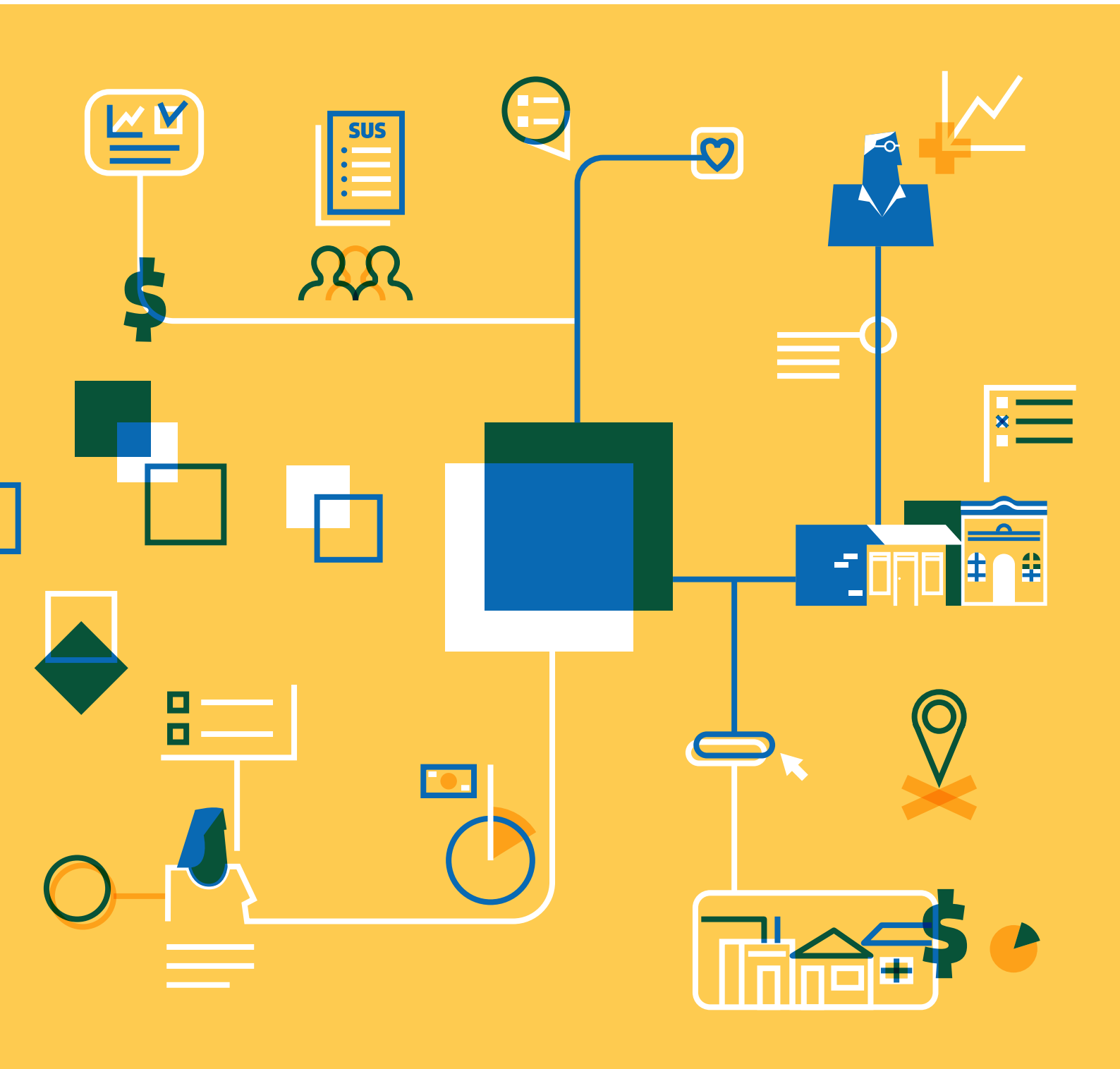


CONASEMS

OUTUBRO-NOVEMBRO-DEZEMBRO DE 2017 | ISSN 1679- 9259 CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE



ESPECIAL | CAIXA-ÚNICO E POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

34^o

**Congresso
Nacional de
Secretarias
Municipais
de Saúde**

**15 a 17
de Agosto
de 2018**

João Pessoa
Paraíba



Editorial

Há dois anos, o CONASEMS propôs uma discussão ampla sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) com o objetivo de adequar suas diretrizes à realidade dos municípios. Era o momento de abrir o debate sobre as diferentes características das equipes que atuam na Atenção Básica, sem desqualificá-las, mas reconhecendo o papel que cada uma pode desempenhar de acordo com contextos específicos. A revisão da PNAB, aprovada no segundo semestre desse ano, não representa a diminuição do reconhecimento sobre a Estratégia Saúde da Família, mas admite a coexistência necessária entre diferentes modelos, que também representam possibilidades de qualificação do cuidado nessa instância de atuação.

O processo de descentralização da saúde tem se dado de forma incompleta. A indução de programas estabelecidos em âmbito nacional impede os gestores municipais de exercer suas funções em consonância com as necessidades de saúde da população. E é isso que a nova PNAB procura romper. Aliás, a centralização do poder federal se estabelece em todos os níveis de atenção porque é regulada pelo modelo de financiamento, que condiciona

a transferência de recursos à adesão de uma série de políticas desenhadas verticalmente. A mudança no modelo de repasse de recursos da União para estados e municípios, com a afirmação do Caixa Único, é outro tema pelo qual o Conasems vem se empenhando para sensibilizar gestores federais e parlamentares, pois enquanto há condicionais para a distribuição do financiamento, há desrespeito à autonomia municipal.

