 2002, seção I, pag 81.

8. Brasil. Ministério da Educação. Portaria Interministerial no 1.001, de 22 de outubro de 2009. Institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - Pró-Residência. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 23 out. 2009.

9. São Paulo (Estado). Poder Legislativo. Relatório final dos trabalhos da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), instaurada pelo Ato nº 38 de 2009, com a finalidade de investigar a possível proliferação dos Cursos de Medicina, assim como os efeitos deste fenômeno sobre a qualidade dos serviços prestados, conforme Requerimento nº 796, de 2007. Diário Oficial do Estado de São Paulo. São Paulo: Imprensa Oficial. 2010; 120(49).

10. Brasil. Resolução no 2.116, de 4 de fevereiro de 2015. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM No 2.068/2013, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o CFM, a AMB e a CNRM. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 3 ago. 2016.

11. Brasil. Resolução nº 2 da Comissão Nacional de Residência Médica, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre os requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. Brasília-DF, maio 2006. DOU nº 95, de 19/05/2006, seção 1, páq. 23-26. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/resolucao02_2006.pdf. Acesso em: 15/04/2019.

12. Cate, OT. Entrustability of professional activities and competency-based training. Medical Education, Blackwell Publishing, n. 39, p. 1176 – 1177, 2005.

13. Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. Milbank Q [internet]. 2005 Dec [acesso 2017 fev 16];83(4):731-757. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690264/>.

14. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc Saúde Colet [internet]. 2010 [acesso 2017 jun 20];15(5):2297-2305. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>.

15. OMS. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: Relatório mundial [internet]. Brasília; 2003 [acesso 2016 jun 26]. Disponível em: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>.

16. IBGE. Censo Demográfico 2010. Estimativas do total da população dos Municípios e das Unidades da Federação brasileiras. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

17. Machado CR. Dal Poz MR. Sistematização do conhecimento sobre as metodologias empregadas para o dimensionamento da força de trabalho em saúde. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p 238-254.

Em agosto, foi formada a primeira turma de **especialistas em Informática em Saúde das Secretarias Estaduais de Saúde**. O Curso de Especialização em Informática em Saúde foi realizado pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês, com recursos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS), dando andamento à implementação da Estratégia de Saúde Digital do Ministério da Saúde. A turma foi direcionada às Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Uma segunda turma terá início em outubro de 2019.

No dia 19 de agosto, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) passou a oferecer a **plataforma digital e-Nat Jus**. Por meio dela, juízes de todo o País poderão solicitar pareceres médicos para avaliar a urgência de pedidos de fornecimento de medicamentos ou tratamentos médicos. O objetivo é ajudar os magistrados a julgar questões envolvendo a judicialização da saúde. O serviço funciona 24 horas por dia, sete dias por semana e está disponível no site do CNJ: <https://www.cnj.jus.br/e-natjus/>



Você sabia que o Ministério da Saúde, em parceria com o Spotify, publica periodicamente podcasts sobre temas importantes de saúde, sempre com linguagem leve, acessível, descontraída e, principalmente, descomplicada?

O Pausa Para a Saúde é um programa semanal com assuntos variados, como emergências infantis; doenças raras; dietas da moda; dicas de saúde; menopausa; suicídio; Alzheimer etc. Siga o Ministério da Saúde no Spotify e dê um tempo para cuidar da sua saúde. Prevenção e promoção é sempre melhor que remediar. Acesse em <https://spoti.fi/2Lei7jm> (Fonte: Ministério da Saúde).



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.



Mais *Curta*s podem ser acompanhadas nas Redes Sociais!



Siga
twitter.com/ConassOficial



Curta
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: Nésio Fernandes de Medeiros Júnior (ES)

Região Sul: Carlos Alberto Gebrim Preto (PR)

COMISSÃO FISCAL

Titulares: Florentino Alves Veras Neto (PI); Helton de Souza

Zeferino (SC); Valberto de Oliveira Lima (SE)

Suplentes: Cecília Smith Lorezom (RR); Luiz Edgar Leão Tolini (TO);

André Longo Araújo de Melo (PE)

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); 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); Cecília

Smith Lorezom (RR); 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); Mônica Feres Kanaan Machado (AC); Nésio 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, Lourdes Lemos Almeida, 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

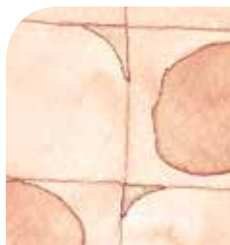
Coan Indústria Gráfica Ltda

TIRAGEM

8.000 exemplares

Capa foi impressa em papel Couché 90g/m² e miolo em papel Couché 70g/m².

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

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

O Canal Saúde mudou sua transmissão

A partir do dia 06/08 só será possível assistir por meio de antena parabólica alterando a frequência e o symbol rate. Confira como fazer:



1 Aperte a tecla menu do controle do seu receptor. Insira a senha programada pelo fabricante. Consulte o manual.



2 Acesse o menu de instalação e siga a sequência indicada. Todas etapas indicadas devem ser confirmadas teclando ok ou enter.



3 Defina o satélite usando as setas para cima ou para baixo.



4 Escreva Canal Saude na área indicada usando as setas para cima e para baixo e marcando espaços com as setas laterais.



5 Selecione e confirme cada um dos parâmetros indicados. Os parâmetros numéricos devem ser inseridos digitando as teclas dos números.



6 Após salvar, o receptor automaticamente irá procurar o sinal do Canal Saúde. Em seguida, a programação do Canal Saúde vai estar na sua tela de televisão, com a numeração correspondente ao último canal digital do seu receptor.



Acompanhe outras novidades em nossas redes:

facebook.com/canalsaudeoficial

instagram.com/canalsaudeoficial

youtube.com/canalsaudeoficial

twitter.com/canalsaude

WhatsApp: (21)99701-8122