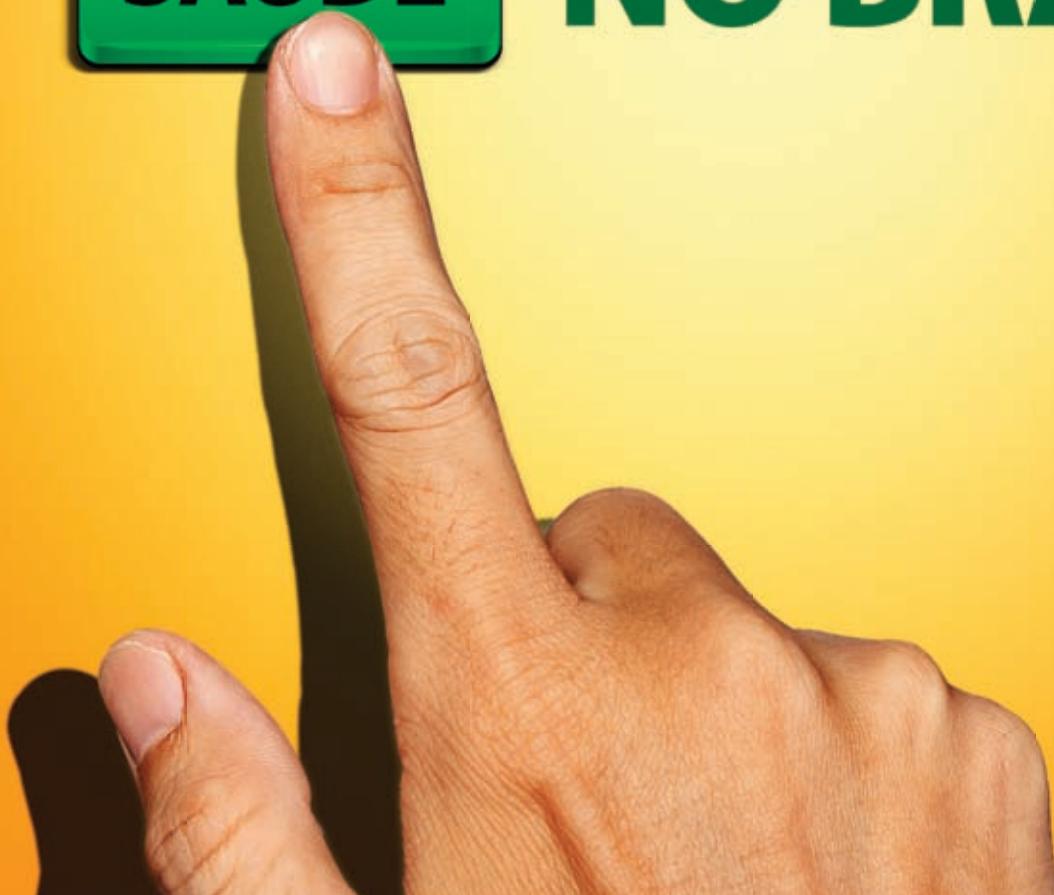


ano III, número 6  
janeiro, fevereiro e março 2013  
www.conass.org.br

**consensus**  
REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE



# **O DESAFIO DOS NOVOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE NO BRASIL**



**consensus**

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Ano III | Número 6 | Janeiro, Fevereiro e Março de 2013



CAPA AGÊNCIA I COMUNICAÇÃO

6

consensus entrevista

*O médico sanitarista, Gastão Wagner, fala da gestão do SUS a partir das expectativas dos eleitores brasileiros*

14

matéria de capa

*O desafio dos novos gestores municipais de saúde no Brasil*

20

saúde em foco

*O Brasil precisa de mais médicos? Confira o debate sobre a quantidade e a qualidade desses profissionais*

**30** institucional

*CONASS promove seminário sobre a Avaliação Hospitalar Internacional no modelo EGIPSS*

**35** *Pará realiza o 1º Curso de Especialização em Atenção Primária à Saúde*

**40** opinião

*Algumas reflexões sobre Saúde Pública nas eleições municipais de 2012, por Eugênio Vilaça*

**38** curtas

O ano de 2013 começou como um ano de grandes desafios para muitos gestores públicos brasileiros. Prefeitos assumem seus cargos depois de disputas políticas, na maioria dos casos, acirradas. Esses gestores, assim como seus representantes, têm pela frente outra batalha: colocar em prática tudo aquilo que foi prometido durante a campanha eleitoral. Nesta edição da Revista *Consensus* abordamos o tema que foi evidenciado em todo o país durante as eleições municipais: a saúde pública brasileira.

Secretários de Saúde assumem seus postos, pela primeira vez ou não, com compromissos já assumidos perante a sociedade. Desafios postos, problemas muitas vezes estruturais, novas legislações e muita demanda. E para falar a estes gestores, convidamos o médico sanitário e professor Gastão Wagner. São conselhos valiosos de um especialista que tem a experiência da gestão embasada pelo estudo e pela pesquisa acerca da gestão da saúde e de todos os aspectos que a permeiam.

E com a mesma intenção de apresentar aos gestores não apenas as dificuldades, mas as alternativas e as possibilidades da gestão, trazemos uma matéria que aborda a questão do número de médicos no país. O aumento exponencial de cursos e vagas para o estudo da medicina, os programas e as propostas para melhorar a distribuição destes profissionais onde mais são necessários, a importância da intersetorialidade entre os Ministérios da Saúde e da Educação, a vinda de médicos de outros países, entre outros aspectos relevantes a respeito desse tema.

Em relação às ações institucionais, ao entender que a avaliação de saúde tem ocupado lugar de destaque entre as ações de planejamento e gestão, o CONASS promoveu, em dezembro passado, o Seminário Internacional sobre Avaliação Hospitalar no Modelo de Avaliação Global e Integrada do Desempenho dos Sistemas de Saúde EGIPSS (Évaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé). O seminário faz parte de uma parceria internacional entre a Secretaria de Saúde de Mato Grosso do Sul, o CONASS, o Ministério da Saúde e a Universidade de Montreal, no Canadá.

Também nesta edição, a parceria do CONASS com a Secretaria de Saúde do Pará e com a Universidade Estadual do Pará na realização do 1º Curso de Especialização em Planificação da Atenção Primária à Saúde.



## ENTREVISTA

# *Gastão Wagner*

**M**édico sanitarista e professor titular do Departamento de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Além de sua extensa formação acadêmica – é especialista em Saúde Pública, mestre em Medicina Preventiva e doutor em Saúde Coletiva – Gastão Wagner foi secretário executivo do Ministério da Saúde, de 2003 a 2005, secretário Municipal de Saúde de Campinas, São Paulo, de 2001 a 2003, e atuou durante os anos de 1977 a 1982, como assessor de Planejamento da secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Sua vasta experiência com a saúde pública brasileira, evidenciada com sua atuação acadêmica e de gestão, legitimam seus posicionamentos em relação às mudanças que devem ocorrer no Sistema Único de Saúde (SUS), para seu fortalecimento e consolidação.

Alguns destes posicionamentos foram colocados na entrevista que Gastão Wagner concedeu à *Revista Consensus*, na qual fala aos gestores de saúde do Brasil, especialmente aos gestores municipais, recém empossados, a respeito da gestão do SUS a partir das expectativas dos cidadãos brasileiros, que ratificaram, durante a campanha eleitoral de 2012, que ter uma saúde pública de qualidade é um de seus principais anseios.



**Consensus** Durante o período eleitoral, o atendimento da saúde foi tema central das propostas dos candidatos e das pesquisas entre os eleitores. Afinal, saúde é prioridade ou discurso de campanha?

**Gastão** A saúde vem aparecendo em várias pesquisas de opinião como a pior política pública da República. Em dezembro de 2012, segundo levantamento do Ibope, 74% dos brasileiros consideraram que o maior problema da sociedade é a atenção à saúde. Evidentemente, nenhum candidato pôde ignorar essa percepção popular.

Essa percepção do povo, contudo, não garantirá que os candidatos eleitos executem projetos para, efetivamente, consolidar a construção do Sistema Único de Saúde. Não há sinais no horizonte de que resolveremos o crônico subfinanciamento do setor público, nem de que o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais se entenderão e conseguirão assumir a condução da reforma sistêmica da rede de atenção à saúde.

Este descontentamento é uma desaprovação concreta ao modo como a maioria dos gestores vem lidando com o tema da saúde. O muito já feito não foi suficiente, essa é a mensagem que vários gestores insistem em não ouvir.

Não identifico uma vontade política sólida para articulação do sistema nacional de saúde. O governo federal e a maioria dos governos estaduais têm políticas focais – várias necessárias e justificadas, mas com objetos e objetivos diferentes, o SUS parece uma versão pós-moderna da Torre de Babel. A gestão federal e as estaduais têm se esquivado de assumir compromissos com o financiamento e o desenvolvimento da rede de serviços em todas as suas dimensões. A maioria dos governos municipais encantou-se com ampliação do acesso por meio de Unidades de Pronto Atendimento, e isso é muito pouco e indica a superficialidade do enfrentamento da questão saúde.

É triste, mas esse é o contexto em que vivemos!

**Consensus** As propostas apresentadas pelos candidatos eleitos buscaram atender às expectativas dos eleitores. A partir de janeiro de 2013, as propostas têm de ser transformadas em ações concretas. Como conciliar as expectativas criadas e as reais condições da gestão do SUS?

**Gastão** O atendimento às necessidades de saúde por meio da construção de um sistema público e universal de saúde – o SUS – não é tarefa simples e não poderá ser executado com sucesso com o esforço solitário dos municípios. Nesse sentido, os novos gestores deverão olhar para além das fronteiras de suas

*O atendimento às necessidades de saúde por meio da construção de um sistema público e universal de saúde – o SUS – não é tarefa simples e não poderá ser executado com sucesso com o esforço solitário dos municípios. Nesse sentido, os novos gestores deverão olhar para além das fronteiras de suas cidades e articular a construção do SUS em todo o Brasil*

cidades e articular a construção do SUS em todo o Brasil.

Os novos gestores, em minha opinião, precisam pressionar, ou melhor, deverão convencer governo federal e governos estaduais a, de fato, construírem as Redes Regionais de Atenção Integral à Saúde. Devem, também, lutar pelo “empoderamento” dos Colegiados Interfederativos de Gestão Regional, transformando-os em órgãos efetivos de planejamento, coordenação e avaliação das redes de saúde. Em contrapartida, deveriam dirigir-se à população demonstrando com palavras e ações que fora do SUS não há possibilidade, inclusive financeira, para atendimento universal e integral das necessidades de saúde. O modelo privado custa caro, produz iniquidade e atende somente a 25% da população brasileira. Como imaginar a extensão desse modelo para toda a população?

Felizmente, a maioria da população já percebeu que programas verticais e restritos e a multiplicação caótica de pronto atendimento não resolverão os dilemas da saúde. Ainda assim, me parece que, para a maioria dos políticos, essa ficha ainda não caiu.

**Consensus Chama a atenção que muitas propostas foram feitas no sentido de solucionar o problema do atendimento à saúde, construindo-se hospitais, inclusive em municípios pequenos. O discurso político, nesse caso, soma-se à visão da população que, tendo um hospital, todos os seus problemas de atendimento à saúde serão resolvidos. Como enfrentar esse entendimento e conseguir, na prática, valorizar a Atenção Primária à Saúde e as ações de promoção e prevenção?**

**Gastão** Não vejo contradição entre a expectativa da população de contar com atenção hospitalar e o desenvolvimento da Atenção Primária ou da Saúde Coletiva. O povo não é tão simplório quanto imaginam vários demagogos.