Esses foram, sem dúvida, os maiores desafios assumidos pelo Conasems em 2017. Resultado de um grande esforço de articulação que pode gerar, pela amplitude dos temas, mudanças significativas para a gestão da saúde pública no Brasil e, conseqüentemente, para a atenção à saúde da população. A presente edição da revista do Conasems se dedica, então, inteiramente à abordagem sobre a reformulação da PNAB e a unificação dos blocos de financiamento. Longe de pretender esgotar a discussão, o que se busca é através da comunicação contribuir com o debate, abrindo espaço para diferentes visões, e subsidiar os gestores com informações úteis para a condução de seus trabalhos em âmbito local.

DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente – Mauro Guimarães Junqueira

Vice-Presidente – Wilames Freire Bezerra

Vice-Presidente – Charles Cezar Tocantins de Souza

Diretor Administrativo – Cristiane Martins Pantaleão

Diretor Administrativo - Adjunto - Sílvia Regina Cremoniz Sirena

Diretor Financeiro – Hisham Mohamad Hamida

Diretor Financeiro - Adjunto – Iolete Soares de Arruda

Diretor de Comunicação Social – Diego Espindola de Ávila

Diretor de Comunicação Social-Adjunto – Maria Célia Valladares Vasconcelos

Diretor de Descentralização e Regionalização – Stela dos Santos Souza

Diretor de Descentralização e Regionalização - Adjunto – Soraya Galdino De Araújo Lucena

Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares – Carmino Antônio de Souza

Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares - Adjunto-ErnoHarzheim

Diretoria Extraordinária de Pequeno Porte - Murilo Porto de Andrade

Diretoria Extraordinária de Pequeno Porte - Adjunto – Debora Costa dos Santos

Diretoria Extraordinária das Populações Ribeirinhas – Vânio Rodrigues de Souza

Diretoria Extraordinária das Populações Ribeirinhas - Adjunto – Afonso Emerick Dutra

1º Vice-Presidente Regional - Região Centro Oeste – Sergio perius

2º Vice-Presidente Regional - Região Centro Oeste – André Luiz Dias Mattos

1º Vice-Presidente Regional - Região Nordeste – Normanda da Silva Santiago

2º Vice-Presidente Regional - Região Nordeste – Orlando Jorge Pereira de Andrade Lima

1º Vice-Presidente Regional - Região Norte – Januário Carneiro Neto

2º Vice-Presidente Regional - Região Norte – José da Silva Monteiro

1º Vice-Presidente Regional - Região Sudeste – Luiz Carlos Reblin

2º Vice-Presidente Regional - Região Sudeste – Geovani Ferreira Guimarães

1º Vice-Presidente Regional - Região Sul - Maria Regina de Souza Soar

2º Vice-Presidente Regional-Região Sul - Rubens Griep

Conselho Fiscal - 1º Membro – Otaniel Almeida dos Santos

Conselho Fiscal - 1º Membro / Suplente – Querginaldo Tomáz de Araújo Filho

Conselho Fiscal - 2º Membro – Leopoldina Cipriano Feitosa

Conselho Fiscal - 2º Membro/suplente – Ângela Maria Lira de Jesus Garrote

Conselho Fiscal - 3º Membro – Aparecida Clestiane da Costa Souza

Conselho Fiscal - 3º Membro/Suplente - Maria Angélica Benetasso

Conselho Fiscal - 4º Membro – José Carlos Canciglieri

Conselho Fiscal - 4º Membro / Suplente – Tereza Cristina Abrahão Fernandes

Conselho Fiscal - 5º Membro - João Carlos Strassacapa

Conselho Fiscal - 5º Membro/ Suplente - Sidnei Bellé

Representante no Conselho Nacional de Saúde – 1º Suplente – Arilson da Silva Cardoso

Representante no Conselho Nacional de Saúde – 2º Suplente – José Eri Borges de Medeiros

