



Seminário Internacional Conass Debate

CUIDADOS CONTINUADOS E INTEGRADOS: UM DESAFIO PARA O PRESENTE

ENTREVISTA

Ana Teodoro Jorge detalha a Rede Nacional de Cuidados Integrados de Portugal

SAÚDE EM FOCO

Saiba o que muda com o novo formato de financiamento da Atenção Primária à Saúde

consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE
Ano IX | Número 33 | Outubro, Novembro e Dezembro de 2019



Seminário Internacional Conass Debate

**CUIDADOS CONTINUADOS E INTEGRADOS:
UM DESAFIO PARA O PRESENTE**

ENTREVISTA

Ana Teodoro Jorge detalha a Rede Nacional de Cuidados Integrados de Portugal

SAÚDE EM FOCO

Saiba o que muda com o novo formato de financiamento da Atenção Primária à Saúde

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

Ana Teodoro Jorge detalha a atuação da Rede Nacional de Cuidados Integrados de Portugal, há 14 anos no Sistema Nacional de Saúde português

matéria de capa

12

Conass realiza seminário internacional para debater a necessidade de organização dos cuidados continuados e integrados no Brasil

saúde em foco

26 *Novo formato de financiamento da Atenção Primária à Saúde*

institucional

32 *Conass participa do 4º Fórum de Debates – Novo Regime Fiscal e Reforma Tributária: efeitos na saúde*

opinião

36 *Muitos termos, pouco conhecimento, políticas relegadas, por Ana Maria Malik*

42 curtas

A última edição da **Revista Consensus** em 2019 traz como matéria de capa a cobertura especial do Seminário Internacional *Conass Debate: Cuidados Continuados e Integrados: um desafio para o presente*. O tema escolhido para o evento vem ao encontro da preocupação dos gestores estaduais de saúde em relação às transformações sociais, políticas e econômicas, que têm determinado alterações significativas no perfil demográfico e epidemiológico das populações em todo o mundo e afetam fortemente os sistemas de saúde.

O encontro realizado nos dias 26 e 27 de novembro contou com a presença de especialistas nacionais e internacionais de Portugal, Reino Unido, Quebec, Uganda, Espanha e Colômbia. Eles apresentaram as experiências exitosas desses países no desenvolvimento de ações relativas aos cuidados continuados e integrados e falaram sobre os desafios que enfrentam.

A experiência brasileira foi amplamente debatida pelos palestrantes nacionais de diversas instituições como a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, a Associação Médica Brasileira, a Associação Casa do Cuidar, Prática e Ensino em Cuidados Paliativos e o próprio Ministério da Saúde. O seminário foi transmitido ao vivo e alcançou espectadores em mais de 20 países.

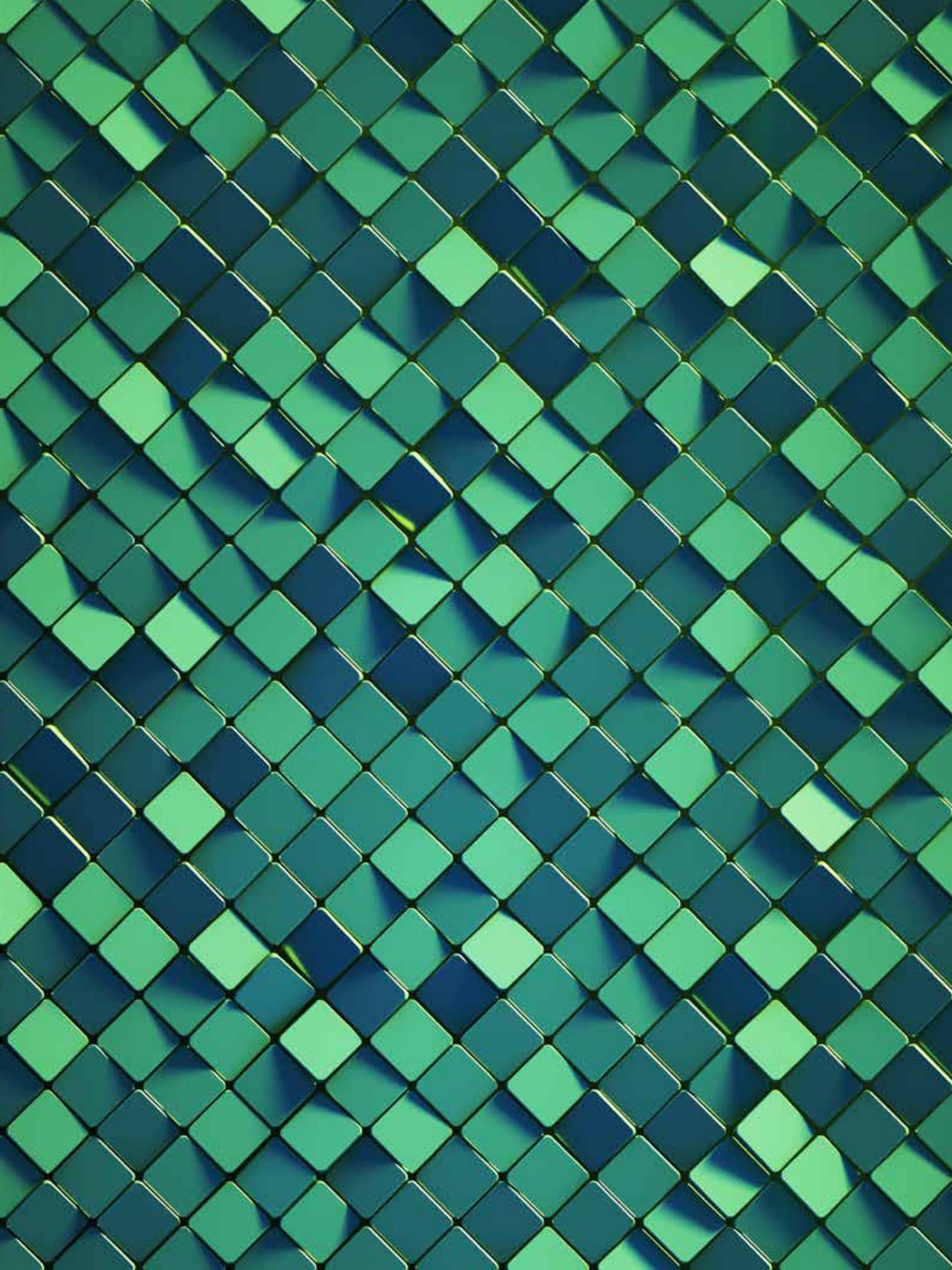
A entrevista desta edição é com a Dra. Ana Teodoro Jorge, que coordena, desde 2016, a Unidade de Missão do Hospital da Estrela da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa para os Cuidados Continuados. Nas próximas páginas, ela detalha a atuação da Rede Nacional de Cuidados Integrados de Portugal, há 14 anos no Sistema Nacional de Saúde, e como essa atuação impacta a vida dos portugueses.

Na seção Saúde em Foco, uma análise sobre a nova forma de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em novembro de 2019.

A cobertura institucional desta edição traz a participação do Conass no 4^o Fórum de Debates – *Novo Regime Fiscal e Reforma Tributária: efeitos na saúde*, promovido pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), em São Paulo, e a análise acerca do orçamento da União para a saúde no ano de 2020.

Para finalizar, o artigo *Muitos termos, pouco conhecimento, políticas relegadas*, da professora titular da Fundação Getúlio Vargas (FGV), e coordenadora do FGVsaúde, Ana Maria Malik.

Boa leitura!



ENTREVISTA

Ana Teodoro Jorge

A Dra. Ana Teodoro Jorge é médica pela Universidade Clássica de Lisboa, especialista em pediatria. Coordena, desde 2016, a Unidade de Missão do Hospital da Estrela da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa para os Cuidados Continuados. É presidente do Conselho do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) e vice-presidente da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Alcoitão. Foi Ministra da Saúde de 2008 a 2011 e presidiu, de 2012 a 2019, o Centro de Formação, Ensino e Investigação do Hospital Garcia de Orta em Portugal.

Nesta entrevista, ela detalha a atuação da Rede Nacional de Cuidados Integrados de Portugal, há 14 anos no Sistema Nacional de Saúde português.



Consensus O que levou Portugal a implementar a Rede Nacional de Cuidados Integrados?

Ana Teodoro A rede foi implementada em 2006, por uma decisão do governo, para integrar as políticas públicas de assistência aos idosos e aos mais fragilizados a partir da constatação de que a população idosa era cada vez maior – com percentual muito grande de pessoas com mais de 65 anos e aumento do grupo de idosos com mais de 80 anos. Essas pessoas, fundamentalmente os mais velhos, estavam em situação de muita fragilidade e, muitas vezes, de dependência, com doenças crônicas e comorbidades, ou seja, com várias patologias, algumas agudas, necessitando de internação, por vezes prolongadas, considerando que a recuperação desse grupo é mais demorada que dos mais jovens, o que torna essas pessoas mais dependentes do apoio da Saúde da Segurança Social.

O fato de muitas vezes esse paciente não necessitar necessariamente de um hospital para condições agudas, ao mesmo tempo que não tem condições de voltar para casa, levou à criação das unidades no intuito de dar resposta à continuação dos cuidados de saúde, levando também em consideração as condições sociais dessas pessoas, como a situação econômica, a capacidade de se cuidar ou de serem cuidadas, entre outras.

Em Portugal, temos cada vez mais idosos que vivem sozinhos e idosos que cuidam de outros idosos. As famílias estão cada vez menores e mais afastadas geograficamente, além de questões como a queda da natalidade, o aumento das mulheres no mercado e menor capacidade de mobilizar recursos para contratar apoio de trabalho, condições que levam a uma maior debilidade. Tanto o ponto de vista econômico quanto o social justificavam a criação da rede.

Consensus Como a organização da rede contribui para sua eficiência?

Ana Teodoro A rede é constituída por um conjunto de ações e de atividades distribuídas de quatro formas: 1) equipes na comunidade, que fazem o apoio domiciliar; 2) unidades de dia, em que as pessoas retornam às suas casas à noite; 3) equipes hospitalares; e 4) unidades de internação. Essas unidades de internação podem ser de convalescença, nas quais os doentes só podem ficar por 30 dias, com enfoque na reabilitação e na retomada de sua funcionalidade (como estava antes de adoecer ou o mais próximo possível); de média duração, na qual os doentes podem ficar até 90 dias, com enfoque na reabilitação, na recuperação e na reinserção social; e os cuidados de manutenção, para além dos 90 dias (podendo chegar a 180), com enfoque na melhoria funcional do doente. Nesse tipo de unidade, estão aqueles mais fragilizados, por terem mais patologias e menos capacidade de recuperação.

Os Cuidados Continuados Integrados são o terceiro pilar do Serviço Nacional de Saúde (SNS), formado pelos Cuidados de Saúde Primários, como base na medicina familiar; os Cuidados Hospitalares; e os Cuidados Continuados Integrados. Os usuários podem circular nessas atenções e aqueles que necessitam de internação podem acessar a rede tanto pelos hospitais (como os acidentados, politraumatizados) quanto pelas comunidades (estando em casa ou asilo). Também podem ser referenciados pelos centros de saúde para a Rede Nacional de Cuidados Integrados.