A Atenção Primária somente será legitimada quando se alcançar grande cobertura populacional – mais de 80% dos brasileiros precisam ter sua equipe de Atenção Básica. É ainda necessário que essas equipes tenham qualidade e poder de regulação no sistema, isto é, capacidade e possibilidade de os médicos de família, enfermeiros, dentistas, pessoal dos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASFs) garantirem o seguimento do tratamento sempre que o caso demandar atenção secundária ou terciária. Delegar esse poder de coordenação dos casos às equipes de Atenção Básica não custa mais dinheiro, custa decisão política de enfrentar o poder de especialidades médicas e dos hospitais ligados ao SUS.

Para isso, os novos gestores deverão identificar e tornar público todos os estrangulamentos – refletidos nas filas – para atendimento secundário ou terciário. Divulgar e construir projetos regionais para investimento e reorganização da gestão da rede (protocolos de acesso com base em risco e eficácia terapêutica dos procedimentos, supervisão *a posteriori* etc.).

Nas cidades pequenas, onde houver pequenos hospitais, em vez do discurso perverso de fechá-los por uma racionalidade econômica restrita, por que não transformá-los em Unidades Mistas? Serviços coordenados e utilizados pelas Equipes de Saúde da Família com apoio e treinamento e recursos especiais: condições e capacitação de médico e enfermeiro de família em obstetrícia, em cirurgia ambulatorial, em saúde mental etc.?

A promoção e as ações de prevenção não substituem a necessidade da rede de atenção clínica, apenas modificam o perfil prevalente. O povo tem razão ao demandar também hospitais, centros cirúrgicos para câncer e trauma. O discurso oficial é que vem tentando confundir-nos para ocultar a insuficiência do financiamento.

**Consensus** Mesmo em municípios com serviços de atenção à saúde pública bem avaliados, os candidatos de oposição saíram vitoriosos. Afinal, a população está cada vez mais exigente quanto aos serviços de saúde pública ou a avaliação feita não coincide com a percepção das pessoas?

**Gastão** As duas coisas acontecem de modo simultâneo. A população não quer somente pronto atendimento e acesso: quer seus pro-

*(...) os gestores deveriam dirigir-se à população demonstrando com palavras e ações que fora do SUS não há possibilidade, inclusive financeira, para atendimento universal e integral das necessidades de saúde. O modelo privado custa caro, produz iniquidade e atende somente a 25% da população brasileira. Como imaginar a extensão desse modelo para toda a população?*

blemas resolvidos. Por outro lado, a avaliação que vem sendo utilizada pelo poder público tende a legitimar o projeto oficial. No papel, seria tudo maravilhoso, mas boa parte dos resultados dessas avaliações são falsos, facciosos e parciais.

Há de se considerar, sobretudo, que a sociedade escolhe em quem votar com base em um conjunto de fatores para além do atendimento à saúde. A saúde é somente um desses fatores. Há cuidado com a cidade, comportamento ético, postura perante a sociedade, capacidade de comunicação etc.

**Consensus** Qual a influência dos meios de comunicação para a construção dessa percepção negativa das pessoas quanto ao atendimento da saúde pública?

**Gastão** Os meios de comunicação denunciam falhas no sistema, porém não têm buscado compreender a lógica do SUS. A maioria dos meios advoga soluções como se a política de saúde do Brasil fosse a extensão de serviços e do modelo privado de atendimento. Um dia, promete-nos a mídia, seremos um grande EUA: essa é a ideologia de grande parte da mídia.

Em contrapartida, a percepção negativa das pessoas é baseada na experiência negativa de grande parte dos brasileiros quando necessitam do SUS. A fila para cirurgia e quimioterapia para vários tipos de câncer, na região de Campinas/SP, por exemplo, é de um ano ou mais. Ou seja, morte! Como esperaríamos que as pessoas dessas famílias se comportasse em relação ao SUS e aos gestores? Compreensão estoica? Paciência e resignação? E a fila para cirurgias de segundo tempo em trauma? E a ambiência "tranquila" e "saudável" na maioria dos serviços de urgência? E o controle da epidemia de dengue que não chega nunca? E a insustentabilidade dos serviços municipais? Em um ano há Equipes de Saúde da Família e no mês seguinte o médico se foi, a enfermeira foi demitida etc.?

Bem, há muita mentira, muita luta ideológica, mas considerar apenas as experiências expositas – como é do gosto e preferência de quase todo gestor – não funciona mais, não depois de 22 anos de esforço para legitimação do SUS. O jovem SUS tem demonstrado grandes possibilidades, mas muitos percebem que, dificilmente, conseguiremos que esse gigante funcione a contento. Ou não?

**Consensus** Passado o período eleitoral, a partir de janeiro de 2013, os novos gestores municipais da saúde assumem seus cargos trazendo consigo suas propostas. Como transformá-las em um Plano de Governo consistente e capaz de trazer resultados positivos para a saúde da população?

**Gastão** Os gestores em saúde precisam saber sobre saúde e sobre política e ter a capacidade de fazer cogestão entre vários interesses – aqueles das autoridades, dos profissionais e usuários – e nunca perder de vista as estratégias para resolver os problemas de saúde. A principal fidelidade dos gestores de saúde deveria ser com a saúde da sociedade, depois viria a fidelidade ao prefeito, ao partido etc. Os gestores precisam ter um projeto global para consolidação do SUS. Nesse contexto, identificar prioridades locais, situacionais; ver como funciona a Atenção Básica, sua relação com outros serviços, saúde mental, urgência, hospitalar; esticar ao máximo as ações de promoção, construir parcerias com a educação, com o governo da cidade; estimular a cogestão, ou seja, trazer os profissionais de saúde e setores da sociedade para o cotidiano dos serviços, não somente o Conselho Municipal, mas multiplicar os espaços de diálogo entre gestores e outros agrupamentos, assembleias, visitas, rodas.

Valeria a pena esforçar-se para melhorar a gestão no SUS. Por exemplo, aprovando-se leis municipais e estaduais para transformação do modo de designação dos diretores de serviços e programas de saúde. Na Inglaterra, a maioria dos cargos da rede de saúde é pre-

*Os meios de comunicação denunciam falhas no sistema, porém não têm buscado compreender a lógica do SUS. A maioria dos meios advoga soluções como se a política de saúde do Brasil fosse a extensão de serviços e do modelo privado de atendimento*

enchida segundo critérios sanitários – formação, seleção por meio de banca, experiência, capacidade de cogestão – e os gestores são avaliados pelo seu desempenho sanitário e na administração da coisa pública.

Outro tema angustiante: modificar o item da Lei de Responsabilidade Fiscal referente a gasto com pessoal nos municípios. Saúde e educação são áreas de grande dependência de recursos humanos: em todo o mundo, gasta-se de 70 a 80% dos orçamentos da educação e da saúde com pessoal. Então, como, mesmo diante de tamanha evidência, esse entrave legal permanece infernizando a vida do gestor? Em nome disso, tem se terceirizado a gestão de pedaços importantes do SUS a grupos com ou sem competência para esse encargo.

Os gestores precisam olhar para fora, como disse antes: esforçar-se pela formação concreta das redes regionais de atenção à saúde; buscar apoio em outros entes para a gestão e a política de pessoal; comprometer Ministério

e Secretarias de Estado com a seleção, a contratação e a formação de pessoal; sugerir que todos os residentes médicos e de outras profissões trabalhem um ano, no R2 ou no R3, na rede básica dos municípios. Nada de serviço civil obrigatório, não é necessário se os programas de residência, custeados com recursos públicos, incluírem um ano na Atenção Básica à Saúde com supervisão das universidades em que ocorrer a residência.

Enfim, é muita coisa a ser ainda concretizada...

*Os gestores em saúde precisam saber sobre saúde e sobre política e ter a capacidade de fazer cogestão entre vários interesses – aqueles das autoridades, dos profissionais e usuários – e nunca perder de vista as estratégias para resolver os problemas de saúde. A principal fidelidade dos gestores de saúde deveria ser com a saúde da sociedade, depois viria a fidelidade ao prefeito, ao partido etc.*

**Consensus** Se o senhor fosse um desses secretários, o que faria nos primeiros 180 dias?

**Gastão** Um despacho... Um culto... Uma novena... Brincadeira! Acredito no caráter laico da administração pública. Nisso e na ampla liberdade religiosa, sempre fora das instituições públicas.

Sério, agora: logo de saída, é importante indicar o estilo de gestão, divulgar projetos de longa duração e indicar as ações imediatas, o que varia de cidade para cidade – em algumas, será reforma de prédios; em outra, contratação de pessoal; em outra, análise das filas, enfrentamento de um surto, epidemia etc.

Acredito que os novos gestores devem respeitar a história e a tradição de cada rede local e convidar pessoas comprometidas para compor a equipe, independentemente da filiação partidária ou da náusea aos políticos, indicar que se governará para a saúde, para a defesa da vida.

**Consensus** Qual a sua mensagem para os novos secretários e secretárias que assumem em 2013?

**Gastão** Boa sorte, muita boa sorte!

O futuro do SUS, como sistema universal e público, dependerá muito da demonstração à sociedade de que essa alternativa é viável e que atenderá à necessidade de saúde com qualidade. Mais quatro anos de caos e não sei quem ainda acreditará que o Brasil comporta uma política tão generosa. Não sei mesmo.

Ah, uma recomendação ainda: não cedam espaço à corrupção, nada, nadinha, sob nenhum argumento, acelerar projetos vitais, apoiar o partido revolucionário, o prefeito ideal, nada. Não vale a pena, nem do ponto de vista ético nem pragmático.

Fiquem atentos: apesar do subfinanciamento, o SUS lida com muito, muito, muito dinheiro e, portanto, olho vivo! ■



## CONASS DEBATE

COM 31 ANOS, CONASS CRIA NOVA LINHA DE TRABALHO E PRETENDE OUVIR ESPECIALISTAS SOBRE TEMAS ESTRUTURANTES DO SETOR SAÚDE

Ao completar 31 anos, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) se renova e inicia em 2013 uma nova linha de trabalho chamada ***CONASS Debate***. O objetivo principal é refletir sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), focando em seus avanços e desafios. Mas não só isso, pretende também buscar soluções para o futuro.

Portanto, vai ouvir as diversas opiniões sobre a sustentabilidade do SUS, inclusive a de atores de fora do setor saúde. Assim, promoverá seminários temáticos a partir de

abril deste ano, com possibilidade de continuidade nos anos seguintes. Os encontros serão fechados, participando apenas convidados.

O objetivo é tratar não dos problemas pontuais ou operacionais do SUS, mas das questões estratégicas, com visão de futuro. A partir dos temas do livro *SUS: avanços e desafios* (conteúdo disponível em [www.conass.org.br](http://www.conass.org.br)), que levanta questões ainda atuais, serão propostos novos temas importantes, mas não urgentes, para discussão em fórum qualificado e multidisciplinar.

O primeiro Seminário será realizado no dia 24 de abril, em Brasília, e tratará do tema ***Saúde: para onde vai a classe média?*** Sua escolha foi calcada na importância de se conhecer o movimento da nova classe média brasileira (classe C) e suas repercussões no SUS e no sistema privado de saúde suplementar.

SAÚDE:

*Expectativa do c  
compromisso do*

Chegou a hora de os candidatos eleitos e seus representantes cumprirem suas promessas de campanha relacionadas à saúde pública brasileira

ADRIANE CRUZ

**A**s eleições municipais de novembro passado evidenciaram os imperativos da saúde pública no Brasil. Nas campanhas políticas, incontáveis promessas de mudanças e de melhorias relacionadas ao setor foram feitas pelos candidatos às prefeituras do país, de norte a sul, dos mais ricos aos menos favorecidos municípios brasileiros.