RELAÇÃO NACIONAL DE COSEMS

COSEMS - AC - Tel: (68) 3212-4123

Edir Clemente Silva Nascimento

COSEMS - AL - Tel: (82) 3326-5859

Izabelle Monteiro Alcântara Pereira

COSEMS - AM - Tel: (92) 3643-6338 / 6300

Januário Carneiro da Cunha Neto

COSEMS - AP - Tel: (96) 3271-1390

José da Silva Monteiro

COSEMS - BA - Tel: (71) 3115-5915 / 3115-5946

Stela Santos Souza

COSEMS - CE - Tel: (85) 3101-5444 / 3219-9099

Josete Malheiros Tavares

COSEMS - ES - Tel: (27) 3026-2287

Andréia Passamani Barbosa Corteletti

COSEMS - GO - Tel: (62) 3201-3412

Gercilene Ferreira

COSEMS - MA - Tel: (98) 3256-1543 / 3236-6985

Domingos Vinicius de Araújo Santos

COSEMS - MG - Tels: (31) 3287-3220 / 5815

Eduardo Luiz da Silva

COSEMS - MS - Tel: (67) 3312-1110 / 1108

Sergio Perius

COSEMS - MT - Tel: (65) 3644-2406

Silvia Regina Cremones Sirena

COSEMS - PA - Tel: (091) 3223-0271 / 3224-2333

Charles César Tocantins de Souza

COSEMS - PB - Tel: (83) 3218-7366

Soraya Galdino de Araújo Lucena

COSEMS - PE - Tel: (81) 3221-5162 / 3181-6256

Orlando Jorge Pereira de Andrade Lima

COSEMS - PI - Tel: (86) 3211-0511

Leopoldina Cipriano Feitosa

COSEMS - PR - Tel: (44) 3330-4417

Cristiane Martins Pantaleão

COSEMS - RJ - Tel: (21) 2240-3763

Maria da Conceição de Souza Rocha

COSEMS - RN - Tel: (84) 3222-8996

Débora Costa dos Santos

COSEMS - RO - Tel: (69) 3216-5371

Afonso Emerick Dutra

COSEMS - RR - Tel: (95) 3623-0817

QuerginaldoTomáz de Araújo Filho

COSEMS - RS - Tel: (51) 3231-3833

Diego Espíndola de Ávila

COSEMS - SC - Tel: (48) 3221-2385 / 3221-2242

Sidnei Belle

COSEMS - SE - Tel: (79) 3214-6277 / 3346-1960

Enock Luiz Ribeiro

COSEMS - SP - Tel: (11) 3066-8259 / 8146

Carmino Antonio de Souza

COSEMS - TO - Tel: (63) 3218-1782

Vânio Rodrigues de Souza

PRODUÇÃO

Edição Geral: Luiz Filipe Barcelos e Giovana Paula

Edição de Imagens: Luiz Filipe Barcelos

Edição de texto: Giovana de Paula

Reportagens: Sílvia Bessa e Helena Martins

Revisão: Giovana de Paula, Luiz Filipe Barcelos, Nilo Brêtas Júnior e Talita Carvalho

Layout e diagramação: Grande Circular



SUMÁRIO

07 ENTREVISTA

12 POLÍTICA NACIONAL
DE ATENÇÃO BÁSICA

33 CAIXA ÚNICO

42 ARTIGOS

48 ENTREVISTA - MAURO JUNQUEIRA

51 SER GESTOR



MICHELE CAPUTO NETO

Entrevista: Giovana de Paula

Fotos: CONASS e SES-PR

A crise política e econômica pela qual o país atravessa tem contribuído para adensar a solidariedade entre os entes federativos. A afirmação é do presidente do Conass e Secretário Estadual de Saúde do Paraná, Michele Caputo, em entrevista à Revista Conasems. Ao avaliar a agenda prioritária do SUS, ele enfatiza o apoio do Conass ao Conasems, diante da proposta de reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). “Afirmo que foi um movimento amplamente consensuado entre as três esferas de gestão, aliás, uma das maiores unanimidades que eu vi na Comissão Intergestores Tripartite (CIT)”, ressalta. Michele Caputo também defende de forma veemente a unificação dos blocos de financiamento da saúde, que segundo ele não deve gerar receios porque nenhum gestor será irresponsável em deletar as políticas estruturantes do Sistema Único de Saúde.

Revista Conasems - Qual a sua trajetória profissional na saúde pública?

Michele Caputo - Sou farmacêutico, formado pela Universidade Estadual de Maringá em 1984. Entrei para o quadro da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná em 1985, passei pela Vigilância Sanitária, Assistência Farmacêutica, fui secretário de saúde do município de Curitiba, chefe de gabinete da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) no governo Itamar Franco e estou secretário estadual da saúde do Paraná desde 2011. Viver as três esferas de gestão enriqueceu bastante minha experiência.

RC - Como um dos entes federativos, qual a responsabilidade do estado na condução das políticas de saúde?

MC - O estado é o responsável maior pela coordenação da gestão da saúde no seu território. No Paraná, temos feito isso com base numa política mu-

nicipalista, fortalecendo a participação dos gestores municipais, do controle social, respeitando o prestador, seja privado ou filantrópico, ouvindo sempre o saber acumulado na academia e os demais parceiros. O respeito ao município e ao cidadão que ali habita é a marca forte do nosso governo, lastreado no tripé investimento, custeio e educação permanente, que também é extremamente importante.

RC - O país vem atravessando um momento de instabilidade política e econômica. Quais as consequências desse contexto para o SUS?

MC - Em tempos de crise é sempre muito difícil administrar a pasta da saúde, até porque é nela que deságuam os problemas sociais. Por exemplo, a crise econômica está fazendo com que as pessoas percam seus planos de saúde e retornem para o SUS. De julho de 2014 até agora, por demissões nos empregos,



Além do subfinanciamento, principalmente por parte da esfera federal, alguns municípios têm dificuldades técnicas para executar suas ações, o que nos leva a pensar em como fortalecê-los.

mais de 3 milhões de pessoas perderam seus planos de saúde, aumentando ainda mais a população atendida no SUS. Temos procurado fazer mais e melhor com os mesmos recursos, adensar a solidariedade entre os entes. Não é de hoje que a crise está aí, vem se agravando há pelo menos 4 anos. No entanto, o que a gente percebe é que mesmo com essa crise tivemos uma aproximação maior com o Conasems e com o próprio Ministério da Saúde. O Paraná, por exemplo, sofreu muito com a falta de atenção do governo federal ao consórcio dos municípios e por questões de conjuntura interna. Que ainda falta dinheiro é indiscutível. Por outro lado, a crise acelerou nossa capacidade de resposta e temos enfrentado isso mais rápido do que os demais estados porque o nosso ajuste fiscal, que estabilizou nossa economia, foi feito antes que a crise nacional se agravasse. Não vivemos no paraíso, obviamente, mas conseguimos manter programas estratégicos como o HospSUS, o Mãe Paranaense, o ApSUS, o Transporte Aéreo e etc, mantendo intacta a nossa credibilidade com os parceiros e com fornecedores e prestadores. Agora, com certeza, precisamos de mais apoio do governo federal porque temos dificuldade de financiar certas ações. Por exemplo, estamos tendo de repor as ambulâncias do Samu, que é uma obrigação do governo federal. Estamos fazendo parceria com algumas UPAs, que são programas federais. Assumimos o financiamento de UTIs e outros procedimentos, que são habilitações e credenciamentos da esfera federal. Mas fazemos isso para não deixar serviços essenciais defasados, principalmente na área de urgência e emergência, porque o povo não quer saber se aquele serviço é do estado, do município ou da união. As pessoas querem que esses serviços salvem vidas, que estejam viáveis e operantes quando deles necessitarem.