Quanto maior a nossa capacidade de resposta com os cuidados continuados, menor a necessidade de leitos nos hospitais e menor os custos dessa internação. Para além dos custos, as unidades têm mais capacidade de responder aos doentes que os hospitais, pois o modelo hospitalar, diferentemente da rede, não é multidisciplinar, portanto, não abran-

ge a condição de saúde do paciente como um todo. Na rede, não tratamos a fratura na perna da pessoa, mas a pessoa com a perna fraturada, que tem família, muitas vezes trabalha e, por isso, precisa da reabilitação.

Consensus A rede é informatizada?

Ana Teodoro Sim, todas pessoas que precisam de cuidados continuados são referenciadas por uma plataforma a qual todos os hospitais, unidades e equipes coordenadoras locais, regionais e centrais têm acesso. As pessoas estão identificadas na rede, classificadas tanto do ponto de vista pessoal quanto clínico. O sistema também permite que os usuários escolham a unidade para onde querem ir, podendo optar por três, a fim de facilitar questões de transporte e proximidade da família.

Consensus Há dificuldades no provimento de profissionais para constituição das equipes multidisciplinares? Como a formação os direciona para esse trabalho?

Ana Teodoro As unidades da Rede Nacional de Cuidados Integrados são do SNS, sendo que a maior parte delas é contratada por meio de um acordo de prestação de serviços com uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), como, por exemplo, as Santas Casas – que não são públicas e não têm fins lucrativos. Elas podem concorrer para serem as entidades promotoras e gestoras dos cuidados continuados por meio de um acordo com o Estado, que faz o pagamento por paciente/dia. As regras desse acordo são as mesmas para os setores público e privado, assim como os valores pagos pelo Estado por meio das IPSS. Essa instituição funciona como uma empresa, uma associação, responsável também pela contratação do pessoal.

Neste momento, encontramos algumas dificuldades para contratar enfermeiros e técnicos de enfermagem, pois a demanda é grande em relação à oferta de mercado. São realiza-

O fato de muitas vezes esse paciente não necessitar necessariamente de um hospital para condições agudas, ao mesmo tempo que não tem condições de voltar para casa, levou à criação das unidades no intuito de dar resposta à continuação dos cuidados de saúde, levando também em consideração as condições sociais dessas pessoas, como a situação econômica, a capacidade de se cuidar ou de serem cuidadas, entre outras

das seleções por meio das quais as pessoas concorrem, e a instituição responsável pode pagar o que quiser, embora, muitas vezes, o valor pago para gerir os cuidados não permite grandes salários.

A formação varia de acordo com a instituição de ensino. O que se pretende é que haja uma formação básica para prestar os Cuidados Continuados Integrados. Em cada institui-

ção, há obrigatoriedade de que os profissionais tenham direito a um determinado número de horas por ano para capacitação em cuidados continuados, higienização, controle de infecção, suporte básico de vida, cuidados com doentes com demência, manipulação de alguns medicamentos na área de cuidados paliativos, fundamentais para a oferta dos Cuidados Continuados Integrados.

Consensus A crise econômica de 2015 afetou a rede?

Ana Teodoro A crise foi complexa em Portugal e não houve muitas unidades que avançassem com propostas para a rede, nem mesmo o próprio Ministério da Saúde. O que ocorreu foi um crescimento menor da rede, o que mostra que ela está consolidada, internalizada pelos profissionais e ainda mais pela comunidade. Outras instituições, em especial os hospitais, ainda têm desconfianças da rede, mas há que se considerar que estão presos em um modelo verticalizado e patogênico, que trata doenças e não pessoas.

Consensus Como é organizado o financiamento da rede?

Ana Teodoro A rede é de responsabilidade do Ministério da Saúde e da Segurança Social e há uma lei do governo em atualização que inclui o Ministério das Finanças. No entanto, a responsabilidade financeira da rede é da Saúde e da Segurança Social.

Na longa duração, a divisão fica aproximadamente 50% para cada. Na média, onde há mais internações e reabilitação, o componente de Saúde é maior. Na convalescença ou nos cuidados paliativos, a responsabilidade é inteiramente do Ministério da Saúde. A rede foi criada com essa base: paga às entidades que gerenciam as unidades uma diária por doente. Equipes da Saúde e da Segurança Social visitam as unidades a cada três meses para avaliar os processos clínicos, se tem pessoal,

conferir as instalações, ou seja, fazem a auditoria das unidades.

O contrato é anual e há uma verba destinada para novas unidades, que já entram na previsão orçamentária anual do orçamento da administração regional. Se não estiver previsto, não há contrato.

Consensus Quais os principais impactos da rede na saúde dos portugueses?

Ana Teodoro Podemos avaliar de duas maneiras: uma é a satisfação dos usuários, e várias pesquisas demonstram que ela é grande; e a outra é a própria recuperação dos doentes, a qual, por sua vez, demonstra a capacidade do modelo da rede de recuperar as pessoas para que elas voltem às suas vidas. Há casos de grande sucesso, outros menos, mas são muitas as respostas de recuperação e de qualidade de vida.

Temos o caso de um senhor que estava havia dois anos passando de um serviço para outro, com dor crônica e, na rede, conseguimos recuperar este paciente que estava hospitalizado, que não saía do quarto e que voltou para casa e retomou sua vida, mesmo com algumas incapacidades, mas vive sozinho, com autonomia e sem dor, conforme relato de familiares e amigos. Além da saúde, houve um investimento muito grande nas condições gerais de vida desse homem. A Segurança Social trabalhou com a comunidade para recuperar a sua casa, e esse é um dos casos de sucesso que mostra a capacidade de intervir globalmente na vida das pessoas, o que reforça a necessidade dessas entidades terem uma relação de proximidade. Trabalhar com a longevidade nos demanda a capacidade de saber ouvir para organizar as atividades que as pessoas gostam de fazer, além daquelas de que necessitam clinicamente; e, muitas vezes, atividades como pintura, leitura, cinema ou costura geram tanto benefício quanto os cuidados clínicos.

Intensificar o cuidado domiciliar irá aumentar muito nossa capacidade de resposta, do contrário, teremos um País de pessoas deitadas



Consensus Quais foram os principais aprendizados e desafios desde a implantação da rede?

Ana Teodoro Nesses 14 anos, ficaram evidentes a importância do trabalho da equipe multidisciplinar e a capacidade de definir e discutir em equipe um programa para cada paciente. Além disso, o envolvimento da família nesse processo é importantíssimo e esse é outro grande aprendizado da rede – a conversa da equipe com a família quando um doente chega à rede, depois com a família e o doente, quando todos assumem um compromisso pelo cuidado terapêutico. Esse processo se repete no momento da preparação do paciente para alta e está sempre em desenvolvimento; e o mais importante é que não era uma prática nos cuidados de saúde dos adultos, mas que as doenças crônicas e fragilidades pela idade exigem. Trata-se de um trabalho constante cuja importância é sempre reforçada pelos profissionais, usuários e familiares.

Consensus Quais as expectativas de futuro da rede? Em que ela pode melhorar?

Ana Teodoro A Rede Nacional de Cuidados Continuados tem que ser maior no sentido das tipologias dos cuidados que oferece, assim como o número de respostas para cada uma. Também tem de crescer para ser sustentável e progressiva. Pode ser que não haja capacidade financeira ou de profissionais disponíveis para um *boom* de unidades, por isso, temos de investir no apoio domiciliar. Muitas das entidades que fizeram contratos com a rede preferem a internação por ser mais rentável,

o que não as impossibilita de fazer cuidado domiciliar. No entanto, para contratualizar o cuidado domiciliar, as regras têm de ser muito bem definidas.

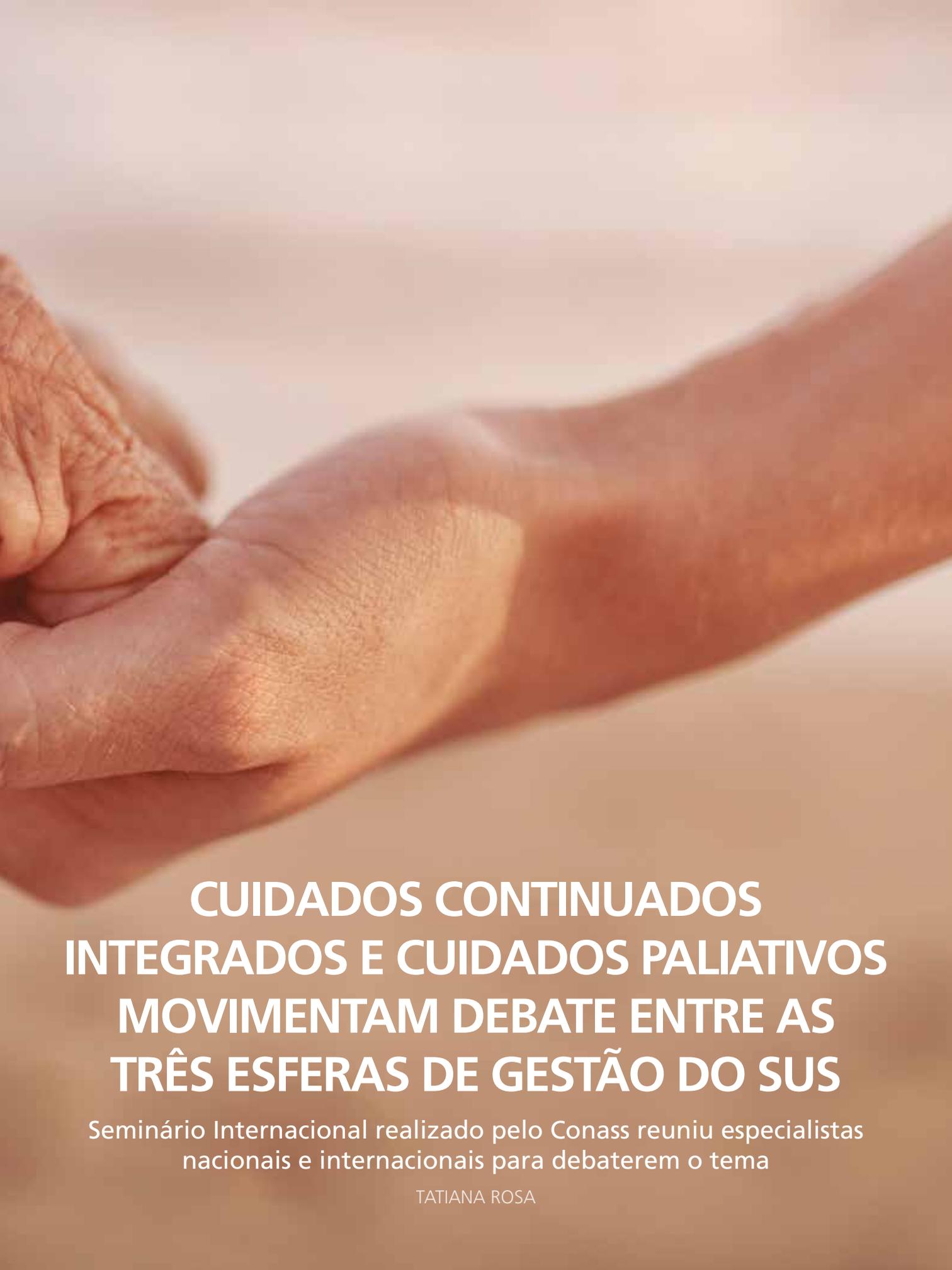
Intensificar o cuidado domiciliar irá aumentar muito nossa capacidade de resposta, do contrário, teremos um País de pessoas deitadas. Ele permitirá que as pessoas sejam cuidadas em suas casas, por uma rede integrada com a comunidade, os centros de saúde e suas equipes, além de reforçar e incentivar a atuação dos cuidadores informais, treinando outros cuidadores que possam substituir aqueles que precisam de descanso.