# *cidadão, gestor*

Recém-empossados, esses gestores, agora, devem fazer valer o que foi anunciado aos eleitores. No entanto, tratando-se o Sistema Único de Saúde (SUS) de uma política pública abrangente e complexa, esta tarefa configura-se como grande desafio. Calouros ou veteranos, será que os gestores têm a real noção do que pode ser feito, de fato, pelo SUS? Qual é a viabilidade do cumprimento daquilo que foi prometido, tendo em vista que os anseios dos cidadãos, na maioria das vezes, traduzem-se em melhorias que dependem de uma série de ações e de mudanças até mesmo estruturais do sistema?

Acolher os gestores municipais e oferecer ferramentas técnicas a fim de aprimorar

a gestão, independentemente do porte populacional do município, é “função primordial” do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), segundo o seu presidente, Antonio Carlos Nardi. Para tanto, o Conselho vem se preparando desde o último trimestre de 2012 e começou, em janeiro deste ano, a visitar os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), em todos os estados, recebendo e orientando os gestores. “Temos várias atividades previstas para que eles saibam a importância da sua participação nas esferas de pactuação do SUS. Gestor assistencialista não faz boa gestão. Ele tem de ir aos fóruns de pactuação independentemente de onde eles aconteçam”, reforça Nardi.

Experiente na gestão pública, João Alves foi três vezes governador, uma vez ministro e atualmente é prefeito de Aracaju/SE. Para ele, a relação interfederativa que caracteriza a gestão do SUS deve ser revista

Cientista político e professor da UnB, Ricardo Caldas pondera que muitos municípios ainda têm dificuldades para executar todas as atribuições que lhes são dadas



O presidente do Conasems e secretário Municipal de Saúde de Maringá, Paraná, destaca as tarefas que devem ser executadas pelos gestores. “Preparamos a ‘Agenda 2013’, que traz o ‘Manual do Bom Gestor’, no qual eles devem anotar as suas obrigações ao longo do ano, como o planejamento, a manutenção de equipes, o combate à dengue, a vacinação, a alimentação dos Sistemas de Informação da Atenção Básica (Siab) e de Regulação (Sisreg), assim como todo o trabalho de execução da prestação de contas e de audiências públicas”, completa.

O presidente do CONASS, Wilson Duarte Alecrim, pondera que a escolha do gestor deve ser criteriosa e que ele deve ter o perfil adequado para conduzir a saúde. “Hoje, é impossível que o gestor municipal possa ter bom desempenho se ele não estiver inteirado das situações que permeiam o SUS, que nos últimos dois anos têm sofrido profundas alterações no seu funcionamento.” Alecrim cita o Decreto n. 7.508/2011, que regulamentou a Lei n. 8.080, e a Lei Complementar n. 141/2012, que regulamentou a Emenda Constitucional n. 29.

Segundo Alecrim, é fundamental a compreensão desses novos mecanismos de funcionamento do SUS para a sua gestão, além do entendimento das Redes de Atenção à Saúde, tendo em vista que o Ministério da Saúde, os estados e os municípios têm optado por este modelo. “Isso nos leva ao fortalecimento da regionalização, visando à melhoria do acesso para que tenhamos maior resolutividade nas ações na área da saúde.”

A turismóloga Janaína Faustino mora em Formosa, Goiás, onde concorreu a uma

vaga na Câmara de Vereadores. Segundo ela, a saúde pública da cidade não consegue atender às necessidades dos formosenses. “Existe grande demanda de pessoas de municípios vizinhos que se deslocam para cá à procura de atendimento. O ideal seria que o hospital municipal fosse regionalizado, assim poderia receber mais recursos para atender de maneira satisfatória aos seus usuários”, relata.

Para Janaína, que esteve próxima dos cidadãos, acompanhando de perto a campanha eleitoral em seu município, a compreensão das ações que precisam ser praticadas visando à melhoria do sistema de saúde talvez seja maior. No entanto, conforme ela mesma destaca, a falta de informação também é um dos problemas que permeiam a saúde na cidade goiana. “A maioria das pessoas desconhece até quais serviços são prestados nos postos de saúde, sobrecarregando o hospital municipal que já sofre com a falta de acessibilidade, de atendimento mais humanizado e de investimento nos profissionais de saúde”, completa.

### **Relações interfederativas**

O prefeito de Aracaju, Sergipe, João Alves (DEM/SE), conta que, durante 10 meses, no período eleitoral, andou pela capital sergipana ouvindo a população. “Em 100% das reuniões feitas durante a campanha a saúde apareceu como principal demanda dos cidadãos”, enfatiza. A interação entre os entes de gestão do SUS (municípios, estados e União) e o subfinanciamento da saúde são, segundo João Alves, as principais dificuldades do gestor. “Essa relação é bastante complexa e deixa muito a desejar. É preciso repensar a gestão nos municípios e nos demais entes federados,

tendo em vista que o bem-estar da população depende das ações desenvolvidas no âmbito municipal”, alega.

Segundo o cientista político e professor da Universidade de Brasília (UnB), Ricardo Caldas, muitos municípios ainda têm dificuldades em lidar com as transferências de atribuições do âmbito federal para o municipal. “As decisões continuam sendo tomadas na cúpula, e o que o município tem a fazer é executar. Seria descentralização se houvesse a distribuição de recursos e a decisão das atividades – o que fazer e como fazer. Porém, os municípios não têm realmente essa opção”, pondera.

O professor também falou a respeito do financiamento da saúde. “Um agravante que observo é que, em geral, o Estado está prometendo tudo na área de saúde, porém, passou essa conta para o município. Porque a participação da União nos gastos com saúde tem decrescido constantemente”. Caldas chama atenção ainda para o paradoxo entre a abrangência do SUS e a sua capacidade. “Estamos falando de 150 milhões de usuários e só não chega a 200 milhões porque um quarto dessas pessoas tem planos de saúde. Se o SUS tivesse de atender a todos os cidadãos brasileiros, seria o colapso do sistema.”

### **Compromisso**

“Cabe aos gestores fazerem do plano de governo um instrumento consistente no que concerne a melhorias na saúde e nos demais setores sociais, visando a resultados que beneficiem a população”, ressalta o professor Ricardo Caldas. Para tanto, ele explica, esse plano deve ser prioridade do gestor, seja ele secretário, prefeito ou governador. “Essa é a

Deputado Federal pelo Mato Grosso, Nilson Leitão, apresentou Projeto de Lei que criminaliza o 'estelionato eleitoral', defendendo o cumprimento das promessas de campanha e a melhoria das campanhas eleitorais



diferença entre um plano de governo, elaborado com a verdadeira intenção de ser cumprido, e a plataforma de campanha apresentada pelo candidato apenas para receber votos."

Nesse sentido, o deputado Federal Nilson Leitão (PSDB/MT) apresentou na Câmara dos Deputados, um Projeto de Lei que criminaliza o "estelionato eleitoral" e altera o artigo n. 171, do Decreto-Lei n. 2.848, de 1940 – o Códí-

Maria do Socorro de Souza, presidente do CNS



go Penal. "O gestor não pode passar um cheque sem fundos para a população, fazendo promessas vazias que não têm condições de serem cumpridas", argumenta Leitão.

E acrescenta que o projeto pretende também melhorar, efetivamente, a qualidade da campanha eleitoral para que conte com propostas oportunas e viáveis, além de estimular os candidatos a preparar-se para eleição. "Em relação à saúde, eles vão ter de estudar e compreender os aspectos políticos e técnicos do setor, vão ter de saber minimamente como funciona o SUS, o que são os recursos fundo a fundo. Vão ter de saber o que são emendas parlamentares, e o que é liberado de fato a cada ano etc.", defende.

O PL n. 4.523/2012 está na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJC), da Câmara dos Deputados. Caso seja constitucional, poderá seguir para sanção presidencial ou para votação no plenário, de acordo com o parecer do relator.

### Acolhimento

Os secretários Municipais de Saúde foram recebidos em Brasília, Distrito Federal, nos dias 31 de janeiro e 1.º de fevereiro, em um encontro promovido pelo Ministério da Saúde em parceria com o CONASS e o Conasems, com o objetivo de apresentar aos gestores os programas que podem ser desenvolvidos nos municípios. Foram disponibilizadas salas de atendimento e equipes técnicas para esclarecer as dúvidas dos secretários.

Durante a abertura do encontro, o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, disse aos secretários que, para serem bons gestores, eles devem sair de seus gabinetes. "Antes de

ir para a secretaria, vá a uma Unidade Básica de Saúde, vá à secretaria de educação, de desenvolvimento social, de obras, circule pelo município. Não se prenda ao seu gabinete. Nós construímos a saúde do SUS junto com a comunidade", aconselhou o ministro.

Padilha disse ainda que os gestores devem fortalecer a imagem do SUS nos municípios. "Nenhum país do mundo tem na sua Constituição que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Nenhum país com mais de 100 milhões de habitantes assumiu o desafio de ter um sistema universal, público e gratuito de saúde. Nós participamos de um momento histórico de nosso país e temos de ter muito orgulho do SUS. A logomarca do SUS tem de estar em cada Unidade Básica de Saúde do Brasil, em cada ambulância e em cada uniforme."

Maria do Socorro de Souza, presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), falou do anseio da população de que a saúde seja uma política de Estado. "Para atender às demandas da sociedade é preciso organizar os serviços e dialogar com os demais Entes Federativos". Ela disse que, apesar de problemas estruturantes e históricos, como o financiamento, o modelo de gestão, a desvalorização e a formação dos profissionais, o SUS pode ter seus desafios superados se houver uma responsabilidade do Estado com a sociedade e dos governos com o controle social.

### Desafios para os gestores, segundo o CONASS e o Conasems

### Financiamento

O subfinanciamento está entre os principais desafios, uma vez que limita as ações



em curso e impede a implementação de novas ações. O CONASS e o Conasems reforçam a importância do Movimento Saúde + 10, cujo objetivo é tornar-se um Projeto de Lei de Iniciativa Popular que estabeleça o percentual do equivalente a 10% da receita corrente bruta da União como investimento do governo federal na saúde pública, uma vez que os estados devem investir, no mínimo, 12% e os municípios 15% de suas receitas correntes líquidas.

"Estudos demonstram que se o governo federal alocar 10% da receita corrente bruta para saúde, esse valor, acrescido ao orçamento do Ministério da Saúde para 2013, representaria um aporte de R\$ 32 bilhões, elevando o orçamento do ministério para R\$ 100 bilhões", defende o presidente do CONASS, Wilson Duarte Alecrim.

### Assinatura do Coap

O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde é o instrumento legal insti-

.....  
Wilson Alecrim,  
Alexandre  
Padilha, Rafael  
Barbosa e  
Antonio Carlos  
Figueiredo  
Nardi durante  
o acolhimento  
aos novos  
secretários  
municipais de  
saúde

tuído pelo Decreto n. 7.508/2011, a fim de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde, demonstrando ações a serem executadas sob a responsabilidade dos Entes Federativos em uma região de saúde, visando garantir a integralidade da assistência aos usuários daquela região.

A expectativa do Conasems, segundo Nardi, é de que o Coap seja assinado por todos os estados e os municípios brasileiros. “Embora saibamos das dificuldades, esperamos evoluir por meio de um Coap que não seja cartorial, mas real, explicitando de fato o que tem de capacidade instalada, o que tem de dinheiro e o que é de referência”, afirma.