RC - Qual o papel do Conass na reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)? O que a nova política pode representar na qualidade da atenção à saúde?

MC - O Conass foi extremamente solidário ao Conasems quando este propôs a adequação da PNAB. Afirmando que foi um movimento amplamente consensuado entre as três esferas de gestão, aliás, uma das maiores unanimidades que eu vi na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Cabe ressaltar que não foram tantas mudanças. Preservamos a maioria do texto da política já existente, foi feita uma consulta pública e respeitado o seu resultado. As alterações vieram no sentido de garantir o financiamento para os municípios que pagam maior parte da conta da Atenção Primária e que muitas vezes não conseguem receber a contrapartida federal necessária por não terem 100% de Estratégia Saúde da Família, embora tenham equipes tradicionais. As alterações vão potencializar as ações dos Agentes Comunitários de Saúde com formação técnica e dar-lhes um novo papel, desde que autorizado pelo respectivo conselho. Foi no sentido de utilizar um profissional de saúde em algo que pudesse impactar de forma mais importante o sistema, guardando o respeito às questões relacionadas à enfermagem, entidade pela qual temos profundo apreço. Com relação às outras alterações, como o número de profissionais, a carga horária médica, buscamos criar uma condição de retorno financeiro para os municípios em áreas de dificuldade, que justifique toda essa situação. Além do subfinanciamento, principalmente por parte da esfera federal, alguns municípios têm dificuldades técnicas para executar suas ações, o que nos leva a pensar em como fortalecê-los. Então, dessa forma o Conass é extremamente solidário e apoia o entendimento das pessoas em relação às mudanças.



RC - O SUS tem vivido um problema histórico de desfinanciamento, que tende a se acentuar como reflexo da Emenda Constitucional n. 95, que estabelece o congelamento dos gastos públicos por 20 anos. Qual a proposta defendida pelo Conass para o financiamento da saúde?

MC - É fato que a esfera federal é o ente que desfinancia o sistema de saúde durante todos esses anos. Ela já chegou a responder a 70% do gasto público em saúde e agora está em torno de 42 ou 43%. Com isso, se vê claramente que responsabilidades foram repassadas aos estados e aos municípios, que ampliaram na média seus recursos em saúde. Os municípios vêm colocando há muito tempo muito mais do que os 15% preconizados. Então, apesar de trabalharmos utilizando de forma mais eficiente e eficaz nossos recursos, é claro o subfinanciamento por parte do gover-

no federal, que precisa financiar a saúde adequadamente. Em relação à Emenda n. 95, esperamos um momento político propício para cobrar do parlamento nacional a reversão dessa situação, pois não há como manter esse congelamento por tanto tempo, sobretudo na saúde, cuja inflação é maior do que a da média nacional. As pessoas vivem mais e isso tem de ser levado em conta. Com a população envelhecendo, os gastos em saúde vão aumentando e qualquer leigo sabe disso. Sem contar que há de forma continuada uma agregação de novas tecnologias que, por serem frequentes, incrementam ainda mais os gastos. Eu espero que a gente consiga um momento político para reverter os malefícios dessa EC n. 95.

RC - Na pauta da política de saúde, a preocupação com a eficiência da gestão está em evidência. O que deve ser priorizado na estruturação

de uma agenda de eficiência para o SUS, levando em consideração a dificuldade de financiamento?

MC - No Conass, temos como prioridade a boa gestão. Estamos trabalhando experiências exitosas, fazendo encontros regionais onde os estados relatam suas experiências, daí criamos um banco de ideias onde todos podem consultar e adequar para por em prática nos seus estados. Há alguns dias, Espírito Santo e Pará estiveram aqui no Paraná verificando essas experiências exitosas de compra de medicamentos básicos que é o Consórcio Paraná Saúde. Assim acontece com o ConectaSUS de Goiás, o TeleSaúde do Rio Grande do Sul, dentre outros. Temos muita coisa boa acontecendo em toda parte do país. Já tivemos encontro na Amazônia Legal, em Palmas e também no Nordeste, em Recife, e em breve faremos o encontro Sul e Sudeste, em

Vitória. Temos, por prática, iniciado as Assembleias do Conass com a apresentação de experiências exitosas dos estados. O que não podemos é confundir as duas coisas: não há uma dicotomia entre financiamento e gestão. Reconhecemos o subfinanciamento da saúde, mas afirmo que é possível fazer mais e melhor com o mesmo recurso, portanto é preciso melhorar a gestão. O que temos feito no Conass é colocar toda energia numa agenda de eficiência voltada para o fortalecimento da Atenção Primária como estruturante das Redes de Atenção à Saúde, integrando-a com a Atenção Especializada e a Atenção Hospitalar, além de todo apoio à reestruturação administrativa das Secretarias Estaduais de Saúde, por meio do 'Programa de Reestruturação Gerencial das SES'. Tudo respeitando o planejamento ascendente, a necessidade de conformação e fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, de olho na tríplice carga de doenças, e lembrando que promoção e prevenção são condições sine qua non para a eficiência da gestão.

RC - Está em implementação um novo modelo de repasse de recursos da união para estados e municípios, que põe fim aos blocos e estabelece duas formas de repasse para custeio e investimento. Qual o argumento central proposto pelo Conass para essa proposta?