Queremos desenvolver a capacidade da rede para atuar na pediatria, atendendo às necessidades de crianças e jovens que não podem estar na mesma unidade que os adultos e idosos. E desenvolver também os cuidados aos doentes mentais crônicos, que representam uma parcela grande de pessoas com alto grau de dependência. É importante criar condições para a organização dos cuidados da saúde mental das pessoas, que variam; portanto, precisam de outro modelo de organização, com espaços ocupacionais e atenção específica.

A demência, que aumenta mais a cada dia, também precisa de tratamento diferenciado, com pequenas unidades para estabilização do doente, apoio domiciliar e centros dia. Aqueles em fase mais avançada podem estar nas unidades gerais. Se puderem estar em casa, é necessária a organização do apoio domiciliar especializado, que também apoie e treine o cuidador. ■

especial





**CUIDADOS CONTINUADOS
INTEGRADOS E CUIDADOS PALIATIVOS
MOVIMENTAM DEBATE ENTRE AS
TRÊS ESFERAS DE GESTÃO DO SUS**

Seminário Internacional realizado pelo Conass reuniu especialistas nacionais e internacionais para debaterem o tema

TATIANA ROSA



Gestores das três esferas da gestão e representantes de diversos setores ligados à área participaram do seminário

“**A** dicione dias à vida e vida aos dias”. A frase dita e repetida por vezes no seminário internacional *Conass Debate – Cuidados Continuados e Integrados: um desafio para o presente*, realizado em Brasília nos dias 26 e 27 de novembro, sintetiza bem a discussão feita entre os palestrantes nacionais e internacionais e o público presente que, por dois dias, discutiram os caminhos que o Brasil precisa adotar no que diz respeito aos cuidados continuados e integrados, entre os quais se inserem também os cuidados paliativos, à luz do que já foi feito por outros países.

Tendo em vista a mudança do perfil demográfico da população, o Conass tem exercido, desde 2017, protagonismo na discussão dos cuidados continuados e integrados e dos cuidados paliativos a fim de definir estratégias que possam organizar esses cuidados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de uma política nacional.

Na abertura do encontro, o secretário de Estado da Saúde do Distrito Federal, Osney Okumoto, ressaltou a importância do tema e

a relevância de trazê-lo para o debate já que existe uma grande quantidade de pessoas ligadas a essa temática não só no País como também fora dele. “Temos aqui autoridades importantes, tanto brasileiras como estrangeiras, que irão apresentar suas experiências. A partir delas, conhecer os erros e acertos nos possibilitará melhorarmos mais os atendimentos aos nossos pacientes”, destacou.

Representando o Ministério da Saúde, a coordenadora-geral da Atenção Domiciliar, Mariana Borges, observou que o evento significa uma virada de página e marca a história dos Cuidados Paliativos no País. “Estamos agregando diversas forças e pessoas movidas pelo mesmo ideal. Precisamos mudar a cultura não só entre os profissionais, mas também entre a população. Espero que os encaminhamentos desse evento sejam, de fato, executados”.

Já o secretário executivo do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Mauro Junqueira, parabenizou o Conass pela iniciativa e destacou que o tema dos cuidados continuados e integrados

trata de um desafio não só do presente, mas também para o futuro, haja vista a mudança da pirâmide etária que demandará mais ações e recursos do SUS. E completou dizendo que “o País tem mais de mil hospitais de pequeno porte que podem ser direcionados para esses cuidados”.

Cuidados Paliativos

Sob a coordenação da professora Ana Maria Malik, da Fundação Getúlio Vargas (FGV), a médica paliativista, Ana Cláudia Quintana Arantes, falou sobre as mudanças ocorridas ao longo do século XXI e sobre as consequências do envelhecimento no mundo, observando a importância da discussão sobre essa política. “Todos nós vamos morrer, não importa quanto dinheiro você tenha. Não há como pagar alguém para morrer no seu lugar. Costumo dizer para meus alunos que a morte e o sofrimento são um percurso natural de todo ser humano, mas a doença e o envelhecimento são parte da vida de privilegiados”, pontuou.

Ana Cláudia chamou a atenção para a falta de estudos médicos baseados em evidências voltados à população idosa. Categórica, afirmou: “a medicina faz mal para os idosos. Temos uma grande população de pessoas com 60 anos ou mais com câncer e os estudos baseados em evidência não as contemplam. A maioria das pessoas que atendem idosos não têm essa especialização e é fundamental que tenhamos conhecimento sobre os cuidados que vamos oferecer, pois também nós poderemos ser submetidos a eles”.

Ela alertou que a falta de formação em cuidados paliativos no Brasil é algo preocupante. Utilizando-se da sua vivência nas faculdades de medicina, afirmou que “os alunos entram humanos na graduação e saem dela médicos”. Segundo ela, atualmente apenas 20% dos alunos de medicina têm algum nível de formação nessa área.

Além disso, ressaltou ainda a importância de uma boa comunicação entre médicos e pacientes. “Todo médico tem que ser especialista em comunicação. Existe dificuldade abismal entre o que você diz a um paciente e o que ele entende”.

Para ela, todos os desafios relativos a esse tipo de assistência dizem respeito, principalmente, ao compromisso das pessoas que estão envolvidas na implantação dessas políticas. “É preciso que cada um saiba o seu espaço de liderança e de intervenção, além de um programa claro de ensino de cuidados paliativos, colocando, inclusive, o Ministério da Educação como parceiro dessa história para oferecermos, de fato, a formação em cuidados paliativos em todas as graduações da área de saúde, principalmente a medicina”, observou.

Sobre a Resolução CIT nº 41, Ana Cláudia disse que ela representa um momento maduro do Ministério da Saúde em reconhecer a importância e tomar consciência do que acontece no Brasil em relação às pessoas



Para a médica Ana Cláudia Quintana Arantes a dignidade da vida precisa ser um direito de todos os brasileiros





Daniel Fortes abordou os conceitos, evidências e desafios no século XXI em relação aos cuidados paliativos

Abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e seus familiares, que enfrentam doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas físicos, psíquicos, sócio familiares e espirituais (OMS 2002/2017).

com necessidades de assistência oferecidas pelo Cuidado Paliativo. “É sensato incluir esses cuidados como um programa de acesso à saúde fundamental no País. Esta resolução foi uma ação admirável por parte de todos que estão construindo essa história há muitos anos”.

Por fim, disse a experiência de dignidade da vida humana pode ter seu melhor desempenho com a boa prática dos cuidados paliativos, porque não abandonamos as pessoas quando elas mais precisam de assistência.

Para o médico Daniel Forte, ex-presidente da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), o seminário representa um dia histórico. “Nós começamos lutando contra tudo e contra todos, e as pessoas não entendiam; mas com o passar do tempo, essa ideia foi crescendo e envolvendo cada vez mais gente. Estou feliz em encontrar ressonância desse tema em diversas esferas e instituições democráticas desse País sobre como podemos cuidar do sofrimento dos nossos semelhantes”.

Em sua apresentação, Forte abordou os conceitos, evidências e desafios no século XXI em relação a esses cuidados. Ele obser-

vou que enquanto esteve à frente da ANCP, visitou 64 cidades, distribuídas em todas as regiões do País. Nelas, viu hospitais públicos e privados, de excelência e de periferia, exercerem uma assistência em que o modelo mental dos profissionais de saúde sobre Cuidados Paliativos é bastante defasado. “Em 2002, a OMS redefiniu o conceito sobre o que é Cuidado Paliativo que fundamentalmente é uma abordagem para cuidar de sofrimento. Essa abordagem pode ser utilizada não só pra quem está morrendo ou só pra quem tem uma doença incurável. A ideia é integrar o Cuidado Paliativo durante o tratamento das doenças”, explicou.

O ex-presidente da ANCP analisou ainda a defasagem que existe em relação a equipes de Cuidados Paliativos nos hospitais brasileiros, enfatizando que há mais de 2 mil hospitais com mais de 50 leitos, no entanto, menos de 10% destes têm uma equipe que contemple essa abordagem de assistência. Além disso, mencionou a desigualdade da concentração desses profissionais no País. “Existem mais equipes de cuidados paliativos ao redor da Avenida Paulista do que em toda a região

Norte e Centro-Oeste. Esta é a desigualdade que precisamos combater urgentemente”.

Assim como a médica Ana Cláudia Quintana Arantes, Fortes analisou a importância da boa comunicação entre os profissionais de saúde, os pacientes e os familiares. “Na formação desses profissionais, é preciso haver um currículo de habilidades de Comunicação em Cuidados Paliativos em que sejam abordados aspectos como teoria e bases da comunicação franca e compassiva, escuta ativa, *feedback* e trabalho em equipe, e até mesmo comunicação sobre espiritualidade, conflitos com familiares e conflitos entre profissionais”.

Para Daniel Fortes, o Brasil precisa de uma Política Nacional de Cuidado Paliativo que apoie o desenvolvimento e o acesso a esses cuidados com qualidade e equidade em todo o País. “Essa política precisa apoiar o desenvolvimento de implementação de equipes, disponibilidade de remédios e urgentemente educação em larga escala para que os profissionais desenvolvam essa competência onde eles estiverem. A Resolução CIT nº 41 foi um avanço importantíssimo nessa questão”, concluiu.

Experiências Internacionais

A participação de palestrantes internacionais que apresentaram as experiências de seus países acerca dos desafios e oportunidades dos cuidados continuados e integrados no mundo foi coordenada pela ex-presidente do Conass, Beatriz Dobashi, classificou o evento como uma iniciativa fundamental para subsidiar o debate brasileiro sobre o processo de construção de uma política pública de saúde que envolva os cuidados continuados integrados e os cuidados paliativos.

Uganda

Representando Uganda, o médico Eddie Mwebesa, do *Hospice Africa Uganda*, observou que há muitos desafios voltados para os Cui-

dados Paliativos em seu País. “O maior deles, no entanto, é o grande número de pacientes precisando de cuidados paliativos e a tarefa de garantir disponibilidade universal e acesso ao serviço no lugar onde eles estão (em suas próprias casa, na comunidade)”, disse.

Ele observou que existem, no mundo, 40 milhões de pessoas que precisam de Cuidados Paliativos; e mais de 60% delas estão em países de baixa ou média renda. “Em Uganda, essa é uma experiência muito real em que apenas 14% das pessoas que precisam desse cuidado o recebem. O que ouvimos aqui pela manhã não é único no Brasil e acontece em todos os países, inclusive nos mais ricos”.

O médico ressaltou a importância de conscientizar os órgãos responsáveis pelas políticas de saúde a respeito dos benefícios desse tipo de assistência já que ela representa um grande serviço aos pacientes, uma vez que não precisam se submeter a tantos tratamentos agressivos, tendo, inclusive, um aumento na expectativa de sobrevida deles. “A coisa mais importante é que melhora a qualidade de vida e adiciona dias a vida e vida aos dias dessas pessoas, sem falar que, para os serviços de saúde, diminui a internação e a pressão sobre os profissionais.