Wilson Alecrim confirma que o Coap, além de um instrumento legal, é capaz de espelhar o planejamento, permitindo o acompanhamento e a avaliação mais completa da gestão, não só de recursos, mas dos produtos e das metas para cada ação estabelecida.

### Gerência de Hospitais

“Os gestores vão se deparar em muitos estados com problemas relacionados à gerência de hospitais, pois existe um número considerável de municípios no país que têm responsabilidade na gestão hospitalar e sabemos que há uma crise no funcionamento de hospitais de pequeno porte, sejam eles próprios da rede, conveniados, contratados ou filantrópicos”, diz Alecrim, alertando que é preciso investigar as causas que levaram ao “adoecimento” desses hospitais. “Muitos deles estão parcialmente desativados e outros até fechados”, relata.

### Valorização dos profissionais e distribuição dos médicos

A distribuição dos médicos no Brasil tem se estabelecido como grande problema para os gestores. Antonio Carlos Nardi indica a falta de médicos nas Unidades Básicas de Saúde, nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), além da dificuldade de contratação de especialistas, como pediatras, neonatologistas, neurologistas, entre outros. E destaca o desafio relacionado à violência no trânsito. “Os acidentes de trânsito estão se configurando como uma epidemia que não pode ser desconectada do setor saúde e uma das dificuldades relacionadas a esta epidemia é a contratação de médicos ortopedistas, principalmente nas metrópoles brasileiras.”

O Provab, segundo Wilson Alecrim, é uma esperança, porém o fato de o programa pagar uma bolsa de R\$ 8 mil, mas que será descontada dos recursos transferidos para a Equipe de Saúde da Família, conforme Portaria n. 81, de 21 de janeiro de 2013, que institui valores diferenciados de custeio às Equipes de Saúde da Família de municípios e profissionais integrantes do Provab, irá engessar a flexibilidade que o secretário municipal e a prefeitura têm para manter a equipe em funcionamento.

Leia mais a respeito do número de médicos e da distribuição destes profissionais na matéria a seguir. ■

# *O Brasil precisa de mais médicos?*

O debate sobre a quantidade e a qualidade desses profissionais em todo o país

ADRIANE CRUZ

**A**dificaldade de contratação de médicos para atuar nas periferias das grandes cidades e em localidades remotas do país vem estimulando um debate permeado por medidas e propostas que vão da ampliação da oferta de vagas para formação médica até o estímulo à importação de profissionais formados no exterior.

O número de médicos no Brasil saltou de 13 mil para 364 mil, de 1910 a 2010, segundo a Demografia Médica realizada em 2011 pelos Conselhos Federal de Medicina (CFM) e Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp). A pesquisa constatou que o país conta com 1,9 médico para cada mil brasileiros, número que varia consideravelmente nos estados e nos municípios, demonstrando a desigualdade na distribuição desses profissionais (veja tabela na página 24).

As vagas para os cursos de medicina vêm crescendo exponencialmente nas últimas décadas, estimulando a formação de médicos no país. Diante dessa realidade, cabe a pergunta: A qualidade desses profissionais está de acordo com as necessidades dos brasileiros?

Considerando os dados que comprovam esse crescimento, o cardiologista, professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e diretor do Hospital do Coração, em São Paulo, Adib Jatene, reforça

a discussão em relação à qualidade da formação médica, e ao número de vagas no Brasil. Jatene defende que médicos recém-formados trabalhem por dois anos na Estratégia de Saúde da Família (ESF), como requisito para a Residência Médica. “O ensino não deve formar candidatos à Residência Médica, mas médicos com a capacidade de lidar com os problemas gerais de saúde da população”, diz.

Além de favorecer a atuação dos médicos na Atenção Básica, essa medida, segundo Jatene, deve estimular a qualidade da formação. “É preciso trazer a escola para ajudar na assistência médica, com isso, ela tem um *feedback* para aprimorar a formação do médico”, afirma.

O Brasil forma de 13 a 15 mil médicos por ano e com essa medida, segundo Jatene, a Atenção Básica teria um aporte de aproximadamente 30 mil médicos trabalhando nos locais de maior necessidade. “Temos de agir, e rápido, na revisão dos cursos de medicina que hoje encaminham seus formandos para Residência Médica, formando especialistas que não irão para as áreas em que a deficiência é maior. Formar médicos capazes de atender à população, dispensando a alta tecnologia, que é impossível universalizar, é o grande desafio que temos de enfrentar”, conclui o ex-ministro da Saúde.



Adib Jatene  
e Florentino  
Cardoso



## Do Brasil e de outros países

Como estímulo para melhorar a distribuição dos médicos no país, o Ministério da Saúde anunciou, recentemente, mudanças no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab). Em sua primeira edição, em 2012, das mil vagas oferecidas, 381 foram preenchidas. Este ano, foram aproximadamente seis mil candidatos inscritos e cerca de dois mil municípios participantes, segundo dados do Ministério da Saúde.

Uma das principais alterações é que as bolsas do Provab serão pagas pelo Governo Federal. São R\$ 8 mil mensais, pelo período de um ano de trabalho, em que o profissional será avaliado por uma instituição de ensino e pelo qual ganhará pontuação adicional de 10% nos exames de Residência Médica, conforme a Resolução n. 9/2011 da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

O presidente do CONASS, Wilson Duarte Alecrim, diz que o Provab é uma “esperança”, no entanto, considera que é preciso contar com outras alternativas para suprir a ausência de médicos em diversas localidades do

país. “O fato de o Brasil ter, atualmente, quase 400 mil médicos em atividades não significa que esse número seja suficiente”. Alecrim cita algumas medidas da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS), do Ministério da Saúde, como o levantamento da cobertura populacional e da estrutura física existente no país que indica um déficit de aproximadamente de 146 mil médicos para cobrir postos de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS).

Outra medida anunciada, esta pela Frente Nacional de Prefeitos (FNP), durante o Encontro Nacional com Novos Prefeitos e Prefeitas, que ocorreu em Brasília/DF, no final de janeiro, é a chamada internacional que visa a contratação de médicos de outros países.

Com a campanha intitulada “Cadê o médico?”, a FNP ressalta que é favorável a critérios rigorosos para esta medida e que esses médicos devem atuar na Atenção Básica, fixados em áreas com maior carência destes profissionais. “As provas feitas para quem quer exercer a medicina, que tem o diploma no exterior, são exageradamente duras e difíceis, e vamos ter que mudar isso”, sugere o vice-presidente da FPN, Paulo Mac Donald Ghisi.

Mozart Sales, secretário da SGETS/MS, diz que o Ministério da Saúde é sensível às campanhas das associações municipalistas. “Os municípios são os grandes empregadores do trabalho médico. Na Atenção Básica, inclusive, eles são exclusivamente os empregadores.”

O presidente do Conasems, Antonio Carlos Nardi, diz que o conselho apoia a reivindicação dos prefeitos. Nardi defende o serviço obrigatório para médicos formados em Universidades Públicas ou por meio do Financiamento Estudantil (Fies). “Estamos pagando a formação destes profissionais e não queremos que eles trabalhem de graça. Entendemos que eles devem atuar no SUS por pelo menos dois anos, antes de fazerem a residência médica,

independentemente do porte do município, retribuindo para a sociedade a ajuda que tiveram para se formar.” Nardi explica que esses médicos receberiam o mesmo que os demais profissionais, suprindo parte da demanda por médicos nos serviços públicos de saúde.

A Associação Médica Brasileira (AMB) considera que é preciso conhecer as reais necessidades do país em relação ao número de médicos. “Hoje, temos quase 400 mil médicos, uma média de 1,9 médico por mil habitantes. Porém, em algumas cidades, esse número chega a mais de quatro médicos pra cada mil habitantes”, ressalta o presidente da associação, Florentino Cardoso.

Cardoso questiona a atuação de médicos estrangeiros no Brasil, considerando aspectos como o idioma e as diversidades culturais, e defende o rigor na validação do diploma daqueles que pretendem exercer a medicina no território brasileiro. “Temos de considerar que, na Bolívia, por exemplo, não há processo seletivo para o estudo da medicina. Menos de 4%, dos pouco mais de 300 médicos formados lá, passou no último exame do Revalida, que consideramos uma prova fácil”, argumenta.

Segundo o presidente da AMB, além de dizer quantos médicos são necessários no país e como distribuí-los, o governo deve avaliar a formação médica no país. “A AMB tem pautado a qualidade destes profissionais em suas discussões e eventuais confrontos”, defende. E acrescenta que é preciso interiorizar a medicina, oferecendo condições de trabalho e criando a carreira de Estado para os médicos. “São alguns caminhos para a solução desse problema. Oferecer aos médicos, a exemplo de alguns segmentos do Judiciário, a possibilidade de fazer concurso, receber um salário digno e saber que vão trabalhar, inicialmente, em uma cidade pequena, mas que depois podem migrar para uma maior”.

Em relação à chamada internacional para profissionais de Língua Portuguesa e

Espanhola para trabalhar no Brasil, Alecrim atenta que a crise que atinge a Europa pode contribuir com a medida, atraindo médicos bem formados em Portugal e na Espanha. “Esses médicos precisariam de treinamento tanto cultural, quanto em relação aos agravos e às doenças predominante do local de atuação, incluindo o treinamento do Português”, esclarece.

Alecrim ressalta que, nesse caso, a autorização para o trabalho deve ser dada tendo em vista a competência e a capacidade desses profissionais, podendo ser avaliadas pelo seu currículo e pela experiência profissional. “Acredito que o Revalida não serviria para esses profissionais. No meu caso, por exemplo, que sou um professor titular e pesquisador aposentado, para trabalhar na minha área, que é doenças infecciosas, não teria de passar em uma prova para revalidar um diploma, que é mais oportuna para recém-formado. Seria necessária outra forma de avaliação, da competência da capacidade, para receber essa autorização do trabalho”, explica.

### Novos critérios para a abertura de cursos e vagas para o estudo da medicina no Brasil

Com informações da Agência Saúde

Publicada no dia 4 de fevereiro de 2013, a Portaria Normativa n. 2, do Ministério da Educação (MEC), apresenta os novos critérios para a abertura de cursos e ampliação de vagas para medicina no Brasil.

A norma estabelece que deverá ser considerada a necessidade por esses profissionais nos serviços de saúde, assim como a estrutura desses serviços nos municípios, com base em informações levantadas pelo Ministério da Saúde, que será responsável pela atualização anual desses dados. Também será avaliada a proporção de vaga em cursos de medicina por habitante.

**DISTRIBUIÇÃO DE MÉDICOS REGISTRADOS POR 1.000 HABITANTES,  
SEGUNDO UNIDADES DA FEDERAÇÃO BRASIL 2011**

UF BRASIL	MÉDICO CFM*	POPULAÇÃO**	RAZÃO***
Distrito Federal	10.300	2.562.963	4,02
Rio de Janeiro	57.175	15.993.583	3,57
São Paulo	106.536	41.252.160	2,58
Rio G. Sul	24.716	10.695.532	2,31
Espírito Santo	7.410	3.512.672	2,11
Minas Gerais	38.680	19.595.309	1,97
BRASIL	371.788	190.732.694	1,95
Santa Catarina	11.790	6.249.682	1,89
Paraná	18.972	10.439.601	1,82
Goiás	9.898	6.004.045	1,65
Mato G. Sul	3.983	2.449.341	1,63
Pernambuco	13.241	8.796.032	1,51
Rio G. Norte	4.392	3.168.133	1,39
Sergipe	2.804	2.068.031	1,36
Roraima	596	451.227	1,32
Paraíba	4.886	3.766.834	1,30
Tocantins	1.771	1.383.453	1,28
Mato Grosso	3.735	3.033.991	1,23
Bahia	17.014	14.021.432	1,21
Alagoas	3.659	3.120.922	1,17
Rondônia	1.738	1.560.501	1,11
Ceará	9.362	8.448.055	1,11
Amazonas	3.828	3.480.937	1,10
Acre	755	732.793	1,03
Piauí	3.125	3.119.075	1,00
Amapá	643	668.689	0,96
Pará	6.300	7.588.078	0,83
Maranhão	4.486	6.569.683	0,68

Fonte: CFM/IBGE: Pesquisa Demográfica Médica no Brasil, 2011.