MC - Pior do que não ter dinheiro é tê-lo e não poder gastar por questões burocráticas. A ideia que é amplamente consensual entre Ministério da Saúde, Conass e Conasems é que você possa ter basicamente repasses em custeio e capital, dando liberdade e agilidade na execução das políticas de acordo com o que está posto no Plano de Saúde e sua prestação de contas no Relatório de Gestão guarde estreita observância com o que foi programado. Mas há os que têm a preocupação de que o gestor vá investir mais na Média e Alta Complexidade, em detrimento da Atenção Básica. No entanto, por lei, temos que ter um Plano de Saúde onde diretrizes, objetivos e metas são postos, e por tais somos cobrados pelo Controle Social e órgãos de controle. Nenhum gestor será

irresponsável em deletar as políticas estruturantes do Sistema Único de Saúde. O que queremos é desburocratizar o processo administrativo e dar agilidade à gestão. Essa forma de repasse impedirá situações como a que ocorreu no ano passado, onde faltava dinheiro inclusive para pagar o teto da Média e Alta Complexidade (MAC) e em contrapartida havia quase R\$5 bilhões em outras contas. Repito: é preciso buscar mais financiamento, mas é preciso melhorar a gestão sobre o recurso disponível para dar respostas mais rápidas ao nosso povo nas suas necessidades.

RC - De que forma o estado tem exercido o papel de articulador das redes de atenção à saúde e qual a sua atuação no fortalecimento da regionalização?

MC - Posso dizer com muita firmeza que a política estadual de saúde do Paraná se baseia nas Redes de Atenção à Saúde. Nós criamos o APSUS e a Rede de Atenção Primária, o HospiSUS na gestão hospitalar, o Mãe Paranaense na área materno infantil, o Paraná Urgência e após isso criamos a Rede de Atenção à

É preciso buscar mais financiamento, mas é preciso melhorar a gestão sobre o recurso disponível para dar respostas mais rápidas ao nosso povo nas suas necessidades.

Saúde Bucal, a Rede do Idoso e a Rede da Pessoa com Deficiência e Necessidades. Então, trabalhamos e investimos nossas ações estratégicas e consolidamos essas redes. Agora estamos na vanguarda do Brasil no monitoramento das doenças crônicas, um trabalho que estamos fazendo com os consórcios e que tem a supervisão de uma equipe comandada pelo pioneiro da discussão das redes no Brasil, que é o professor Eugênio Vilaça. Temos esse respeito e essa busca por aqueles da academia que analisam os cenários dos principais e melhores sistemas de saúde no mundo e trazem para a realidade brasileira em cima do nosso perfil epidemiológico. Acho que trabalhar a estratégia das Redes de Atenção à Saúde é um processo irreversível.

RC - Ao longo dos anos, os municípios vêm ampliando suas responsabilidades na gestão do SUS. Como o senhor avalia o papel do ente municipal e qual o aporte do estado no desenho interfederativo?

MC - A nossa política é municipalista, o nosso governador é municipalista.

Fomos pioneiros no Brasil com relação aos estados com o fundo a fundo desde 2012. Nós criamos uma forma de desburocratizar esse repasse, de criar condições para que os municípios em situações mais difíceis passassem a ter com o fundo a fundo respostas mais rápidas de financiamento que possam estruturar aquela que é a base de toda linha de cuidado, de todo sistema que é a Atenção Primária lá na base do sistema de saúde. Claro que temos de fortalecer as relações interfederativas. Nós temos estado muito próximos com organizações diferentes, com capacidade instalada diferente, com sistemas muito mais complexos que podem ajudar. Essa linha imaginária que divide um estado do outro não pode ser empecilho para que a gente possa organizar regiões de saúde interestaduais, ou seja, não é só dentro do estado que se tem regiões de saúde. Aqui no Paraná trabalhamos com quatro macro regiões, com 22 regiões de saúde e nós temos municípios em parceria com municípios de Santa Catarina, por exemplo. Temos situações

que extrapolam as regras postas, como por exemplo, na tríplice fronteira onde tem Paraguai, Argentina e Foz do Iguaçu, regiões com problemas semelhantes como dengue, violência etc. e que não terão os problemas resolvidos se forem trabalhados apenas no território brasileiro. A definição de território, como vês, não pode ser rígida. A regionalização é muito importante e necessária para o fortalecimento desses pactos interfederativos. Os municípios, por si só, não são capazes de oferecer todas as respostas. A integralidade só é possível nas regiões de saúde e é para lá que temos de avançar. Para isso é necessário compreensão, solidariedade e governança fortalecida.

RC - Quais as propostas do Conass para responder aos desafios da judicialização?

MC - A judicialização é um dos principais nós críticos da saúde no Brasil e afeta em grande escala os estados, e em menor escala os municípios e a União. No Paraná, a previsão de gastos é de R\$900 milhões com medicamentos

A regionalização é muito importante e necessária para o fortalecimento desses pactos interfederativos. Os municípios, por si só, não são capazes de oferecer todas as respostas. A integralidade só é possível nas regiões de saúde e é para lá que temos de avançar.



que são das atribuições regulares e R\$200 milhões com medicamentos judicializados, como exemplo. Encontros com operadores do direito, justiça federal, estadual, ministério público, promotoria, defensoria pública, para falar sobre o tema, é uma constante. Tudo isso atenua o problema, mas estamos longe da solução. O Conselho Nacional de Justiça tem discutido o tema com muita responsabilidade. Reconhecemos os direitos das pessoas e o que chamamos de 'boa judicialização' faz parte do Estado Democrático de Direito; agora, o que nos preocupa é a segurança do paciente vítima das fraudes montadas numa associação criminosa entre laboratórios, médicos, advogados, dentre outros. No Conass, temos incrementado a discussão nessa área através da Câmara Técnica de Direito Sanitário, que reúne especialistas no assunto e que tem discutido com frequência

e realizado trocas de experiências entre as secretarias, podendo citar como exemplo o compartilhamento de software Scodes, da SES São Paulo, recentemente internalizado pelo Ministério da Saúde. A Câmara Técnica também incrementará a produção científica no tema do Direito Sanitário.