O médico Eddie Mwebesa, do Hospice Africa Uganda observou que, no mundo todo, cerca de 40 milhões de pessoas precisam de Cuidados Paliativos



Em Uganda, atualmente, não existe uma política específica de Cuidados Paliativos, mas eles já vêm sendo realizados há 26 anos. Eddie Mwebesa alertou que o Brasil não pode permitir que seja criada uma política que limite os profissionais no exercício dos Cuidados Paliativos, assim como acontece na África, onde existem leis muito restritivas.

Ele também destacou que uma boa comunicação tem mais valor para o paciente do que a habilidade médica. “Você pode ser um ótimo profissional, mas se não se comunica direito, não é valorizado”.

Sobre a *Hospice Africa Uganda*, observou que ela foi fundada por Anne Merriman em 1993 e que é a quarta instituição do tipo em todo o continente. “O que ela faz é simples: vai até a casa do paciente. Estamos trabalhando com uma Associação Nacional de Cuidados Paliativos em que vamos de distrito em distrito colocando equipes nesses lares, então é possível, sim, que, no Brasil, vocês consigam chegar aos mais de 5 mil municípios. Tudo e todos que vocês precisam estão aqui hoje debatendo como fazer isso. Não tem como dar errado e nós vamos contribuir com nossa experiência pioneira na África”, finalizou otimista.

Reino Unido

Rob George, diretor médico do *St Christopher Hospice*, falou sobre a jornada do Reino Unido, que, segundo observou, tem erros, mas também aponta para o futuro e apresentou dados que revelam mudanças em relação às causas de morte a à expectativa de vida que, até 2030, chegará aos 85 anos, sendo as principais causas de morte a demência, a falência de órgãos, e as múltiplas mortalidades em um contexto social de mais pessoas levando uma vida solitária, tendo amigos e vizinhos como cuidadores. “Temos um problema sério no Reino Unido que são os idosos morando sozi-

inhos. Até 2040, vamos ter de dobrar a quantidade de cuidados paliativos que estamos prestando”, destacou.

Segundo ele, atualmente 83% dos gastos em saúde são realizados nos últimos anos de vida dos pacientes. “A maioria desses recursos estão sendo desperdiçados em tratamentos que não servirão de nada. Se usássemos na conexão com pessoas, daríamos um fim de vida mais digno”.

Entre os desafios enfrentados pelo Reino Unido, George destacou o modelo de doença fortemente medicalizado e que leva as pessoas a serem vistas como patologias, e não como pessoas, além da alta expectativa em relação ao *National Health Service* (NHS), classificada por ele como insustentável. “Fo-

Para o médico inglês, Rob George, o Reino Unido entende que o Cuidado Paliativo deve ser integrado à sociedade



car nas doenças, e não nas pessoas, é caro. No NHS, as expectativas que as pessoas têm não são sustentáveis mais. Há muito pouco cuidado domiciliar”.

Segundo o diretor do *St Christopher Hospice*, as soluções encontradas pelo Reino Unido focam no conceito de que o movimento de Cuidados Paliativos se tem colocado em um lugar especial e precisa ser integrado à sociedade, caso contrário, corre-se o risco de ser elitista, o que é o pior resultado possível. Ele afirmou ser necessário voltar as ações às comunidades, considerando grupos de valores, com grupos de voluntários interessados, além de criar princípios que sejam aplicados em determinadas regiões porque o Cuidado Paliativo vai ser diferente de acordo com o

tipo de pessoas que dele necessita. “Esse é o nosso princípio essencial: oferecer a uma pessoa que a última fase de sua vida seja a melhor possível. Assim vemos as pessoas como individuais, fornecemos bem-estar a partir de serviços integrados. Se olharmos em todos os domínios, alguns são bastante técnicos, mas estamos comprometidos em garantir que tenhamos treinamento, apoio e o envolvimento da família”.

Portugal

A presidente do Conselho do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, a médica Ana Jorge, abordou os 14 anos de Cuidados Continuados Integrados em Portugal, onde a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados foi criada em 2006 em uma parceria entre o Ministério da Saúde e o da Segurança Social. “Esta rede é constituída por unidades e equipes de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e ações paliativas. Tem caráter nacional e promove a distribuição equitativa das respostas a nível territorial. É pública, integrando Sistema Nacional de Saúde e o Sistema de Segurança Social de Portugal, e as entidades promotoras e gestoras das unidades podem ser entidades privadas, do setor social ou pública, através de contrato”, detalhou.

Ana Jorge ressaltou ainda que a rede é destinada a todos os cidadãos que se encontram em situação de dependência independentemente da idade; ainda assim, 85% dos usuários da rede são de idosos.

Sobre os desafios para o futuro, ela reforçou que a presença de idosos com doença mental são, efetivamente, a prevalência na rede, sendo esta condição a responsável por grande incapacidade desses pacientes. “A demência é uma área de grande preocupação porque muitos desses doentes permanecem por longa duração nas unidades

.....
Ana Teodoro Jorge falou sobre a abrangência e os desafios da Rede Nacional de Cuidados Integrados de Portugal





Zacarias Rodríguez apresentou a metodologia NewPalex®, já implementada na Colômbia e na Espanha

e, de fato, a resposta em cuidados paliativos é insuficiente”.

Ana Jorge destacou que, em relação ao controle da dor, Portugal tem progressiva facilidade no acesso a medicamentos que atuem no controle eficaz da dor.

Para ela é, preciso reduzir a necessidade da procura de Cuidados Continuados, mas ainda há muito a se fazer nessa área, por exemplo, na produção de melhores cuidados de saúde às pessoas mais velhas, com mais apoio domiciliar, apoio aos cuidadores informais e à assistência domiciliar integrada, e, com isso, à revisão do próprio funcionamento das Unidades de Cuidados Continuados Integrados. “Ao fim de 14 anos, precisamos refletir sobre isso porque temos certas dificuldades e as necessidades são crescentes, mas a rede precisa ser sustentável, quer em recursos financeiros, quer em recursos humanos, portanto, precisamos repensar todos esses dados e modelos de intervenção para responder cada vez mais a esse desafio”, finalizou.

Espanha / Colômbia

O especialista em Consultoria Sociossanitária e em Comunicação em Saúde e diretor de programas da *New Health Foundation*, Zacarias Rodríguez, expôs os principais desafios dos cuidados continuados e integrados e cuidados paliativos nos dois países.

Rodríguez explica que a *New Health Foundation* utiliza a metodologia *NewPalex®* para certificação de programas e recursos em Cuidados Paliativos e detalhou como se dá a implementação do método em ambos os países. “Por meio dele, oferecemos uma abordagem ampla e integrada que inclui todos os níveis de atendimento da organização, como domicílio, ambulatório e hospitalar e, claro, os pacientes, familiares, profissionais e a comunidade”, ressaltou.

De acordo com ele, uma vez demonstrada a eficácia e a sustentabilidade de programas abrangentes e integrados de cuidados paliativos e o sucesso de experiências de cuidados integrados na Espanha, seriam necessários mais treinamento em atenção primária; desenvolvimento de um número maior de equipes especializadas em cuidados paliativos; implementação de programas de promoção comunitária; e aumento de equipes psicossociais para que o desenvolvimento da atenção não seja apenas integrado, mas também abrangente.

No caso da Colômbia, onde já existem mais de 10 seguradoras e 57 prestadoras trabalhando de maneira abrangente e integrada com os pacientes que mais precisam no final da vida, o principal desafio é o desenvolvimento de um sistema que cubra as necessidades sociais, especialmente de pacientes crônicos de complexidade média e avançada, bem como as de pacientes paliativos e a criação de recursos sociossanitários que ainda não existem no País.

Canadá

Michel Bureau, presidente da Comissão de Cuidados em Fim de Vida do governo de Quebec, compartilhou os principais desafios da comissão.

Em 2014, a Assembleia Nacional de Quebec aprovou a Lei de Assistência ao Fim de Vida para garantir que as pessoas, no final de suas existências, recebam cuidados que respeitem sua dignidade e independência. “A lei especifica o direito de uma pessoa obter os cuidados que sua condição exige, reconhece a assistência médica na morte como cuidado e define os requisitos especiais para tanto, além de estabelecer o sistema de diretrizes médicas avançadas”, explicou.

Bureau observou que, em comparação ao Brasil, o Quebec tem uma população muito pequena, no entanto, possui sistema de saúde e de serviços sociais público e universal, cujos médicos facilitam a integração dos tratamentos paliativos. “Como em todas as sociedades, estamos envelhecendo. Temos uma população de 18% com mais de 60 anos e a cada ano morrem, no Quebec, mais de 68 mil pessoas. Dessas, 90% morrem por acidentes de carro, AVC etc. As outras 50 mil pessoas que têm problemas diferenciados são pacientes beneficiados com tratamentos de fim de vida, assim como câncer, doenças crônicas, demências, entre outras”.

Em abril de 2019, a Comissão de Cuidados em Fim de Vida publicou um primeiro relatório que apresentou as realizações, descobertas e questões decorrentes da lei; e os maiores desafios enfrentados pelo Quebec dizem respeito, em geral: ao acesso equitativo a cuidados paliativos e de final de vida oportunos e de qualidade em toda a província; à necessidade de integrar a morte assistida por médico na continuidade de cuida-



dos paliativos e no final da vida em todos os locais de atendimento; à coexistência de uma lei provincial e uma lei federal sobre assistência médica na morte; ao pensamento coletivo e debate social sobre a expansão da elegibilidade para assistência médica na morte; e à falta de mobilização dos cidadãos para diretrizes médicas avançadas. “O consenso no Quebec para as pessoas que sofrem e são capazes de decidir por si mesmas está bem estabelecido. A legislação, a estrutura regulatória e os mecanismos de monitoramento e salvaguarda estão bem estabelecidos, são cautelosos e fornecem a segurança exigida pela sociedade. Isso não é mais um desafio social”, admitiu Bureau.

No entanto, observou que ainda existem algumas questões menores a serem debatidas, como, por exemplo, o acesso justo à assistência médica para morrer àqueles que a solicitarem e que são elegíveis em todos os locais de assistência médica e em toda a província.

Destacou ainda os desafios sociais que vão desde a assistência na morte de pessoas

.....
 Segundo Michel Bureau, a Lei de Assistência ao Fim da Vida, aprovada no Quebec estabelece requisitos especiais para os cuidados em fim de vida

incapazes de consentir em receber cuidados até a assistência médica antecipada na morte de uma pessoa que sofre de Alzheimer ou de demência, por exemplo.

O futuro dos Cuidados Continuados Integrados e Cuidados Paliativos no Brasil

O debate sobre quais os caminhos que o País precisa percorrer para garantir o acesso a esses cuidados no âmbito do SUS contou com a participação das três esferas de gestão e também de instituições ligadas ao tema.

O presidente do Conass, secretário de Estado da Saúde do Pará, Alberto Beltrame, ressaltou a seriedade de um tema muitas vezes esquecido e abandonado dentro da atenção à saúde. “Os cuidados paliativos vão muito além do SUS. Essa área é uma das mais sensíveis da atenção à saúde, muitas vezes abandonada nos extremos da vida, quando crianças e idosos que, muitas vezes, não têm acesso a serviços acabam à mercê de cuidados muito precários”.

Beltrame ponderou que as experiências de outros países resultarão em um intercâmbio de informações que permitam cuidar melhor das pessoas tanto no Cuidado Paliativo quanto nos cuidados prolongados.