\*Médicos registrados no Conselho Federal de Medicina: endereço informado de domicílio ou local de trabalho (CFM,2011);

\*\* População Geral (IBGE,2010);

\*\*\* Razão médico registrado no CFM/Habitante geral (1.000 habitantes).

Para o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, a norma irá orientar a abertura de cursos e vagas em regiões em que mais são necessários e que tenham uma rede de saúde capaz de receber esses novos cursos. Padilha reafirma que a disponibilidade de equipamentos de saúde e programas existentes nos municípios também são critérios importantes para garantir a qualidade da formação dos estudantes.

Segundo o ministro da Educação, Aloizio Mercadante, as escolas de medicina têm de estar associadas à existência de leitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e de prontos-socorros, por exemplo. “Se isso não for possível em região com baixa oferta de médicos, vamos estimular, mas a prioridade é a qualidade do curso que vamos ofertar”, afirma Mercadante.

Entre os outros critérios para a abertura de novos cursos estão a existência de ao menos três programas de residência médica, em especialidades consideradas prioritárias (Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, e Medicina de Família e Comunidade). “Além de atender a necessidade por mais especialistas, estimularemos os médicos a ficarem nas regiões nas quais nós mais precisamos”, destaca o ministro.

Os pedidos de abertura de novos cursos e de ampliação de vagas serão analisados, ainda, com base na infraestrutura das instituições de ensino, a partir de uma avaliação no local. Aquelas contempladas deverão ter o Índice Geral de Cursos (IGC) vigente igual ou maior que 3, Conceito Institucional (CI) igual ou maior que 3 e não poderá ter passado por supervisão institucional ativa ou supervisão instaurada em cursos na área de saúde.



# ENTREVISTA: ROBERTO D'ÁVILA PRESIDENTE DO CFM

**Consensus** Como o CFM avalia a questão da distribuição dos médicos no Brasil?

**D'Ávila** Até outubro de 2011, os conselhos de medicina registravam a existência de 371.788 médicos em atividade no Brasil. O número confirma uma tendência de crescimento exponencial da categoria, que perdura 40 anos. Entre 1970, quando havia 58.994 médicos, e o presente momento, o número de médicos saltou 530%. O percentual é mais de cinco vezes maior que o do crescimento da população, que, em cinco décadas, aumentou 104,8%. Esse aumento expressivo do número de médicos no Brasil resulta de uma conjugação de fatores. Entre eles, estão as crescentes necessidades em saúde, as mudanças no perfil de morbidade e mortalidade, as garantias de direitos sociais, a incorporação de tecnologias médicas e o envelhecimento da população. Também não podem ser ignorados fato-

res como a expansão do sistema de saúde e a oferta de mais postos de trabalho médico, entre outros. A perspectiva atual é de manutenção dessa curva ascendente, enquanto a taxa de crescimento populacional reduz sua velocidade, a abertura de escolas médicas e de vagas em cursos já existentes vive um novo boom. A estimativa é de que cerca de 16.800 novos profissionais desembarcarão anualmente no mercado de trabalho a partir de 2011. No entanto, percebe-se que o aumento consistente do número de médicos no Brasil é permeado por profundas desigualdades, que podem ser agrupadas em duas dimensões principais: a distribuição geográfica, que confirma a tendência de concentração dos médicos nas regiões Sul e Sudeste, nas capitais, na faixa litorânea e nos municípios de maior desenvolvimento. Com isso, vastas áreas no interior do Norte e do Nordeste

e mesmo nas periferias de algumas grandes cidades ficam descobertas, pois inexiste uma política pública que estimule a migração e a fixação de médicos para as zonas de difícil provimento; e a inserção nos setores público e privado da saúde, ou seja, um estudo desenvolvido pelo CFM mostra que os pacientes dos planos de saúde contam com quatro vezes mais médicos à disposição que a população que depende do SUS. Essa distorção grave se dá por conta do baixo investimento público na criação de novos postos de trabalho e no preenchimento dos que estão em aberto.

**Consensus** É possível modificar o cenário atual, em que as regiões remotas e as periferias apresentam carência desses profissionais?

**D'Ávila** Sim, acreditamos que é possível mudar essa realidade a partir da vontade política dos gestores do SUS em todas as suas esferas, especialmente em nível federal. Temos consciência de que essa tomada de decisão implica profunda transformação sobre como devem ser discutidos e encaminhados os problemas relacionados a recursos humanos. Por exemplo, é preciso criar e implementar planos de cargos, carreiras e vencimentos para médicos e outros profissionais da saúde, prevenindo a valorização real desses trabalhadores e a oferta de condições mínimas de trabalho para que eles possam cumprir seu papel de forma adequada. Serão necessários novos investimentos e a adoção de uma mentalidade voltada para o fortalecimento estrutural do SUS. Somente assim poderemos contar com o acesso à saúde da forma a que o brasileiro tem direito. Outras alternativas podem trazer mais problemas que soluções, na medida em

que não se enfrentam esses gargalos da forma adequada. Ultimamente, inclusive, temos ouvido falar na entrada no país de médicos com diplomas obtidos no exterior sem a devida revalidação. Trata-se de medida midiática, mas de altíssimo risco e sem a garantia de resolver de fato as desigualdades de acesso. Acreditamos no bom senso e na seriedade dos gestores do SUS, sem os quais todas as conquistas alcançadas ao longo de 24 anos podem ficar apenas no passado.

**Consensus** Qual o posicionamento do CFM em relação à saúde pública (SUS) como empregadora dessa categoria profissional? Quais são as principais reivindicações dos médicos nesse aspecto?

**D'Ávila** A principal reivindicação dos médicos brasileiros, por meio de suas entidades representativas, é a criação de uma carreira de Estado para a categoria dentro do SUS. Nesse sentido, uma comissão especial criada para discutir o assunto ainda na gestão do ministro José Gomes Temporão considerou o tema pertinente e delineou o perfil do novo modelo de contratação que privilegiaria sobremaneira as zonas de difícil provimento. Um detalhe importante é que o projeto não aborda apenas a contratação de médicos, mas também de enfermeiros e dentistas. Infelizmente, a proposta estagnou no âmbito do Ministério da Saúde, mas acreditamos que é possível recuperá-la e adaptá-la aos tempos atuais. Em síntese, os médicos esperam que seja criada uma carreira na qual o Estado assuma a responsabilidade de oferecer condições de trabalho (infraestrutura física, insumos, equipamentos), equipe multiprofissional, rede de referência e contrarreferência, possi-

bilidade de progressão funcional e de acesso a cursos de educação continuada. Além disso, nesses moldes, a carreira também asseguraria vínculo estável – por meio de concurso – e remuneração compatível com a formação e a dedicação exclusiva. Além dessa proposta específica, não podemos esquecer milhares de outros profissionais, que não seriam diretamente beneficiados por ela, mas que contam com sua valorização por meio de reajustes reais de honorários e medidas que eliminem os vínculos precários de trabalho. Acreditamos que os gestores querem uma saúde melhor para o país, mas, certamente, esse objetivo depende do desenvolvimento de estratégias nas quais os médicos e os outros profissionais da saúde sejam devidamente contemplados.

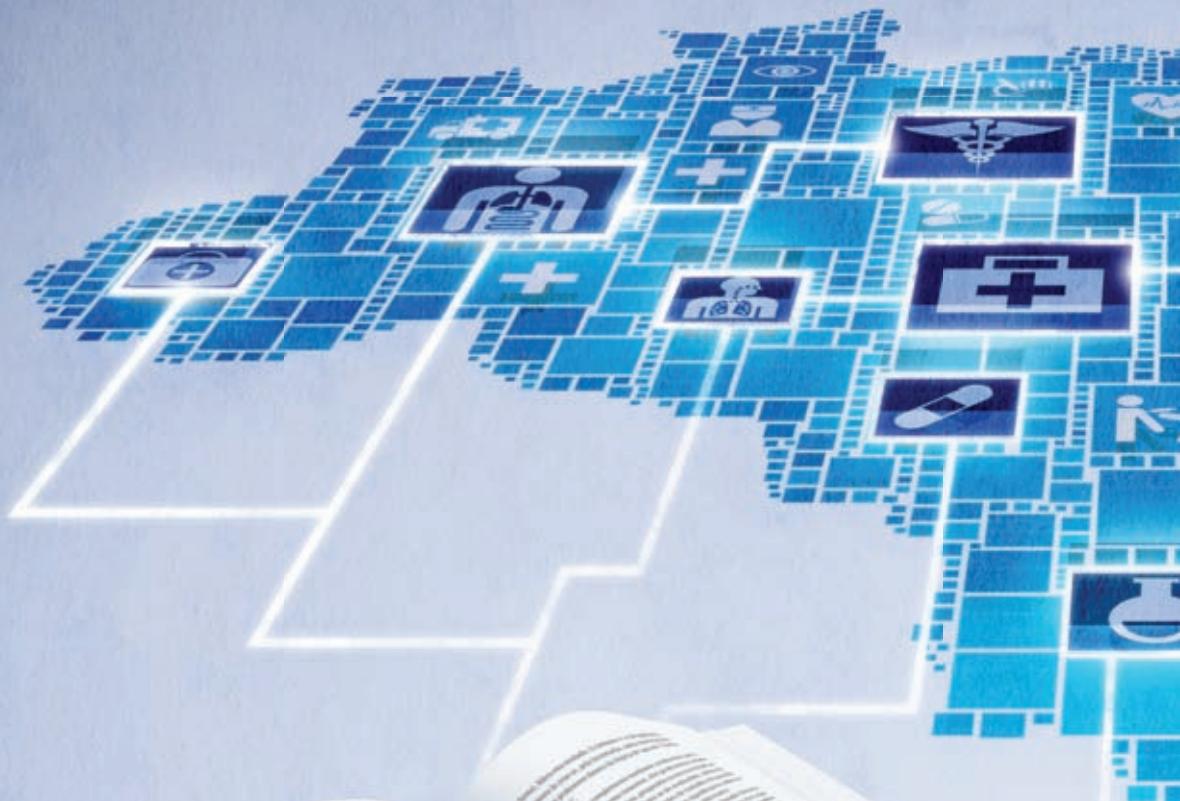
**Consensus** *Como o CFM recebe a proposta do Dr. Adib Jatene pela qual os médicos passem dois anos trabalhando na Estratégia de Saúde da Família como pré-requisito para a especialização/residência médica?*

**D'Ávila** Todas as boas ideias são bem-vindas e devem ser analisadas com carinho e atenção. Nesse caso específico, ainda não recebemos a proposta na forma de um projeto, no qual as precondições e os compromissos dos gestores e dos profissionais sejam devidamente alinhados. No entanto, de forma geral, entendemos que elas se tornam viáveis apenas se há o compromisso do Estado em oferecer as condições mínimas para que sejam materializadas. Como dissemos anteriormente, nossa preocupação é que as medidas sejam tomadas de forma consequente e dentro de uma visão estratégica de encontrar respostas estruturantes para o SUS. Soluções de caráter paliativo podem funcionar dentro de um espaço

de tempo limitado, mas o que realmente ficará para as futuras gerações são aquelas que transcederem essa linha temporária.