RC - O Conass é um parceiro importante do Conasems na condução das políticas de saúde. Como tem se dado essa parceria e qual a importância do Conasems no desenho institucional do SUS?

MC - Eu sou um parceiro. Fui secretário municipal e o que eu cobrava sempre era não ser preterido pelo gestor estadual. Como gestor estadual levo muito isso em consideração. Eu confio muito no Conasems, que tem um presidente excepcional, um corpo técnico consistente, diretores comprometidos que conseguem, com muito trabalho e competência, representar mais de cin-

co mil municípios. É importante que os secretários estaduais entendam a necessidade de fortalecer essa parceria com os municípios, colocando recurso estadual para fortalecê-los, uma vez que nós não dividimos as coisas em o que é de estado e o que é de município. É claro que temos atribuições distintas dentro do Pacto Federativo, mas nós investimos muito em atenção básica por que se ela for forte e resolutiva é capaz de organizar e ordenar todas as outras redes de atenção. O Conass tem uma ótima relação com o Conasems. É claro que divergimos em algumas situações, mas isso nunca prejudicou o andamento da política nacional de saúde. Como representantes, temos que pensar no bem comum das ações da saúde do nosso povo. Então, tenho pelo Conasems respeito absoluto, por ser a entidade que representa os secretários municipais, e, sobretudo, por ter uma representação muito qualificada e digna.



Política Nacional de Atenção Básica expressará realidades locais

Formas de organização de equipes que atuam na Atenção Básica, direcionamento de recursos e atribuições profissionais sofreram alterações. As mudanças devem proporcionar aos gestores a adequação da política à necessidade da população adstrita.

Reportagem – Helena Martins

Porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Básica agora é organizada por novas regras. No dia 21 de setembro deste ano, foi publicada a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.436, que estabelece a revisão de diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no âmbito do SUS. Entre as principais mudanças, a possibilidade de organização, por parte dos gestores municipais, de equipes de profissionais de saúde diferentes das equipes de Saúde da Família, com garantia de recursos federais, bem como a ampliação de atribuições de agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias e enfermeiros.

O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) participou ativamente da revisão, que foi aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no fim de agosto. No âmbito do Conselho, esse processo foi coordenado pelo Grupo Técnico da Atenção Básica (GTAB), instituído com o objetivo de apontar contribuições para a atualização. As medidas foram formuladas coletivamente, em fóruns promovidos por meio da parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Por fim, também passaram por consulta pública. A partir da Internet, foram coletadas mais de seis mil contribuições. Do total, 60% foram enviadas por trabalhadores do setor, segundo balanço do Ministério da Saúde.

O ponto central da nova PNAB é o reconhecimento de outras formas de arranjos de organização da Atenção Básica nos territórios, além da Estratégia Saúde da Família. Assim, os gestores poderão compor as equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de acordo com a realidade e necessidade do município, contando com financiamento do governo federal. Seguindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, será reconhecida a conformação de cinco diferentes tipos de estratégias: Equipe de Saúde da Família (eSF); Equipe da Atenção Básica (eAB); Equipe de Saúde Bucal (eSB); Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS).

Até então, a Estratégia Saúde da Família era a única com co-financiamento no SUS. As novas composições deverão ter caráter transitório, pois o objetivo não é a substituição da Estratégia Saúde da Família. Para evitar distorções, as eAB não poderão custar mais que uma equipe de Saúde da Família. Atualmente, cada eSF custa ao governo federal entre R\$ 7,1 mil e R\$ 10,6 mil. “Eu acredito que a nova PNAB impacta positivamente a Atenção Básica na medida em que ela amplia as possibilidades de atuação. Hoje, ou você se adequa ao modelo da Estratégia Saúde da Família ou você não tem modelo nenhum da AB reconhecido”, explica a presidente do Colegiado de Secretarias Municipais de Saúde do Espírito Santo (COSEMS-ES), Andreia Passamani, que participou do GTAB.

Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Michele Caputo Neto aponta que a aprovação das medidas postas pela nova política foi unânime entre os gestores. “A política reforça o financiamento, que hoje já é garantido pelos municípios, por conta da existência de equipes que, pela relação de tamanho e composição, não recebiam remuneração [federal]. Assim, a política vem atender os municípios do Brasil que são, na essência, quem está pagando, de forma indiscutível, a maior conta da saúde”, afirma.

O Ministério da Saúde encampa a defesa da nova política, pois avalia que o conjunto de novas regras respeita e valoriza as diversas estratégias já efetivadas nos municípios, ao passo que mantém a premissa da Estratégia Saúde da Família como modelo prioritário de atendimento. O órgão avalia que essa combinação levará à ampliação do número de atendimentos, do acesso a serviços e da resolutividade do atendimento assistencial. Isto porque ela acarretará em maior capacitação de agentes comunitários, que serão formados para desenvolver novas habilidades de cuidado, como aferir a pressão arterial e a glicemia da população adstrita, e melhoras na coordenação das atividades.