O presidente considerou ser esse um grande desafio não só para SUS, mas também para outros países e ressaltou que o Brasil precisa avançar muito. “Temos bons modelos e não será pela falta deles que não iremos progredir rumo à melhoria da atenção desses pacientes”.

Eliana Dourado, assessora técnica do Conass, pontuou as ações que o Conselho tem realizado ao longo dos últimos anos, reverberando o tema nas três esferas de gestão. “Esta é uma discussão que já vem sendo protagonizada por tantas instituições, mas, para os gestores, é um debate mais recente que temos

intensificado e colocado como agenda prioritária do Conass”.

Ela mencionou ainda o apoio do Conselho à elaboração e apresentação de dois projetos de cuidados paliativos no Comitê Gestor do Proadi-SUS com o Hospital Israelita Albert Einstein e com o Hospital Sírio-Libanês, já em fase de iniciação em 2020, e disse que a perspectiva do Conass é disseminar os cuidados paliativos de forma que eles sejam ofertados em todos os pontos da rede de atenção à saúde (primária, domiciliar e especializada), bem como que o financiamento para a organização seja objeto de discussão e pactuação tripartite. “O recurso para organizar o Cuidado Paliativo, a despeito de ele ser mais simples e não envolver uma assistência de alta complexidade, tem de ser discutido, observando que são horizontais aos Cuidados Continuados e integrados na Redes de Atenção à Saúde (RAS). Vamos trabalhar intensamente para viabilizar a instituição da Política Nacional de Cuidados Paliativos,” ratificou.

Para o presidente do Conasems, Wilames Bezerra, é fundamental reforçar essa área de atuação no SUS, considerando que a população brasileira tem uma rápida mudança no seu perfil epidemiológico. “O nosso sistema de saúde necessita de melhor preparo das equipes para cuidar desses pacientes, preparando nossa Atenção Primária à Saúde (APS) para que ela possa dar o suporte necessário; portanto, a integração das instituições nesse planejamento é fundamental para executarmos isso na nossa rede de atenção. Nada mais oportuno que, neste momento em que estamos nos preparando para discutir a política hospitalar, as entidades estejam aqui juntas discutindo esse tema”.

André Filipe Junqueira, presidente da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, destacou que o objetivo da instituição é estimular e difundir boas práticas de Cuidados Paliativos na assistência à saúde, seja públi-



ca ou privada. “Consideramos que estes cuidados devem ser parte da atenção integral à saúde dos brasileiros, proporcionando uma abordagem que promova qualidade de vida e dignidade para todos que enfrentem doenças que ameacem suas vidas”.

Junqueira afirmou que a Academia considera que a Resolução CIT nº 41 dá um norte, especifica uma meta e estabelece um objetivo comum, agora pactuado oficialmente por todas as instâncias constituintes do SUS. “Diante da situação atual, temos a perspectiva de ampliação dos Cuidados Paliativos através de novas políticas e ações promovidas pelo Ministério da Saúde, Conass e Conasems, junto com uma sensibilização progressiva da sociedade para um cuidado pleno em saúde”.

A coordenadora da Comissão de Medicina Paliativa da Associação Médica Brasileira

(AMB), Ana Paula Ramos, esclareceu que a comissão foi criada em 2010 e que a AMB tem como missão a defesa da dignidade profissional do médico e a assistência de qualidade à saúde da população brasileira. “Ver uma movimentação com esse peso é realmente um sonho. Nós temos feito uma grande discussão na comissão para impulsionar a área”.

A AMB entende que a medicina paliativa precisa de uma política de saúde e que os cuidados paliativos devem ser iniciados precocemente no curso da doença, não sendo restritos apenas para pacientes oncológicos e ou/ apenas nas últimas horas/dias de vida. Compreende também que eles devem ser oferecidos em todos os níveis de atenção e com acesso adequado a medicações.

“A medicina paliativa deve contemplar um sistema integrado em todas as esferas in-

.....
Socorro Grossi,
representante
da Opas/
OMS no Brasil
coordenou o
debate sobre
o futuro dos
Cuidados
Continuados
Integrados
e Cuidados
Paliativos no
Brasil



Alberto Beltrame, presidente do Conass ressaltou que o seminário abordou um tema muitas vezes esquecido e abandonado dentro da atenção à saúde

terligando desde a atenção primária até serviços especializados como hospitais terciários inclusive em unidades de terapia intensiva”.

Ana Paula abordou a questão do financiamento para os cuidados paliativos. “Atualmente não temos nenhuma fonte pagadora, não só no SUS como também no sistema privado. E essa é uma discussão que temos feito. Como integrar os Cuidados Paliativos no rol de procedimentos?”, indagou.

Para ela, a medicina paliativa tem que ser uma política única de saúde no País, não só no SUS, e não deve ser predominantemente hospitalar. Assim como outros palestrantes, reforçou o valor da boa comunicação. “Qualidade de comunicação é uma meta que precisamos ter não só com o doente, mas em toda a unidade de cuidado”, concluiu.

Jaqueline Silva Misael, da Coordenação Geral de Atenção Especializada do Ministério da Saúde, apresentou as ações da pasta sobre cuidados paliativos, iniciadas há dois anos. “Foi criado um grupo de trabalho que fez uma revisão de todas as normativas que poderiam conter questões relacionadas aos Cuidados Paliativos. A partir daí, elaboramos um documento norteador que culmi-

nou na Resolução CIT nº 41. Nunca vi uma pactuação ser tão consensuada e celebrada quanto essa. Para mim foi uma satisfação enorme porque era um débito nosso com o Sistema Único de Saúde”.

Ela garantiu que o grupo segue trabalhando com o objetivo de elaborar uma minuta de portaria que contemple o tema, com a oferta de capacitação (projetos do Proadi-SUS) e, futuramente, no desenvolvimento de um laboratório de inovação em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

Debate

Após as apresentações, o público do evento pôde contribuir para o debate. Alguns secretários estaduais de saúde expuseram opiniões sobre o assunto, como Fábio Vilas Boas, da Bahia, que parabenizou a iniciativa do encontro, uma vez que o envelhecimento da humanidade é o principal problema de saúde pública enfrentado hoje e que se tornará cada vez mais grave. “O envelhecimento nem sempre vem acompanhado de saúde e nenhum sistema de saúde no mundo vai suportar essa situação sem medidas concretas que viabilizem o enfrentamento do problema. O que pode ser feito para viabilizar Cuidados Paliativos no âmbito do SUS?”. Segundo ele, todo

Gestores, profissionais de saúde e representantes de diversas instituições estiveram presentes nos dois dias do seminário



o conhecimento avançado de Cuidados Paliativos pode ser melhor empregado na assistência dos pacientes no nível domiciliar.

Já para o secretário de Estado da Saúde da Paraíba, Geraldo Antônio, é preciso falar sobre o desperdício que existe na área de saúde, principalmente nas Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) que estão cheias de pacientes terminais e que necessitam de Cuidados Paliativos. “Portanto, Conass, Ministério da Saúde e Conasems precisam discutir como viabilizar que esses doentes sejam encaminhados para casa com a mínima estrutura para que sejam tratados com dignidade”.

A íntegra dos dois dias de debate está disponível no nosso canal no YouTube.

Encaminhamentos

Como encaminhamentos do seminário, Alberto Beltrame, presidente do Conass, propôs a criação, pelo grupo técnico do Conselho, de uma carta de compromissos a ser assinada pelas instituições que participaram do seminário. “Nós também encomendamos a todos os palestrantes desse evento um artigo. A junção de todos eles resultará em uma publicação do Conass que será disponibilizada em meio físico e também digitalmente. Agradeço a presença de todos e acredito que esse ciclo de debates que promovemos anualmente tem enriquecido o arsenal de conhecimento que temos e das práticas que precisamos encaminhar na gestão e na governança do SUS”, encerrou. ■

Mais de 3 mil pessoas foram alcançadas em aproximadamente 20 países com a transmissão ao vivo no *site*, YouTube e Facebook do Conass, com mais de 200 interações de internautas.



The image shows a screenshot of a YouTube video player. The video title is "CONASS DEBATE" and the content is "SEMINÁRIO INTERNACIONAL Cuidados Continuados e Integrados: um desafio para o presente". The date is "26 de novembro de 2019" and the time is "Manhã". It indicates "TRANSMISSÃO AO VIVO" and provides the website "www.conass.org.br". Below the video player, there is a red button that says "INSCREVER-SE" (Subscribe). To the right of the video player, there is a red icon of a television and a QR code. The text next to the icon says: "Assista aos dois dias do seminário internacional Conass Debate, com tradução simultânea, no canal oficial do Conass no Youtube em bit.ly/2Nqwx1P".

Novo Financiamento da Atenção Primária à Saúde

TATIANA ROSA

**Nova forma de repasse dos recursos
entra em vigor em 2020**

O desafio está posto: em 2020, um novo formato de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) irá, nas palavras do secretário de Atenção Primária à Saúde, Erno Harzheim “aumentar a cobertura real da APS, principalmente entre as populações mais vulneráveis”.

A afirmação ocorreu na Assembleia do Conass, em outubro, quando, acompanhado de sua equipe, apresentou a nova forma de custeio da APS, cujos objetivos são: estimular o aumento da cobertura real da atenção; res-

saltar os resultados em saúde da população; incentivar avanços na capacidade instalada, na organização dos serviços e ações de promoção e prevenção; enfrentar a dificuldade de fixação de profissionais; e estar em conformidade com a Lei Complementar nº 141/12.

Das 140 milhões de pessoas que deveriam estar cadastradas na Estratégia Saúde da Família (ESF), apenas 90 milhões estão. Além disso, no Brasil, 64 milhões de indivíduos recebem o benefício do Bolsa Família ou de aposentadoria até dois salários-mínimos.



Acesse a Lei
n. 141/12 em:
bit.ly/2TWhe4W





Desses, 32 milhões não estão cadastrados no Saúde da Família.

De acordo com o Ministério da Saúde, a ESF configura-se como uma estratégia de equidade, focada nos mais vulneráveis, considerando os pontos de vista econômico e sanitário. “Metade das pessoas mais pobres do País estão fora desse cadastro do Saúde da Família. Essa é a universalidade que temos hoje e que não queremos manter. É nessa universalidade que vamos mexer”, afirmou o secretário.

Vale ressaltar que a necessidade de mudança no financiamento leva em consideração o fato de que há 21 anos nenhuma alteração na forma como ele é feito aconteceu, sendo a última em 1998, quando o Ministério da Saúde criou a mudança do Piso de Atenção Básica (PAB) Fixo e Variável, estimulando as equipes não por faixa de cobertura, mas por unidade, pagando um valor por equipe de Saúde da Família que estivesse credenciada

(nomes de pessoas cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES) em uma unidade básica de saúde seguindo um conjunto de regras do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle – Derac).

Em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) nasceu com o objetivo de aperfeiçoar o acesso e a qualidade da atenção primária e cujo método de pagamento se dá por desempenho por meio de ciclo de avaliações das equipes de Saúde da Família, o que para o secretário de Atenção Primária à Saúde é um equívoco.