**Consensus** *Ainda em relação à Estratégia de Saúde da Família, como o CFM estimula (ou pretende estimular) a atuação dos médicos na saúde pública brasileira?*

**D'Ávila** A alocação de médicos e outros profissionais da saúde nas unidades do Saúde da Família é algo que preocupa o CFM e os gestores do SUS. Nisso somos todos solidários. No entanto, sabemos que a cobertura dos vazios assistenciais depende basicamente de uma forma diferente de entender e fazer a gestão do nosso Sistema. Como representante de mais de 370 mil médicos, procuramos colaborar e contribuir com nossas sugestões e comentários. Também temos dado o apoio político e institucional a iniciativas como a que criou o Programa de Valorização da Atenção Básica (Provab). Nesse caso específico, entendemos nesse projeto uma iniciativa válida de atender a demandas pontuais, mas, infelizmente, a condução do programa ficou a desejar. Reclamações e denúncias chegaram de várias partes: de profissionais e de prefeituras. Isso nos fez alertar o Governo sobre o compromisso assumido e sobre a necessidade de rever o cumprimento das promessas feitas. Enfim, o CFM não pode fechar os olhos a determinadas situações: seria ignorar sua responsabilidade legal. Mas continuamos dispostos a colaborar da melhor forma possível se equívocos de propostas em curso forem corrigidos ou outras novas ideias forem apresentadas, sempre levando em conta o respeito ao médico e a outros profissionais e uma visão de longo prazo para o SUS.



# A TROCA DE EXPERIÊNCIA TRAZ CONHECIMENTO

O Conass Documenta reúne as experiências dos serviços de saúde nos estados e municípios. Os trabalhos apresentados refletem a diversidade das demandas e a complexidade enfrentada pelas organizações de saúde em cada região. E se o conhecimento é resultado de um trabalho ou ação já testados e aplicados, ganha o SUS, ganham as Secretarias Estaduais de Saúde e ganha o cidadão brasileiro.

# *CONASS promoveu seminário internacional para debater a Avaliação Hospitalar*

## **SECRETÁRIOS DE ESTADO MINISTÉRIO DA SAÚDE, DO CO MONTRÉAL, CANADÁ**

LUIZA TINÉ

**A**valiação de saúde tem ocupado lugar de destaque entre as ações de planejamento e gestão. No Sistema Único de Saúde (SUS), a avaliação é uma etapa tão importante quanto a formulação, o planejamento e a execução das ações propostas. Sabendo disso, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) promoveu, no dia 4 de dezembro, em Brasília, o Seminário Internacional sobre Avaliação Hospitalar Internacional no Modelo de Avaliação Global e Integrada do Desempenho dos Sistemas de Saúde EGIPSS (Évaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé).

# *ove seminário para valiação Hospitalar no Modelo EGIPSS*

## **DA SAÚDE, REPRESENTANTES DO NASEMS E DA UNIVERSIDADE DE EAL PARTICIPARAM DO DEBATE**

O seminário faz parte de uma parceria internacional entre a Secretaria de Saúde de Mato Grosso do Sul, o CONASS, o Ministério da Saúde e a Universidade de Montreal, no Canadá, cujo objetivo é mostrar o método EGIPSS, que foi implantado nos hospitais regionais de Mato Grosso do Sul.

O método é baseado em fundamentos teóricos dos professores André-Pierre Constandriopoulos e François Champagne, ambos da Universidade de Montreal, em uma abordagem operacional. O modelo de avaliação usado pela SES/MS foi idealizado como ferramenta que possibilita aos responsáveis orien-

tar sua organização ou o sistema de saúde no sentido da melhoria contínua do seu desempenho. Esse modelo foi qualificado como um construtor multidimensional, que possibilita debater e elaborar uma avaliação sobre as qualidades essenciais e específicas das organizações, levando-se em conta as crenças, os conhecimentos, as responsabilidades, os interesses e os projetos distintos de cada um dos meios.

Na avaliação do presidente do CONASS, Wilson Alecrim, o seminário representou uma busca do entendimento na prática do que é o Modelo de Avaliação Hospitalar pelo

Método EGIPSS. “O seminário poderia ter sido realizado só para apresentação ou para discussão de uma metodologia. No entanto, entendemos que contar com a presença dos professores e mostrar a aplicação do método na prática, nos hospitais de Mato Grosso do Sul, possibilitaria melhor entendimento para possíveis ações futuras.”

Representando o Ministério da Saúde, o secretário de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS), Luiz Odorico Monteiro, afirmou que as parcerias entre países que têm sistemas de saúde universais, assim como Brasil e Canadá, devem se posicionar especialmente sobre governança e desempenho. “Acho que podemos trabalhar na perspectiva dessa forte parceria na questão do desempenho e da governança, já estabelecida com a Escola de Administração Pública do Quebec e com a Universidade de Montreal”, afirmou.

Segundo ele, esse trabalho vai ser extremamente importante para a aplicação nos outros

estados brasileiros e à luz do Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap), da Matriz EGIPSS para avaliação das regiões do contrato.

Para o secretário de Atenção à Saúde (SAS/MS), Helvécio Miranda, é importante tratar a questão hospitalar na implantação das Redes de Atenção. Segundo ele, esse é um grande elemento que as redes perpassam permanentemente. “Esse tema para nós é absolutamente singular do ponto de vista do seu peso e da sua capacidade de atração de investimento e poder político. Se não tivermos todos os cuidados e muita clareza no sentido de tratá-lo como um ponto de atenção complexo, caro e difícil, não teremos as Redes de Atenção à Saúde implantadas da maneira que queremos. Então, esse seminário é, para nós, fundamental”, afirmou.

O secretário ressaltou ainda que o sistema de saúde avançou muito, mas que ainda é preciso debater sobre esse tema e sobre a questão da Regulação como componente fundamental das redes. “Acho que, se não avançarmos nesse sentido, vamos ter pouco proveito em termos de benefícios de uma rede implantada para a população usuária do SUS. É preciso dar melhor destinação possível aos recursos, mesmo sabendo que ainda são insuficientes para o sistema”, finalizou.

Celso Dellagiustina, representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), reforçou o discurso do secretário da SAS/MS. “É inegável que existem hoje dificuldades na gestão hospitalar no SUS. Esses problemas são barreiras que precisam ser transpostas para que a gente possa efetivamente implantar o sistema que queremos em rede de maneira que tenhamos começo, meio e fim, em que a integralidade

Da esquerda para direita:  
André-Pierre Contandriopoulos, Odorico Monteiro, Wilson Alecrim e Celso Dellagiustina



que nós tanto buscamos não seja quebrada pelo caminho”, afirmou.

### Modelo EGIPSS de Avaliação

O professor André-Pierre Contandriopoulos apresentou o método do desempenho e suas possíveis aplicações nos sistemas de saúde, em hospitais e em programas de saúde como sistemas organizados de ação.

Contandriopoulos explicou que as organizações de estruturas físicas, edifícios, instalações técnicas, recursos, estrutura organizacional, leis, regulamentos, regras de funcionamento permitirão às pessoas se comunicarem e compreenderem um ao outro e afirmou que esta mesma estrutura define o espaço em que os atores interagem com os profissionais, os gestores e os administradores. “Essas atividades estão ligadas aos processos que permitem todos os cuidados, e estes cuidados devem ajudar a mudar o que se espera de um problema de saúde. Isso quer dizer: reduzir a prevalência, a duração, a intensidade e as consequências desses problemas.”

Ainda segundo Contandriopoulos, para discutir e aplicar o método do desempenho, é preciso saber se dentro de uma organização as pessoas têm a oportunidade de entendê-lo. “É necessário criar ambientes de trabalho de alta qualidade. Temos de trabalhar com indicadores de consenso de valores entre os indivíduos, entre grupos de consenso estruturado, médicos, gestores, pessoal de enfermagem e outros funcionários que trabalham no hospital. Para isso, vamos trabalhar a percepção que as pessoas têm desse ambiente, o envolvimento dos funcionários e a saúde dos trabalhadores. É preciso fazer um diagnóstico da organização.”

Finalizando, Contandriopoulos falou que o desempenho de uma organização é avaliado por meio da medição do grau de sucesso em cada função e as tensões da dinâmica diária existente.

Na avaliação do professor Champagne, para melhorar o método, é preciso que o sistema proporcione o máximo de informação possível sobre os diferentes aspectos do desempenho. “Para utilizar o método, é necessário ensinar os gestores e os profissionais de saúde a utilizar o sistema de avaliação de desempenho. Assim, com os resultados obtidos, as organizações poderão melhorar os serviços.”

Champagne ressaltou que o método EGIPSS tem sido implantado em diferentes sistemas e organizações de saúde com diferentes níveis de aplicação. “São usados vários níveis estratégicos e operacionais. O nível macro nos estados, o nível médio nas organizações e o nível micro em programas e departamento de necessidades dentro dos hospitais.”

O professor explicou ainda que o objetivo é aplicar diferentes teorias de desempenho para cada público, cada um com seus objetivos para conseguir comportamento dos diferentes setores de acordo com o método do desempenho. “Assim, esperamos que os gestores das organizações mudem seus comportamentos de acordo com as prioridades das autoridades governamentais. Se o fizerem, o serviço irá melhorar com base nesses critérios e também melhorará o desempenho do sistema.”

### Experiência em Mato Grosso do Sul

Coordenada pela secretaria de Estado da

Saúde, Beatriz Dobashi, a experiência do método aplicado nos hospitais foi feita para avaliar de maneiras distintas e por vários pontos o desempenho nos hospitais regionais. "Nós estamos no nosso 6º ano de gestão e celebramos um pacto com 100% dos municípios. Criamos uma agenda estadual que pudesse apoiá-los no cumprimento dos seus compromissos e começamos a pensar durante as avaliações do pacto que era necessário organizar os hospitais em cada território regional e pensar que tipo de papel eles desempenhariam", ressaltou.

Segundo ela, quando o projeto foi pensado, foi preciso levantar algumas questões dentro da gestão e buscar um método que avaliasse de diversas maneiras o desempenho hospitalar, fazendo que a ferramenta permanecesse dentro dos hospitais. "Pensamos assim porque queríamos dar um sentido

coletivo às atividades hospitalares, colocando esses hospitais, que sempre foram muito distanciados, como agentes sociais. Quando a gente pensava em organizar a rede, o hospital estava muito separado dos demais pontos de atenção necessários para constituir a rede. Então, era preciso pensar no sentido coletivo das atividades hospitalares, e pensar que avaliar seria muito importante e que teríamos de divulgar esses dados, por isso realizamos este seminário."

Dobashi falou que a opção pelo Método EGIPSS deu-se porque é um método que articula quatro vertentes: os objetivos, a preservação dos valores, a adaptação ao meio externo e ao meio em que ele se encontra. "Escolhemos esse método pensando que seria possível equilibrar mudanças e negociações que fossem geradas por essa medição", afirmou.

A secretaria falou ainda que o objetivo final da avaliação é a busca da qualidade. "Acreditamos que este é um método aplicável em qualquer território por todos os gestores. Claro que isso não é tão simples em um país como o nosso, que tem dimensões continentais e muitas disparidades socioeconômicas. Para isso, teria de haver uma adaptação para cada território. Porém, a forma de aplicação e o que vão fazer com os resultados dependerão da disposição e da intenção dos objetivos de cada equipe", finalizou. ■



Da esquerda para a direita:  
André Pierre Contandriopoulos,  
François Champagne, Beatriz  
e José Márcio Soares Leite,  
secretário de Saúde adjunto do  
Maranhão

# PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO PARÁ PARTICIPAM DO 1º CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PLANIFICAÇÃO DA APS

TATIANA ROSA, COM INFORMAÇÃO DA SES/PA

**P**riorizar a Atenção Primária à Saúde (APS) no país de maneira que ela ofereça serviços de maior resolutividade e qualidade para os cidadãos tem sido prioridade do CONASS, que tem atuado no debate e proposto estratégias para a sustentabilidade da APS no país.