Alguns pontos da nova portaria, como a definição do valor das equipes e mesmo o exercício de algumas dessas atribuições, estão sendo discutidos pela Comissão Intergestores Tripartite. Com essas definições, será publicada a portaria de credenciamento das novas equipes no Diário Oficial da União (DOU), e então a gestão municipal terá como cadastrá-las no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde em período a ser cumprido, sob pena de suspensão de repasses financeiros. Ainda não há data prevista para essa publicação, pois ela

depende de definições de financiamento que seguem em discussão.

Os gestores também definirão o número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) necessárias para resolver as demandas de saúde da população, a partir da análise do território. O presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Amazonas (Cosems-AM), Januário Neto, avalia que “o grande problema é que a Política de Atenção Básica era muito uniforme”. No caso das unidades, afirma que “o que é fundamental não é o número de pessoas, pois nós queremos cobertura de territórios”.

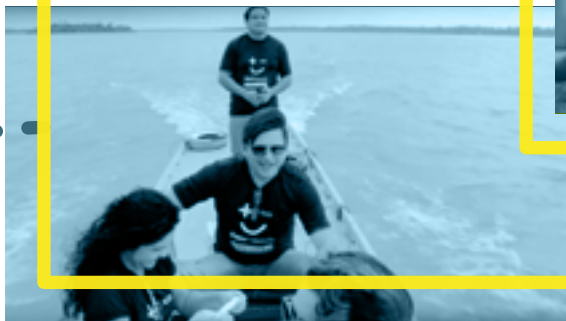
“Digamos que você é um gestor e está atendendo o centro de São Paulo ou de qualquer grande centro urbano. Digamos que nessa área exista um condomínio com quatro prédios de vinte andares cada. Olha um território de um prédio, a quantidade de pessoas que residem nele e o que ele demanda. Agora compara com a situação de um território muito extenso, mas com baixa densidade populacional. É preciso ter flexibilidade para definir a melhor forma de garantir acesso à saúde”, defende.

A partir de proposta formulada pelo Conasems, a nova PNAB recomenda a inclusão de um Gerente de Atenção Básica nas Unidades Básicas de Saúde. Este profissional contribuirá para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho. A inserção dele ficará a cargo da gestão municipal, que poderá tomar essa decisão a partir da análise das necessidades de cobertura do território. Tudo isso fortalece a perspectiva do planejamento ascendente do sistema, pois, em vez de diretrizes padronizadas, ganha espaço a formulação de planos que expressem demandas locais os quais deverão ser formulados com participação social, como é de praxe no âmbito do SUS, destaca Andreia Passamani.

“A política reforça o financiamento, que hoje já é garantido pelos municípios, por conta da existência de equipes que, pela relação de tamanho e composição não recebiam remuneração federal.”

Michele Caputo, presidente do Conass





2º Eixo Central da PNAB – ampliação da oferta de serviços

Com a nova política, mais serviços devem passar a ser ofertados. Além das unidades terem a obrigação de oferecer um conjunto de serviços essenciais à população em todo o país, a PNAB prevê o estabelecimento de uma relação de serviços ampliados com resolutividade, considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica. E nesse sentido ser capaz de elaborar, acompanhar e gerir os projetos terapêuticos, bem como organizar e acompanhar os fluxos dos usuários pelo sistema, reconhecendo adequadamente problemas de todos os tipos, sejam eles de ordem funcional, orgânica ou social, responsabilizando-se de forma ampla pelas necessidades de saúde das pessoas e coletivos do território e pelo percurso nos demais pontos de atenção.

Este é o segundo eixo central da nova PNAB, que moderniza a Atenção Básica, na opinião de Januário Neto. Secretário municipal de Saúde, ele avalia que a política anterior tratava a Atenção Básica como algo simplista, pois procedimentos complexos sensíveis a ela, como a solicitação de exames de ultrassom, não eram previstos e, portanto, não podiam ser faturados. “Ou seja, você tinha que garantir esses exames para a questão longitudinal, mas os municípios não eram pagos para garanti-los. O ônus todo ficava com as prefeituras”, critica.

Manuais definirão o rol de serviços atrelados a cada linha de cuidado. A elaboração deles deverá ser feita em parceria com a população e as diversas instituições atuantes em cada território. “Nós pre-

tendemos gerar uma mudança, mas ela só poderá ser efetivada com o envolvimento de todas as áreas. Cada avanço, de acordo com cada linha de cuidado, vai ser amplamente discutido”, aponta Januário. A relação de serviços ofertados pela UBS deverá estar disponível aos usuários de forma clara, concisa e de fácil visualização, conforme padronização pactuada nas instâncias gestoras, com todos os equipamentos e insumos necessários garantidos para o desenvolvimento da relação de serviços da AB.

Gerente do Núcleo de Atenção Primária à Saúde do Conass, Maria José Evangelista defende que, “na Atenção Básica, deve haver um elenco de serviços essenciais que têm que ser oferecidos em qualquer unidade do país. Agora, há outro tipo de serviço que não é demandado em qualquer lugar. Por exemplo, na região Norte existem alguns tipos de problemas que não são comuns na região Sul, por isso a divisão entre essenciais e estratégicos”.

Ela conta que hoje há UBS que trabalha com uma agenda restritiva, viabilizando acesso a determinados serviços apenas em momentos específicos, ao passo que há equipes que funcionam sob demanda, sem a preocupação de estabelecer vínculos, planejar e desenvolver atividades diversas. Além de aumentar a oferta, essa definição garantirá mais transparência. “Essa relação é para garantir que de fato tudo o que a AP tenha condição de oferecer esteja disponível para a população na unidade básica,” acrescenta.

Dada a importância da Atenção Básica para a população e para a arquitetura do SUS, as mudanças

também suscitaram questionamentos e críticas. Algumas entidades apontam que a nova PNAB poderá romper a centralidade da Saúde da Família como estratégia prioritária, comprometendo o modelo atual de Atenção Básica que, apesar de suas dificuldades, é avaliado positivamente.