Essa modalidade de pagamento tem como principal objetivo criar um clima de qualidade e de perseguir melhoria, uma vez que é fundamental ter clareza nos indicadores e na avaliação, na meta que se chegou e suas razões. “No entanto o que acontece é uma visita a cada dois ou três anos, na qual são entrevistadas de quatro a seis pessoas por equipe, e

.....
 Assembleia do Conass recebeu o Ministério da Saúde e o Conasems para dialogar sobre as mudanças no novo formato de financiamento da APS

Lançamento do Programa Previne Brasil em novembro reuniu autoridades em Brasília



Acesse a Portaria que institui o Programa Previne Brasil em: bit.ly/2QTFDer



aí o pagamento é feito nos próximos três anos baseado nessas pessoas entrevistadas a partir de um conjunto de instrumentos que somam 1.215 perguntas. 20% dos municípios não se reconhecem na nota que recebem e reclamam da sua avaliação”, disse Harzheim.

Na Inglaterra, por exemplo, há 30 anos, são promovidas mudanças constantes no modelo de financiamento o que se deve ao fato de que nenhum formato de financiamento é perfeito e estático. “Óbvio que o que estamos propondo tem seus problemas e defeitos e eles só serão percebidos quando o modelo começar a funcionar, e aí teremos de corrigir porque é impossível definir um modelo de financiamento perfeito”, destacou.

Como funcionará o novo formato

A partir do ano que vem, a APS terá um modelo misto de financiamento composto por três componentes: a capitação ponderada; o pagamento por desempenho; e o incentivo para ações estratégicas. Esse modelo é também utilizado por países da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento

Econômico (OCDE) que possuem sistemas universais de saúde. Outra mudança significativa se deu nos indicadores que, no modelo atual, chegam a 720. No entanto, a maior parte dos municípios não consegue alimentar o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), tornando impossível uma avaliação real das condições de saúde das pessoas.

Com a mudança, 21 indicadores reais de monitoramento da saúde precisarão ser informados regularmente. Essa é uma condição fundamental para que os municípios recebam os recursos federais. O monitoramento desses indicadores será feito por etapas: em 2020, serão monitorados sete indicadores; em 2021, mais sete, e em 2022, mais sete. Vale ressaltar que o monitoramento será realizado a cada quatro meses, a partir de setembro de 2020.

O orçamento destinado à atenção primária passará de R\$ 18,3 bilhões em 2019 a aproximadamente R\$ 20 bilhões em 2020, tendo em vista o incremento de R\$ 2 bilhões para efetivação das mudanças.

No dia 13 de novembro, foi publicada a Portaria GM/MS nº 2.979 que institui o Programa Previne Brasil, estabelecendo novo modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

O programa foi lançado em cerimônia no Palácio do Planalto, no dia 12 de novembro, com a presença de diversas autoridades. Segundo o ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, o objetivo é buscar resultados na aplicação dos recursos da saúde, aumentando a cobertura, colocando os recursos em prevenção de doenças. “Hoje é um dia de re-fundação do Sistema Único de Saúde e nos investimentos da atenção primária”, disse na ocasião.

Alberto Beltrame, presidente do Conass, participou do lançamento do Previne Brasil e reforçou a importância da iniciativa que, em sua opinião, fortalece a APS, fortalece o SUS e, sobretudo, amplia e qualifica a atenção à saúde de todos os brasileiros.

Beltrame observou que as medidas estabelecidas inovam ao modificar o financiamento da APS ao cadastrar toda a população e voltar as ações, principalmente para aquelas pessoas que mais necessitam dos cuidados de saúde, que estão mais vulneráveis e que, muitas vezes, são excluídas do sistema de saúde. “Nós, gestores estaduais, saudamos o novo programa e esperam que cada vez mais consigamos avançar no sentido de ampliar acesso, melhorar a qualidade e atender mais e melhor a toda a população”.

É importante destacar que essa é mais uma das ações de fortalecimento da APS que o Ministério da Saúde tem realizado.

O que dizem Conass e Conasems

Questionados sobre qual a perspectiva de impacto do novo modelo de financiamento para os municípios, Conass e Conasems, que

SEIS PASSOS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA

O ano de 2019 foi marcado pela reestruturação da Atenção Primária com base em seis passos:

- 1 Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde:** reforça a área como prioridade política e orçamentária do Ministério da Saúde.


- 2 Programa Saúde na Hora:** oferece incentivo financeiro para unidades de saúde ampliarem horário de atendimento à população, aumentando o acesso a consultas médicas e odontológicas, coleta de exames laboratoriais e aplicação de vacinas.


- 3 Programa Médicos pelo Brasil:** amplia a oferta de médicos em regiões mais carentes, além de formar médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade. Proposta está em tramitação no Congresso Nacional.


- 4 Previne Brasil:** novo financiamento da Atenção Primária fortalece a adoção e o cumprimento de indicadores de efetividade e desempenho no atendimento à população.


- 5 Conecte SUS:** integração das informações de saúde do cidadão em uma grande rede de dados informatizada, permitindo mais eficiência no atendimento e continuidade ao cuidado do paciente em qualquer tempo e lugar.


- 6 Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e de Endemias:** vem aí, ainda neste ano, curso de capacitação para ampliar a área de atuação destes profissionais no atendimento ao cidadão.





Fonte: Ministério da Saúde



participaram de toda a discussão que culminou no novo formato de financiamento, foram enfáticos em defendê-lo. “A posição do Conass está pautada na atenção à saúde das pessoas. É preciso qualificar e dotar a APS de maior resolutividade. O País é imenso e muito diversificado”, disse o presidente do Conass, Secretário de Estado da Saúde do Pará, Alberto Beltrame.

Ele ponderou que as secretarias estaduais de saúde, em parceria harmoniosa com os municípios, têm o papel de coordenar o sistema, apoiar de forma concreta e efetiva a educação permanente das equipes, bem como nas necessidades demandadas pelos municípios.

Para Beltrame, a APS deve ser a ordenadora da Rede de Atenção à Saúde, que deve ser organizada regionalmente, integrada com a Atenção Ambulatorial Especializada e com a Atenção Hospitalar, cabendo ao estado a liderança desse processo, por isso a necessidade

de avançar cada vez mais no fortalecimento desse nível de atenção. “A proposta de custeio da APS foi discutida de forma tripartite e aprimorada nesses últimos meses. Embora os recursos financeiros ainda sejam insuficientes, há um aporte importante de recurso novo e a perspectiva de ampliar a cobertura de APS, o monitoramento e avaliação, por meio de alguns indicadores prioritários”, destacou.

O presidente do Conass ressaltou que os gestores estaduais entendem que esse movimento é salutar para o aprimoramento do SUS e que necessita de discussão e revisão constante, sempre olhando para o cidadão, razão de ser de qualquer sistema de saúde.

Já o diretor financeiro do Conasems, Hisham Hamida, ressaltou que a instituição se pauta pela defesa dos 5.570 municípios, sempre buscando a otimização, eficiência, da eficácia e da efetividade da gestão. “Nós defendemos, acima de tudo, a autonomia

da gestão para tomada de decisão, para que políticas sejam executadas de acordo com as necessidades da população em cada território”, destacou.

Hamida esclareceu que o Conasems tem visitado todos os estados a fim de promover o debate sobre o tema com os Cosems e afirmou que essa escuta é de extrema importância para que haja um posicionamento de acordo com as expectativas dos gestores municipais.

Otimista, afirmou que a perspectiva de impacto do novo modelo de financiamento da APS é de que haja um aumento da autonomia de gestão, possibilitando uma revisão do modelo de financiamento que está em curso

há mais de 20 anos, com qualificação e melhoria da alocação do financiamento tripartite. “Os pontos apresentados até o momento podem, de fato, gerar melhorias e demandam revisão constantes, como a questão do desempenho com indicadores factíveis, que podem auxiliar no planejamento da gestão. Há também a possibilidade de haver melhoria dos sistemas de informatização, que é um gargalo da gestão municipal”.

Outro ponto positivo na visão do diretor da instituição é a possibilidade de acompanhar as mudanças epidemiológicas e sociais, levando em conta especificidades por território a partir de revisões constantes. ■

Novo aplicativo do Conass!

App Conass



Disponível gratuitamente na App Store e na Google Play



Conass participa de debate sobre o novo regime fiscal e seus efeitos na saúde

TATIANA ROSA

Evento promovido pelo Conasems reuniu autoridades no assunto

No dia 22 de novembro, o Conass participou, em São Paulo, do 4º *Fórum de Debates – Novo Regime Fiscal e Reforma Tributária: efeitos na saúde*. Promovido anualmente pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), o fórum teve como objetivo ampliar e qualificar o entendimento sobre os efeitos da EC nº 95 no financiamento da saúde. O debate contou com a presença de diversos especialistas.



Alberto Beltrame observou que o gasto em saúde precisa ser bem direcionado

O presidente do Conass, secretário de Estado da Saúde do Pará, Alberto Beltrame, participou da discussão sobre os gastos em saúde e afirmou que o fórum possibilita o entendimento dos mecanismos que movem o financiamento da saúde.

Ele ponderou que os gastos públicos são escolhas de governo e escolhas da sociedade. “Qual é o sistema de saúde que queremos e o quanto estamos dispostos a pagar por ele? Essa é a questão”, refletiu.

Para ele, é fundamental, ainda, considerar um aspecto relevante em relação à discussão sobre o financiamento do SUS que é a dificuldade enfrentada pelo gestor para gastar os poucos recursos que tem. “Nós não conseguimos gastar adequadamente o pouco e insuficiente recurso que temos por diversos fatores que são próprios da administração pública e próprios da dificuldade que enfrentamos, por

isso precisamos também repensar a forma de administrar e de fazer gestão em saúde”.

Caso isso não aconteça, continuou, “nós teremos progressivamente menos dinheiro tanto proporcionalmente quanto em absoluto em relação ao valor global do orçamento da União e isso só será resolvido por meio do debate com o Congresso Nacional e com a sociedade”. Beltrame disse ser iminente definir que tipo de sistema de saúde estamos dispostos a lutar para ter e concluiu afirmando que o gasto em saúde precisa ser bem direcionado, além de promover equidade e diminuir as desigualdades regionais.

O ex-presidente do Banco Central, Armínio Fraga, ressaltou que o Brasil enfrenta uma crise fiscal monumental paralelamente a um aumento da carga tributária. Ele citou o estudo do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (Iesp) que projetou a necessidade



Arminio Fraga apresentou estudo do Iesp que aponta a necessidade de mais R\$ 1 trilhão na saúde até 2060

de financiamento da saúde no País até o ano de 2060. A pesquisa estimou o peso do componente demográfico e realizou uma série de simulações, sob distintos cenários fiscais, chegando à conclusão de que é necessário um aporte de R\$ 1 trilhão na saúde até 2060.

Fraga destacou ser necessário que o País tenha um gasto público mais eficiente e eficaz. “Queremos um gasto público que permita à sociedade administrar sua própria vida. Um gasto público totalmente vinculado não faz sentido porque as prioridades mudam a todo tempo”.

Segundo ele, é necessário ter uma estrutura que permita que a economia funcione direito e que seja justa, tendo o grau adequado de solidariedade, de equidade e de progressividade quando se fala de estrutura tributária.

A economista da Fundação Getúlio Vargas, Vilma da Conceição, afirmou que o sistema tributário brasileiro é antigo em uma nova economia, o que justifica, por si só, a ur-

gência de uma reforma tributária no País. Segundo a economista, “a perda de dinamismo da carga tributária após a crise global 2008/09 acabou refletindo também no financiamento da saúde”.