Entre as várias atividades realizadas com esse fim, destaca-se o processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos estados, realizado pelo CONASS, por meio de oficinas que, ao fim, resultam em um plano de intervenção da APS no âmbito estadual.

Já realizadas em diversos estados, esse processo desdobra-se agora, de forma pioneira, no estado do Pará, com a realização do 1º Curso de Especialização em Planificação da Atenção Primária à Saúde.

Em parceria com o CONASS e com a Universidade Estadual do Pará, o curso, realizado pela SES/PA, é direcionado aos profissionais da Região de Saúde Metropolitana III, cuja

sede é o município de Paragominas. O objetivo é formar gestores de Saúde e organizar a Rede da Atenção Primária naquela região.

O primeiro módulo do curso terá início em fevereiro, mas a aula inaugural, proferida pelo professor Eugênio Vilaça Mendes, aconteceu no dia 26 de outubro, no Centro Cultural de Paragominas. Aproximadamente 180 pessoas, entre profissionais e autoridades da área da saúde, participaram do encontro, entre elas o secretário de Estado da Saúde do Pará, Hélio Franco, a Diretora da Atenção Primária de Saúde, Jane Neves, a assessora do CONASS, Maria José Evangelista, o prefeito municipal de Paragominas, Adenair Demak, o secretário municipal de Saúde de Paragominas, Lúcio Lobato, e o presidente do Conselho Municipal de Saúde de Paragominas, Ricardo Gois.

A especialização terá duração de um ano e capacitará 60 profissionais de nível superior, servidores efetivos das Secretarias de Saúde dos municípios da Região de Saúde Metropolitana III que exerçam atividades vinculadas à Atenção Primária e Vigilância à Saúde.

Em conversa com a Revista Consensus, a diretora do Departamento de Atenção Primária da SES/PA, Jane Neves, explicou que o curso é um compromisso do estado do Pará que, ao iniciar o processo de Planificação da APS, por meio das oficinas do CONASS, percebeu a necessidade de fazê-lo também no nível regional e nos municípios da região. “Com as oficinas do CONASS, nós percebemos que a metodologia usada estimula o interesse dos trabalhadores e isso foi muito motivador, mas nós percebemos que, apesar de esses profissionais terem sido sensibilizados, ainda era necessário proporcionar uma formação, pois eles realmente têm dificuldade naquela região. Foi então que nasceu a ideia do curso de especialização”, explica a diretora.

Neves complementa, ainda, que o fato de a maioria dos usuários do SUS na região

Hélio Franco de  
Macedo Júnior,  
Secretário de  
Saúde do Pará



Jane Neves,  
diretora da  
Atenção  
Primária à  
Saúde da SES/PA



Norte ser de ribeirinhos e indígenas foi fator determinante para a decisão de se realizar o curso de especialização, pois o cuidado com essas populações implica intervenções diferenciadas e compatíveis com a realidade em que vivem, exigindo que o profissional de saúde tenha conhecimentos diferenciados e eficientes.

Questionada sobre a expectativa em relação aos resultados que o curso poderá oferecer, Jane Neves diz-se confiante. “Tenho certeza de que essa especialização nos ajudará a mudar o modelo de Atenção Primária para atender às necessidades da população do nosso estado”, finalizou.

Para o secretário de Estado da Saúde, Hélio Franco, o curso, ao proporcionar a preparação necessária aos profissionais da área, irá possibilitar que a APS funcione de maneira eficaz no estado do Pará. “A Atenção Primária é fundamental para a população. Sem a qualificação não é possível garantir saúde de qualidade. Com atendimento adequado, previne-se uma série de

doenças crônicas que, se não tratadas, poderão futuramente comprometer a qualidade de vida das pessoas. A SES/PA vem trabalhando incansavelmente para o fortalecimento desse setor em todo o estado”, reiterou.

### Especialização

O 1º Curso de Especialização em Planificação da Atenção Primária à Saúde será financiado com recursos da Educação Permanente em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Pará, mas em consenso com a metodologia proposta pelo CONASS.

A assessora técnica do Conselho e gerente do Núcleo de Atenção Primária à Saúde, Maria José Evangelista, explica: “Quando a SES/PA quis transformar as oficinas – com o objetivo que elas propõem – em um curso de especialização, o CONASS abraçou a ideia porque sabemos que isso estimula o profissional que, além de aprender, sairá com um título de especialização. Percebemos que podíamos agregar uma coisa à outra”.

Segundo ela, o CONASS participará diretamente do curso, atuando como facilitador e garantindo a manutenção da metodologia proposta pelo projeto de Planificação da APS nos estados. “Nossa participação é nesse sentido de garantir que os ensinamentos propostos cheguem ao profissional e que eles de fato proporcionem mudanças no quadro da APS naquela região”, finalizou.

O principal objetivo da especialização é realizar ações e estratégias para aprimorar e promover melhorias na APS, por meio da construção das Redes de Atenção à Saúde nos municípios que compõem as regiões do estado e da reorganização do processo de trabalho. Entre os objetivos específicos, destacam-se o fortalecimento e a valorização da APS e a promoção da educação permanente em Saúde, visando à reorganização do processo de trabalho com foco nas equipes interdisciplinares. ■

# *Algumas Reflexões sobre a Saúde Pública nas Eleições Municipais de 2012*

EUGÊNIO VILAÇA MENDES <sup>1</sup>



Analisar a saúde pública nas eleições municipais brasileiras não é uma tarefa singela. Trata-se de um universo polimorfo de quase 6 mil municípios de diferentes regiões, portes, capacidades econômicas e características culturais e sanitárias. Além disso, corre-se o risco de simplificar um complexo fenômeno político, recortado por interesses de poder e econômicos, por diversidades culturais e por arranjos ideológicos, sobrevalorizando a razão técnica em relação à razão política. Não obstante essas dificuldades, algumas considerações mais gerais podem ser feitas para que

<sup>1</sup> Consultor em Saúde Pública

alimentem uma reflexão sobre a questão da saúde pública no processo eleitoral dos municípios brasileiros. Portanto, não se trata de fazer um diagnóstico e buscar soluções, mas de levantar pontos que podem contribuir para estimular discussão sobre o tema.

Primeiro, há de se considerar que o processo eleitoral tem um fim em si mesmo – muito importante em um país que recentemente viveu sob ditadura militar por mais de duas décadas –, que é celebrar e consolidar, pela liturgia do voto livre e igualitário de todos os cidadãos, o Estado democrático. É da essência da democracia que os processos eleitorais se aperfeiçoem ao longo do tempo, o que dá sentido às análises que se fazem sobre esses processos.

O foco das eleições municipais está no processo político local. Nelas expressam-se, predominantemente, as demandas sociais mais próximas do dia a dia dos cidadãos. Certamente, isso leva à importância relativa da saúde, uma vez que o cidadão depende do sistema de atenção à saúde durante toda sua vida; simbolicamente, nasce e morre em serviços de saúde. Diferentemente de outras políticas sociais, as demandas por saúde aumentam e tornam-se mais complexas com o incremento da idade. Além disso, a epidemia de doenças crônicas faz que as pessoas passem a depender de serviços de saúde por longos tempos e, às vezes, por toda a vida, o que exige frequência regular aos serviços de saúde. Essas características singulares do setor saúde, somadas às deficiências que efetivamente existem, fazem que ele se transforme,

nos períodos de eleições municipais, tal como aconteceu mais uma vez nessas eleições, no principal problema da agenda política dos municípios.

Ressalte-se que a discussão municipal da saúde faz-se em um ambiente complexo em que as demandas sociais são sentidas e expressam-se localmente, mas em que a resposta social a essas demandas são, em razão do federalismo sanitário, de responsabilidade solidária da União, dos estados e dos municípios. Para o cidadão comum não é fácil aprender essa realidade.

Tome-se, como exemplo, o financiamento do SUS que é compartilhado entre as três esferas de governo, mesmo para os serviços que se ofertam no âmbito municipal. No período eleitoral, apresentam-se, como respostas às demandas dos eleitores, propostas de governo que têm impactos significativos em gastos municipais de custeio e financiamento. Isso ocorre em contexto de forte subfinanciamento global do SUS em que convivem duas situações polares: em um polo, o baixíssimo gasto federal em saúde; em outro, o sobrefinanciamento municipal em saúde, expresso na superação dos 15% fixados na Lei Complementar n. 141/2012. O gasto público social federal cresceu, entre 1995 a 2010, de 11,24% para 15,54% do Produto Interno Bruto (PIB), com aumentos expressivos em setores como educação, previdência social, emprego e defesa dos trabalhadores, assistência social, habitação e urbanismo, saneamento e cultura, o que é muito positivo. Contudo, a saúde teve queda de 1,79%, em 1995, para 1,68% do

PIB, em 2010, um dos poucos setores sociais federais a diminuir seus gastos nesse período (1). O incremento continuado dos gastos municipais em saúde, além dos limites legais estabelecidos, certamente levará a um desequilíbrio sistêmico das políticas sociais com diminuição relativa de recursos para outros setores que são determinantes sociais da saúde (2), o que, contradictoriamente, pode afetar negativamente a saúde da população. A discussão do subfinanciamento, o problema fundante da saúde pública brasileira, e a compreensão de sua localização federativa foram marginais nas eleições municipais. Mas, sem resolvê-lo, não há como atender às demandas colocadas pelas populações dos municípios porque só a pressão popular pode fazer que os recursos da saúde pública sejam aumentados para garantir um sistema de atenção à saúde como direito de todos e dever do Estado.

Sempre que se coloca a questão do subfinanciamento do SUS vem o argumento dissuasivo de que o problema reside na má gestão. É o que se vê, se lê e se ouve, cotidianamente, na mídia e que leva à criação de um ambiente político e social desfavorável para o SUS, explicitado no bordão clássico do caos da saúde pública no Brasil. Esse ambiente negativo para uma discussão da saúde pública fica mais carregado pela luta política municipal que sempre se dá no entrechoque de legítimos interesses conflitivos. Não há como negar que o SUS tem grandes problemas de gestão que determinam ineficiências técnica, alocativa e de escala, mas a superação dessas ineficiências sistêmicas por melhor gerenciamento

não é viável com o forte constrangimento de recursos que imporia, para sua solução, uma estratégia inviável de dilema de Sofia. A percepção do caos na saúde pública é ampliada pelo clima eleitoral, o que é natural. Mas ainda que haja municípios em que a saúde pública beire o caos, isso não é verdade para muitas cidades que têm problemas, mas que estão muito distantes de uma situação caótica nos serviços públicos de saúde. Durante as eleições, passei por alguns desses municípios que apresentam bons sistemas públicos de saúde, medíveis por resultados sustentáveis, mas o clima que permeia a discussão política é da crise do SUS. Um desses municípios havia organizado bem a atenção primária à saúde e a unidade de pronto-atendimento ambulatorial com mudanças de processos, tinha obtido um dos melhores escores do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) entre as cidades de seu porte e havia reduzido a mortalidade infantil a 7,2 óbitos em menores de 1 ano de idade nos últimos quatro anos, mas ninguém conhecia essa realidade e isso não importava na discussão política. Toda discussão se fez com base em uma crise inexistente e com o foco na construção de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) miraculosa. Pelo menos em parte, isso decorre da baixa prioridade que o SUS dá à organização de políticas de comunicação social que possam contribuir para criar agenda positiva para um sistema de atenção à saúde que tem, além de enormes problemas, méritos indiscutíveis.