Ela apresentou dados que mostram que a carga tributária brasileira é muito elevada para padrões mundiais, chegando muito próxima aos países da OCDE. No entanto, observou que, em relação ao gasto público com saúde, a comparação com os países da OCDE mostra que o Brasil está ainda muito abaixo da média. “Isso evidencia o subfinanciamento, mas outras questões que vão além da eficiência e qualidade do gasto também contam, no entanto não podemos descartar que o Brasil tem, sim, uma saúde subfinanciada”.

Vilma disse ainda que o debate sobre a reforma tributária é uma oportunidade para repensar as fontes de financiamento da saúde pública. “Precisamos levantar essa discussão sobre se, de fato, é coerente manter o financiamento da forma como ele está colocado hoje ou se é passível fazermos algum aprimoramento”, concluiu.

O secretário de Planejamento, Energia e Loteria do Ministério da Economia, Alexandre Manoel Angelo da Silva, fez um breve contexto da economia brasileira antes do teto de gastos. Segundo Silva, a hiperinflação au-



Fórum reuniu gestores e especialistas em São Paulo

mentava a desigualdade de renda e a pobreza, e os pobres não tinham acesso a mecanismos de proteção social e transferência direta de renda. Disse ainda que a elevação da carga tributária foi necessária para confrontar a diminuição do imposto inflacionário, a obtenção de *superavit* primário e a elevação da despesa primária. Em seguida, apresentou as principais medidas de ajuste fiscal defendidas pelo Governo Federal, com destaque para a proposta de desvinculação do orçamento em Saúde e Educação.

Ao projetar os gastos em saúde no Brasil de acordo com a dinâmica demográfica, o economista da FGV, Márcio Holland, afirmou que será fundamental ter um orçamento flexível e outras políticas públicas descontinuadas para acomodar o crescimento natural dos gastos em saúde. “Estamos assistindo a um debate intenso no País sobre várias reformas. Esse processo está em ebulição com muita discussão e sempre surge a questão sobre qual vai ser o papel dos gastos e investimentos em saúde após todas essas reformas do Estado brasileiro”, destacou.



Holland se antecipou afirmando ser inexorável que o Brasil precisará aumentar os gastos em saúde, uma vez que há um processo acelerado de envelhecimento da população brasileira, o que vai requerer cada vez mais despesas em saúde, assim como aconteceu em outros países que envelheceram. “O Brasil gasta em saúde pública 3,8% do Produto Interno Bruto (PIB). Vamos precisar expandir esses gastos para bem mais do que isso”, alertou. ■

.....
Wilames Freire, presidente do Conasems, ressaltou que as limitações no orçamento da União não deveriam atingir os gastos em saúde



Assista ao evento em bit.ly/35SuH02



MUITOS TERMOS, POUCO CONHECIMENTO, POLÍTICAS RELEGADAS

ANA MARIA MALIKⁱ

Professora titular da FGV-EAESP, coordenadora do FGVsaude, orcid 0000-0002-0813-8886, lattes.cnpq.br/9829102938377756

Introdução

O tema do cuidado aos pacientes pós-agudos ainda soa estranho aos ouvidos do público, mas também dos profissionais de saúde. Independentemente de a área de cuidados paliativos existir há mais de 50 anos enquanto corpo de conhecimentos^{1,2}, ela tornou-se mais conhecida do público – pelo menos de técnicos – com o lançamento do livro *Being Mortal*³. O Autor questiona a validade dos avanços das ciências da saúde no sentido de manter as pessoas vivas por muitos anos, a rigor, com elevados graus de dependência. Esse livro tem sido classificado, nas livrarias, de maneira equivocada, como de autoajuda, mas presta um serviço por lembrar as pessoas que somos todos mortais.

No Brasil, falar em saúde confunde-se, no imaginário dos cidadãos, com acesso aos serviços de saúde. Esses, por sua vez, restringem-se – na prática – aos cuidados a pacientes agudos, no modelo tradicional queixa, consulta, conduta (intervenção) e alta. Esse modelo não prevê, de maneira geral, vínculo entre cidadão/paciente e profissional/serviço, retorno ao mesmo profissional/serviços nem

acompanhamento por parte de algum sistema. Ou seja, nega, *a priori*, o termo integralidade dos cuidados, princípio do Sistema Único de Saúde (SUS)⁴ e premissa das chamadas redes⁵ de atenção à saúde.

Em uma sociedade em que os indivíduos estão cada vez mais longevos, a assistência episódica é pouco eficiente, de baixa eficácia e apresentando qualidade discutível, estimulando repetição desnecessária de procedimentos e acumulando prescrições. No entanto, ainda se verifica desconhecimento das práticas dos chamados cuidados pós-agudos. Observa-se grande dificuldade de discutir seus componentes em um momento em que as definições de suas diferentes modalidades ainda são pouco claras e conhecidas. Mesmo no âmbito das definições dos estabelecimentos assistenciais do País, encontram-se, basicamente, as mais conhecidas, como hospital geral, hospital especializado, policlínica e clínica especializada⁶.

O conceito há muito não é novo. Desde os anos 1970, foi descrita no Brasil a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP⁷, embora esta fosse centrada no centro hospitalar, e não no sistema.

i. Agradecendo as leituras cuidadosas de Ariane Guilherme Polisaitis, Marcio Jose de Almeida e Miriam Ikeda Ribeiro.

Essa experiência, chamada de cuidados progressivos ao paciente (CPP), era considerada como uma alternativa de racionalização da assistência, que permite melhor alocar recursos e oferecer serviços de qualidade mais adequada. A Organização Mundial da Saúde, em 2018, definiu a continuidade do cuidado como refletindo até que ponto episódios únicos voltados à assistência são percebidos pelos indivíduos como coerentes, conectados no tempo e consistentes com suas necessidades e preferências em saúde⁸.

Algumas características do sistema brasileiro no século XXI

Apesar das dificuldades, já existe quem ofereça esses tipos de serviço no Brasil. A maioria dos nomes tem tradução direta do inglês. Os cuidados de longa permanência (*Long-term Care*), mesmo nos EUA, têm uma definição genérica, abrangendo desde cuidados ambulatoriais (*adult day care*), assistência domiciliar (*home health*), *nursing homes* ou ainda *hospices*⁹. Cuidado de transição (ou *care transition*)¹⁰, por sua vez, são definidos como intervenções eficazes e de baixo custo que podem ser implantadas em diversos sistemas sob distintas estruturas de financiamento. Seu propósito é dotar pacientes e cuidadores de ferramentas e habilidade que lhes permitam assumir um papel mais ativo no seu cuidado.

Seja como for, a legislação brasileira ainda carece de aprofundamento no que diz respeito às necessidades dos pacientes. Exigir, para organizações que oferecem serviços com ênfase no cuidado, e não na assistência, requisitos adequados para hospitais de agudos é fechar os olhos a outras características desejáveis, interferindo nos desfechos potenciais e na relação custo-efetividade. Nem todos os es-

tabelecimentos que se destinam a permanências mais prolongadas estão sob a responsabilidade do Ministério da Saúde. Por exemplo, algumas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) estão sob a competência do Ministério da Cidadania¹¹, caracterizando assistência social mesmo oferecendo serviços de assistência à saúde com continuidade de cuidado pós-internação¹².

Por mais que se associe problemas crônicos a pessoas idosas, também há crianças e adolescentes com esse tipo de condição. Revisão bibliográfica a respeito, realizada em 2014, também menciona a necessidade de desenhar uma rede de apoio, além de serviços adequados que vão desde o domicílio até diversos tipos de instituição¹³. Ou seja, a questão não é de idade, mas, sim, de falta de adequação de cuidados. O artigo menciona estudos sobre a realidade de diferentes países, evidenciando que a preocupação não é nova na literatura, com crescimento no número de publicações a partir de 2008.

Trate-se de crianças, adolescentes, adultos ou idosos, há que reconhecer que faltam, no País, organizações voltadas para ou especializadas na assistência a pessoas com condições crônicas¹⁴. Por outro lado, há estudos realizados no País que já comprovam o aumento da eficiência do sistema com a introdução de serviços que apresentam essa modalidade de assistência, servindo como suporte para as unidades destinadas a pacientes agudos¹⁵.

O que também faz parte do cenário?

Há mais coisas no campo da cultura do Brasil que interferem na situação encontrada, de baixa penetração desses conceitos. Uma delas, que chama a atenção em tempos de redes sociais, de transformação digital e de ampla possibilidade de comunicação, é o des-

conhecimento que se tem a respeito. Ainda fazem parte desse contexto questões culturais. Por exemplo, além do estereótipo sobre os latinos, de terem um perfil cuidador e de resistirem a institucionalizar seus familiares, independentemente da idade, ainda persiste a imagem negativa de asilos e de outras organizações das quais a perspectiva de sair “melhor” é baixa^{16,17} (contrapondo-a àquela dos hospitais, onde quase sempre existe a expectativa de alta). Com isso, surge no horizonte uma grande confusão, na qual uma modalidade assistencial como os cuidados paliativos é interpretada como eutanásia, ainda enxergada como uma forma de acelerar a morte de um familiar. Em relação a esse assunto, muito poucos se sentem aptos a opinar ou, menos ainda, a decidir. Mesmo que o cinema e a literatura, além das revistas de divulgação, comecem a trabalhar os temas (em geral associados a desesperança e abandono) e a trazê-los para a realidade da população, ainda se trata de terreno pouco firme.

Além das questões de eficiência do sistema e dos custos – e dos sofrimentos – desnecessários para aqueles submetidos a cuidados, há pelo menos 10 anos rotulados como obstinação terapêutica¹⁸, ainda cabe refletir sobre as questões éticas envolvidas, bem como sobre aquelas referentes aos cuidadores que tomam parte desses processos de cuidado^{19,20}. De fato, pesquisa realizada com cuidadores ou prestadores de serviços em instituições de longa permanência evidencia a necessidade de melhor formação e mais disponibilidade de tempo dos trabalhadores, principalmente em situações de final de vida²¹.

Também é forçoso reconhecer que o cuidado a pessoas em situação de necessidades por cuidados de longa duração, institucionalizadas ou em suas residências, nem sempre é prestado por profissionais. Familiares, que,

por vezes, também requereriam cuidados são envolvidos nesse tipo de atividade por necessidade individuais ou comunitárias, sendo que esse fenômeno não é recente (mas tem sido tornado público e considerado como uma questão com mais frequência a partir do século XXI)²². Esse tema faz pensar, ao mesmo tempo, em necessidade de reconhecimento, em primeiro lugar, pois remete à baixa disponibilidade de cuidadores qualificados²³ e, em seguida, em como se sentem estes cuidadores, estejam eles profissionalizados ou não²⁴.

O que falta?

No Brasil, por mais que haja quem diga que a proporção do orçamento destinado à saúde é semelhante à destinada ao setor nos países da OCDE, sabe-se que a maior parte deste recurso é privado. A fatia privada é tanto voltada à assistência médica suplementar quanto representada pelo chamado *out-of-pocket*, aquele recurso que o cidadão tira do seu próprio bolso, para pagar medicamentos, alguns procedimentos – às vezes até consultas médicas – e cuidados, não cobertos por planos de saúde e/ou não disponíveis no âmbito do SUS, para seus familiares. A partir da discussão sobre a visão e o conhecimento limitado que se tem sobre essa parte da cadeia de valor da saúde, compreende-se que ela não seja uma prioridade na alocação de recursos (nem públicos nem privados).