As eleições de prefeitos e vereadores se dão em âmbito local, mas as soluções para o

sistema público de saúde já não podem ser obtidas, de forma efetiva, eficiente e de qualidade, em cada município considerado isoladamente. A situação de saúde brasileira de tripla carga de doenças com predomínio relativo forte de condições crônicas exige uma resposta social que se estruture em redes de atenção à saúde (3). A organização do SUS em redes, tal como estabelece o Decreto n. 7.508/2011, deve ser feita nos âmbitos de regiões de saúde e com a cooperação entre municípios de diferentes portes e funções nessas redes. O debate político nas eleições municipais, em geral, fez-se distante dessa concepção de organização de redes regionais e deu-se em perspectiva de um atrasado municipalismo autárquico, o que pode levar a programas de governo que incentivem a ineficiência e a má qualidade dos serviços porque vão se multiplicando serviços descoordenados e de baixa escala que se associam com baixa qualidade (4). Por exemplo, não há como superar os graves problemas da saúde pública nas grandes regiões metropolitanas por meio de um somatório de programas municipais que não se coordenam. O mesmo raciocínio aplica-se a quaisquer regiões de saúde do país.

A discussão da saúde pública no período eleitoral é fixada em demandas sociais captadas por pesquisas qualitativas, fortemente ancoradas em percepções de senso comum, reinterpretadas pelo marketing político e transformadas em programas de governo. As percepções dos cidadãos comuns estão centradas no acesso e suas reivindicações mais comuns, tal como demonstra o Instituto de

Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) em seu sistema de percepção social da saúde (5), são aumentar o número de médicos na atenção primária à saúde, nos centros de especialidades médicas e nos serviços de urgência e emergência com o objetivo de diminuir os tempos de espera e de atendimento. A questão da qualidade dos serviços é um problema menor, bem como a infraestrutura física dos equipamentos de saúde. Deve-se ressaltar que o juízo dos não usuários do SUS é, sempre, mais severo do que o daqueles que utilizam rotineiramente os seus serviços. A releitura do marketing político, em geral, responde a essas demandas com o incremento da estrutura, especialmente com a promessa de construção de novas unidades de saúde e da contratação de mais médicos. Pouco se fala em mudar processos, ou de ampliar o trabalho multiprofissional, e quase nunca se fazem pactos com a população em torno de resultados de melhoria dos níveis de saúde que são o que, ao fim, justifica a existência de um sistema de atenção à saúde e o que, verdadeiramente, interessa à população. Muitas respostas que poderiam ser dadas com mudanças processuais transformam-se em construções de novas unidades em que se prestam serviços nem sempre efetivos, eficientes e de qualidade. Como exemplos, nas eleições municipais deste ano apareceram, com frequência, as promessas de mais UPAs e mais centros de especialidades médicas. Ainda que as UPAs se justifiquem quando integradas como um ponto de atenção em uma rede de urgência e emergência, em muitos casos elas se instituem de forma fragmentada, determinando

uma concorrência predatória com a atenção primária à saúde. Os centros de especialidades médicas tradicionais, centrados na oferta de consultas médicas e de exames complementares e sem a coordenação pela atenção primária à saúde, são respostas sociais caras e sem evidências de sua efetividade em gerar valor para a população (6,7,8).

Essas são algumas reflexões sobre a questão da saúde pública nas últimas eleições municipais. Celebremos essas eleições como momentos de revigoramento da democracia em nosso país, mas não deixemos de analisá-las e de aprender com elas. ■

### Referências bibliográficas:

1. Castro JA, et al. Gasto social federal: prioridade macroeconômica no período 1995-2010. Brasília: IPEA; 2012.
2. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stoclm: Institute for Future Studies; 1991.
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
4. Ferguson B, et al, editores. Concentration and choice in health care. London: Financial Times Healthcare; 1997.
5. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Brasil). Sistema de indicadores de percepção social: saúde. Brasília: IPEA; 2011.
6. Bodenheimer T, et al. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*. 2002; 288:1775-9.
7. The Commonwealth Fund. Reducing care fragmentation. Disponível em: <http://improvingchroniccare.org>
8. Gandhi TK, et al. Communication breakdown in the outpatient referral process. *J. Gen. Intern. Med.* 2000; 15:626-31.
9. Department of Health (United Kingdom). Supporting people with long term conditions: an NHS and social care model to support local innovation and integration. Leeds: COI/Department of Health; 2005.

A Secretaria de Saúde do Mato Grosso do Sul (SES) realizou, em janeiro, a 3º Oficina de Avaliação do Contrato Organizativo da Ação Pública (Coap) cujos objetivos foram apresentar o desempenho da secretaria no quarto trimestre de 2012, avaliar as ações desenvolvidas durante o ano nas áreas que compõem a SES e apresentar os resultados dos indicadores do Coap nas quatro regiões do estado: Campo Grande, Dourados, Corumbá e Três Lagoas. O encontro contou com a participação de representantes da Secretaria de Gestão Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde, do CONASS, do Conasems e das secretarias de saúde da Bahia e do Ceará.

Você sabia? Está em tramitação na Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH), do Senado Federal, o Projeto de Lei n. 405/2012, de autoria do senador Humberto Costa (PT-PE), ex-ministro da Saúde, que institui a doação presumida de órgãos. De acordo com a proposta, todo brasileiro será doador ao falecer, a não ser que tenha manifestado o desejo contrário em seu documento de identidade — por meio do aviso “não doador de órgãos e tecidos”. O Brasil possui o maior programa público de transplantes do mundo — estima-se que 95% dos transplantes realizados no país sejam custeados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar disso, diz ele, “a lista de espera por um órgão ainda é grande”. O projeto deve seguir para a Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ) e, por fim, na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) do Senado. Se aprovado, o texto seguirá para análise na Câmara dos Deputados.

Os assessores técnicos do CONASS — alunos da primeira turma do Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília — apresentaram, em janeiro e fevereiro, as suas dissertações de conclusão do curso. Ao todo, seis assessores tornaram-se mestres. Confira: *A atuação do CONASS na regulamentação da Emenda Constitucional n. 29, no período de 2001 a 2011*, por Jurandi Frutuoso; *Funções Essenciais de Saúde Pública: uma análise da gestão estadual do SUS*, por Rita Cataneli; *Mortalidade por Homicídios em jovens de 10 a 19 anos de Idade e Condições Sociais em Municípios dos Estados do Paraná e Santa Catarina – Brasil, 2001-2010*, por Nereu Mansano; *Avaliação da implantação da rede de atenção às urgências: uma proposta*, por Eliana Dourado; *Discursos proférados na Audiência Pública da Saúde do Supremo Tribunal Federal: uma análise à luz da Teoria dos Sistemas Sociais*, por Alethele Santos, e *O significado de governança para os gestores estaduais do Sistema Único de Saúde*, por Lourdes Lemos Almeida.

O Ministério da Saúde lançou, em fevereiro, o Portal de Saúde do Cidadão. Nele, o usuário poderá acessar as informações sobre o atendimento que recebeu nas unidades públicas e poderá também acrescentar informações importantes relacionadas à sua saúde, como doenças e laudos de exames já realizados. No portal, ficarão registradas informações sobre internações, atendimentos ambulatoriais de alta complexidade e cirurgias — dados de divulgação restrita aos pacientes, que poderão ser liberados a médicos por quem estejam sendo acompanhados. Acesse: <http://portaldocidadao.saude.gov.br>

Mais Curtas podem ser acompanhadas nas Redes Sociais!



Siga  
[twitter.com/CONASSoficial](http://twitter.com/CONASSoficial)



Adicione  
[facebook.com/conassoficial](http://facebook.com/conassoficial)

# consensus

Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

## PRESIDENTE

Wilson Duarte Alecrim (AM)

## VICE-PRESIDENTES E ADJUNTOS

**Região Centro Oeste:** Beatriz Dobashi (MS); **Região Nordeste:** Jorge José Santos Pereira Solla (BA); **Região Norte:** Hélio Franco de Macedo Júnior (PA); **Região Sudeste:** Sérgio Côrtes (RJ); **Região Sul:** Ciro Carlos Emerim Simoni (RS).

## COMISÃO FISCAL

**Titulares:** Lineu Facundes (AP); Waldson Dias de Souza (PB);  
**Suplentes:** Michele Caputo Neto (PR), Raimundo José Arruda Bastos (CE)

## REPRESENTANTES DO CONASS

**na Hemobrás:** Antônio Carlos dos Santos Figueira (PE); **na Anvisa:** Michele Caputo Neto (titular, PR), Viviane Rocha de Luiz (Suplente, assessora técnica do CONASS)

## SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

Antônio Carlos dos S. Figueira (PE); Antonio Faleiros (GO); Antônio Jorge de S. Marques (MG); Beatriz Figueiredo Dobashi (MS); Ciro Carlos Emerim Simoni (RS); Dalmo Claro de Oliveira (SC); Ernani de Paiva Maia (PI); Giovanni Guido Cerri (SP); Hélio Franco de Macedo Júnior (PA); Isaú Gerino Vilela da Silva (RN); Joélia Silva Santos (SE); Jorge José Santos Pereira Solla (BA); Jorge Villas Boas (AL); José Tadeu Marino (ES); Leocádio Vasconcelos Filho (RR); Lineu Facundes (AP); Mauri Rodrigues de Lima (MT); Michele Caputo Neto (PR); Rafael de Aguiar Barbosa (DF); Raimundo José Arruda Bastos (CE); Ricardo Murad (MA); Sérgio Luiz Côrtes (RJ); Suely de Souza Melo da Costa (AC); Vanda Maria Gonçalves Paiva (TO); Waldson Dias de Souza (PB); Willianes Pimentel (RO); Wilson Alecrim (AM).

## SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

O Consensus é uma publicação de distribuição gratuita do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Os artigos assinados são de inteira responsabilidade dos autores.

## CONSELHO EDITORIAL

Adriane Cruz, Fernando Cupertino, Gilson Cantarino, Jurandi Frutuoso, Ricardo F. Scotti, René Santos, Rita Cataneli e Tatiana Rosa

## JORNALISTA RESPONSÁVEL

Adriane Cruz | RP 7672 DF

## PROJETO GRÁFICO

Clarice Lacerda  
Thales Amorim

## DIAGRAMAÇÃO

Bruno Vieira  
Adhoc Comunicação

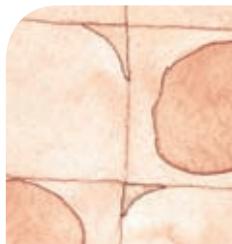
## IMPRESSÃO

Gráfica Positiva

## TIRAGEM

9.000 exemplares

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



CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

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

Ed. Terra Brasilis  
Setor de Autarquias Sul  
Quadra 1, Bloco N, Sala 1404  
CEP: 70070-010 – Brasília-DF

**21**  
QUARTA

combater o  
câncer de mama  
é tarefa para o  
ano todo.

**22**  
QUINTA



**Outubro**

D	S	T	Q	Q	S	S
					1	
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

**Novembro**

D	S	T	Q	Q	S	S
			1	2	3	4
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

**Dezembro**

D	S	T	Q	Q	S	S
			1	2	3	
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

ADRESSES

Uma maneira bem feminina de se cuidar é não esquecer de anotar na sua agenda os seus exames de prevenção do câncer de mama. Não se esqueça, um diagnóstico precoce aumenta as chances de cura. Ter saúde é responsabilidade de cada uma de nós todos os dias do ano.