No entanto, já há evidências de que a eficiência de um sistema, bem como sua eficácia, aumenta com o uso de infraestrutura específica para pacientes que não necessitam de cuidados para assistência a condições agudas ou às agudizações de condições crônicas. Leitões hospitalares são um recurso crítico e caro, e eles devem ser ocupados com pacien-

tes portadores de diagnósticos que o justifiquem. Sua ociosidade, notória na realidade brasileira, e sua utilização pouco adequada contribuem para que o orçamento se torne ainda menos suficiente, uma vez que estimula práticas comprovadamente equivocadas em termos de modelo assistencial. Uma rede completa, que se inicia e termina na residência dos cidadãos, assume o paradigma de que a saúde e a doença não precisam ser cuidadas apenas em estabelecimentos de saúde. Serviços de cunho social, moradias próprias ou coletivas também podem fazer parte de um conceito acolhedor em que se produza saúde, cuidado e bens sociais.

As pessoas que cuidam de pacientes em serviços de saúde, adequados ou não para as condições crônicas, devem ser capacitadas para essa tarefa. Embora essa formação deva ter um importante componente técnico, a compreensão das necessidades específicas de cada tipo de doente faz sempre parte desse processo. Por exemplo, aceitar não realizar alguns dos procedimentos mais usuais pode trazer pressão aos profissionais²⁵. Ainda mais delicado é trabalhar nas residências dos pacientes, pois o papel do cuidador carece de definição, principalmente em ambientes nos quais sua autonomia profissional é mais limitada. Situação ainda mais delicada é quando o cuidador é um familiar ou conhecido da família. A profissionalização dessa atividade ainda é incipiente, considerando todas as características desse fenômeno²⁶. Além disso, ele é muito mais discutido na Enfermagem que em outras áreas de conhecimento em saúde. Mesmo assim, não se pode esquecer a formação do médico com a visão desse paciente e dessas distintas modalidades de cuidado, como parte da equipe de cuidados. Fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas,

odontólogos e psicólogos, para citar alguns exemplos, fazem parte dos profissionais que certamente melhoram a assistência, a atenção e os desfechos para esses pacientes.

Finalmente, não faz sentido em um sistema desses que o paciente chegue separado das informações a seu respeito. Muitas vezes, nem o paciente (seja qual for sua idade) nem seus familiares/grupo de apoio social são capazes de recuperar o histórico que o levou às condições em que se encontra. Se a inteligência do sistema é importante nos casos de cidadãos independentes, para evitar duplicação de procedimentos e excesso de prescrições (o *overtreatment*), nas situações descritas, isso se torna crítico, até para saber – no mínimo – o que é desnecessário.

Comentários finais

Independentemente do que já se saiba e do que falte, mesmo que o conhecimento seja disseminado e os recursos obtidos, a imagem objetivo de uma rede de saúde completa tem estabelecimentos adequados para cuidar de cidadãos, de qualquer idade, com condições crônicas ou não. Isso significa disponibilidade de recursos financeiros, entendimento dos requisitos de funcionamento desse tipo de serviços, cuidadores treinados e condições de transferência para onde for necessário, com responsabilidade, seja para unidades de maior complexidade terapêutica, seja para residências. Essa rede, como diz o conceito de Mendes já citado, requer governança, gestão, sistemas de informação e comunicação além de logística adequadas.

Também faz parte da nova realidade pretendida a compreensão adequada dos conceitos de finitude, morte assistida, conforto e cuidados paliativos. O SUS, como sistema de saúde cujos princípios são a uni-

versalidade, a equidade e a integralidade, precisa cuidar de todos os cidadãos, em relação a esse direito, não se omitindo perante as atividades assumidas pela assistência social e atento ao que é realizado pelos setores público e privado. Os cuidados continuados podem ser necessários por qualquer pessoa, de todas as idades e com as mais diferentes condições.

Já é mais que tempo de o Brasil ter uma política assertiva para cuidar (sem a pretensão de curar) de pacientes com necessidades de longo prazo. Sem deixar de lado a chamada prevenção primária, este é o momento de investir também na terciária (limitação do dano, reabilitação, convalescença e reinserção social ou finitude) de forma organizada. Ou seja, encarar a população brasileira real, não aquela dos planejamentos de sempre, mas a que envelheceu e continua envelhecendo, aquela cuja vida foi salva nos hospitais de agudos, mas cujo lugar não é mais neles.

Referências

1. Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados paliativos. *Estud av.* 2016 Sept./Dec; 30(88):155-166.
2. Carvalho RT. Cuidados Paliativos - conceitos e princípios. In: Carvalho RT, Souza MRB, Franck EM, Polastini RTV, Crispim D, Jales, SMCP, et al., organizadores. *Manual da Residência de Cuidados Paliativos*. São Paulo: Manole, 2018. p. 2-10.
3. Gawande A. Mortais: nós, a Medicina e o que realmente importa no final. *Rio de Janeiro: Objetiva*; 2015.
4. Brasil. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Título II, capítulo II, artigo 7º. D.O.U, 20/09/1990.
5. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência saúde coletiva*. 2010;15(5):2297-305.
6. Ministério da Saúde (BR). Tipo de estabelecimento [internet]. [acesso em 2019 out 21]. Acesso em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm.
7. Kisil M. O cuidado progressivo do paciente: uma experiência administrativa em centro médico complexo. *Bol Of Sanit Panam*. 1978;84(3):223-30.
8. World Health Organization. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. Geneva: WHO; 2018.
9. Holt JD. Navigating Long-Term Care. *Gerontol Geriatr Med*, 2017;3:1-5.
10. Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min S. The Care Transitions Intervention: results of a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2006;166:1822-8.
11. Brasil. Ministério da Cidadania. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Serviço de Acolhimento para Pessoas Idosas [internet]. 2015 [acesso em 2019 out 22]. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/unidades-de-atendimento/unidades-de-acolhimento/servico-de-acolhimento-para-pessoas-idosas>.
12. Creutzberg M, Gonçalves LHT, Sobottka EA, Ojeda BS. A instituição de longa permanência para idosos e o sistema de saúde. *Rev*

- Latino-am Enfermagem [Internet]. 2007 novembro-dezembro;15(6).
13. Moreira MCN, Gomes R, Sá MRC. Doenças crônicas em crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014 Jul;19(7):2083-94.
 14. Polisaitis A, Malik A. Cuidados continuados: uma falha na malha da rede de serviços de saúde. *Tempus (Brasília)*. 2019 jun;13(2):105-22.
 15. Pazin-Filho A, Almeida E, Cirilo LP, Lourençato FM, Baptista LM, Pintya JP, et al. Impacto de leitos de longa permanência no desempenho de hospital terciário em emergências. *Rev Saúde Pública*. 2015;49:83.
 16. Burlá C, Py L, Scharfstein EA. Como estão sendo cuidados os idosos no final da vida? In: Camarano AA, organizador. *Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?* IPEA; 2010. p 279-302.
 17. Camarano AA, Scharfstein EA. Instituições de longa permanência para idosos, abrigo ou retiro? In Camarano AA, organizador. *Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?* IPEA; 2010. p 163-86.
 18. Carvalho KK, Lunardi VL. Obstinação terapêutica como questão ética: enfermeiras de unidades de terapia intensiva. *Rev Latino-am Enfermagem [Internet]*. 2009 maio-junho;17(3).
 19. Costa JC, Lima RAG. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. *Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]*. 2005 Abr; 13(2):151-7.
 20. D'Arco C, Ferrari CMM, Carvalho LVB, Priel MR, Pereira LL. Obstinação terapêutica sob o referencial bioético da vulnerabilidade na prática da enfermagem. *Mundo saúde (Impr.)*. 2016;40(3):382-9.
 21. Zimmerman S, Sloane PD, Hanson L, Mitchell M, Shy A. Staff Perceptions of End-of-Life Care in Long-Term Care. *J Am Med Dir Asso*. 2003 January/February;4(1):23-6.
 22. Levine C, Halper D, Peist A, Gould DA. Bridging Troubled Waters: Family Caregivers, Transitions, And Long-Term Care. *Health affairs*. 2010;29(1):116-24.
 23. Camarano AA, Kanso S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADs In: Camarano AA, organizador. *Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?* IPEA; 2010. p. 93-122.
 24. Caldeira RB, Neri AL, Batistoni SST, Cachioni M. Variáveis associadas à satisfação com a vida em cuidadores idosos de parentes também idosos cronicamente doentes e dependentes. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(4):503-17.
 25. Santos MA, Hormanez M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. *Cien Saúde Coletiva*. 2013;18(9):2757-68.
 26. Debert GG, Oliveira AM. A profissionalização da atividade de cuidar de idosos no Brasil. *Rev Bras Ciênc Polít.* 2015;18:7-41. ■

No dia Internacional da Pessoa com Deficiência Física, 03 de dezembro, o Ministério da Saúde anunciou a criação de 66 novos serviços de odontologia e ortopedia, com atendimento especializado às **pessoas com deficiência**. A medida irá beneficiar mais de 1 milhão de pessoas em todo o País. Serão 20 Centros Especializados em Reabilitação (CER); 8 Centros Especializados para Pacientes com Doenças Raras; 7 Oficinas Ortopédicas e 31 Centros Odontológicos (CEO), dos quais 14 integrarão a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (RCPD).

Até o dia 26 de junho de 2020, profissionais de saúde e interessados poderão se matricular no curso *on-line* Manejo do **Sarampo** nos Serviços de Saúde, oferecido pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), como parte do pacote de estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde para qualificar a prevenção, o controle e o enfrentamento à doença. O curso é livre, gratuito e tem início imediato. Inscreva-se utilizando o *QR-Code* ao lado ou pelo *link* <https://bit.ly/2Nob21q>



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 *Curtas* 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: 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); Alysson Bestene (AC); André Longo Araújo de Melo (PE); Arita Gilda Hübner Bergmann (RS); Carlos Alberto Gebrim Preto (PR); Carlos Eduardo Amaral Pereira da Silva (MG); Carlos Eduardo de Oliveira Lula (MA); Carlos Roberto Martins Rodrigues Sobrinho (CE); Claudio Alexandre Ayres da Costa (AL); Cecília Smith Lorezom (RR); 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); 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

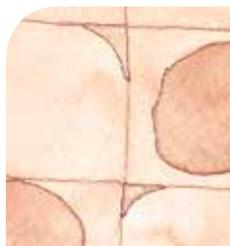
Coan Indústria Gráfica Ltda

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



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS
Américas

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL

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 livro **Desafios do SUS** parte de uma análise baseada em evidências dos avanços do SUS que se manifestam inequivocamente em várias políticas públicas de saúde.

Em todos os capítulos, **Eugênio Vilaça Mendes** procurou equilibrar o diagnóstico situacional com intervenções necessárias para melhoria de nosso sistema público de saúde. Ao percorrer todo esse caminho, o livro deixa uma visão de otimismo realista sobre o futuro do SUS que pode ser sintetizada na frase:

**“O SUS não é um problema sem solução;
o SUS é uma solução com problemas”**



Disponível gratuitamente
www.conass.org.br/biblioteca



A Construção Social da Atenção Primária à Saúde – 2ª edição, de Eugênio Vilaça Mendes, trata da Planificação da Atenção à Saúde realizada pelo Conass e desenvolvida com base em uma proposta teórico-metodológica, desenhada para formação de Redes de Atenção à Saúde e consiste em implantar o Modelo de Atenção às Condições Crônicas.

Baixe e compartilhe na Biblioteca Digital do Conass!