Parecer técnico da Abrasco apresentado à consulta pública criticou, nesse sentido, a possibilidade de financiamento específico para outros modelos na Atenção Básica que não contemplem a composição de equipes multiprofissionais. Em nota conjunta, Abrasco, Cebes e ENSP/Fiocruz afirmaram que, “embora a minuta da PNAB afirme a Saúde da Família estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica, o texto na prática rompe com sua centralidade na organização do SUS, instituindo financiamento específico para quaisquer outros modelos na Atenção Básica (para além daquelas populações específicas já definidas na atual PNAB como ribeirinhas, população de rua) que não contemplam a composição de equipes multiprofissionais com a presença de agentes comunitários de saúde”.

O temor também deriva do contexto político e econômico. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) avalia que a restrição financeira imposta pela Emenda Constitucional (EC) 95, que determinou a redução progressiva do financiamento de políticas sociais pelos próximos vinte anos, poderá fazer com que os gestores optem pela formalização de equipes menos complexas ou mesmo diminuam os aportes para toda a Atenção Básica. Antes da aprovação das mudanças, o Conselho Nacional de Saúde expediu recomendação em defesa da ampliação e da qualificação do debate sobre a revisão da PNAB. No mesmo sentido, Abrasco, Cebes e ESPN/Fiocruz manifestaram preocupação com a finalização das discussões em um “momento de severa restrição de financiamento das políticas públicas, de grande fragilidade institucional e de continuadas ameaças ao SUS universal, integral, democrático e de qualidade”.

Apesar das críticas, a experiência do GTAB e as discussões promovidas sobre a política em todo o País fazem com que a avaliação da iniciativa seja positiva. “Foi uma construção muito coletiva. Passamos dois anos fazendo a revisão de uma política de saúde pública de forma aberta, coisa que nunca aconteceu. Outras políticas e mesmo a PNAB de 2011, que a gente vinha operacionalizando nos municípios, não tiveram participação nenhuma. Em fóruns diversos, as

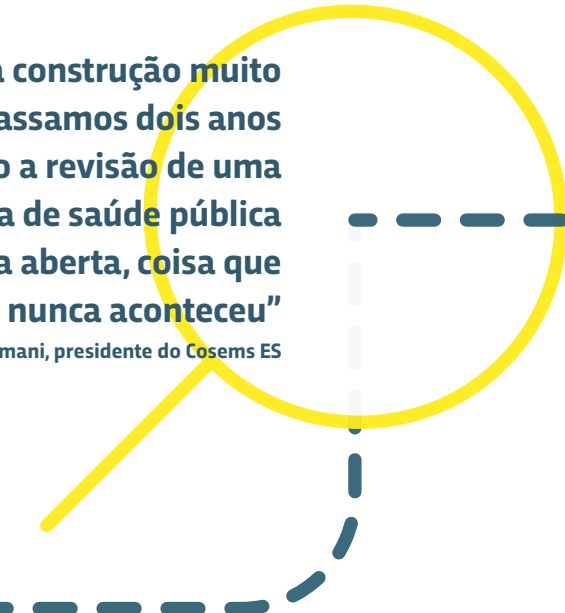
mudanças foram discutidas em todas as regiões do Brasil”, aponta Andreia Passamani.

Como resultado desse processo, “trouxemos a diversidade do Brasil para dentro da política. Eu, que sempre fui gestora no Sudeste e que há muito tempo integro o Conasems, ouvia colegas falando das dificuldades de aplicar algumas das linhas do SUS mais engessadas. Nós vimos isso in loco”, defende.

Maria José Evangelista concorda. “Nosso norte é a Saúde da Família, porque comprovadamente é muito superior ao [modelo] tradicional, mas nós temos um percentual alto de cobertura que é tradicional e que não vai deixar de ser, por isso é preciso ser organizado. Logicamente, o tratamento do ponto de vista financeiro não deve ser o mesmo, mas devemos olhar para essas outras equipes de Atenção Primária para que elas também tenham condições de desenvolver bem o seu trabalho”, opina.

O presidente do Conass reitera que foi preservada toda a essência da Política Nacional. “As alterações levam muito em consideração a necessidade de fazer justiça, principalmente na questão do financiamento, porque os municípios já têm gastos por conta de normativas e regras. São mudanças que levam em conta a realidade brasileira, principalmente dos pequenos municípios e daqueles com maiores dificuldades”, diz Michele Caputo Neto.

As discordâncias se expressam no Legislativo. Em meados de outubro, o senador Cássio Cunha



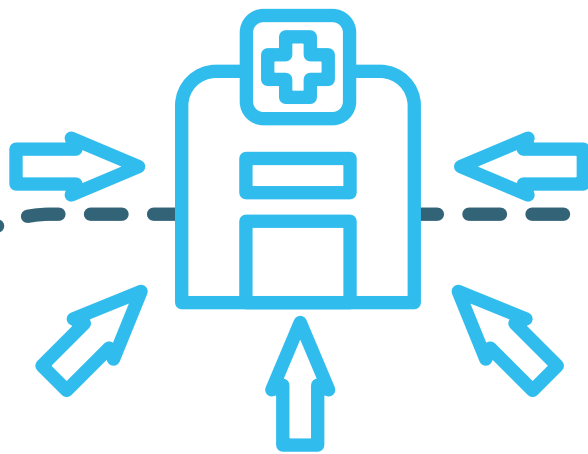
“Foi uma construção muito coletiva. Passamos dois anos fazendo a revisão de uma política de saúde pública de forma aberta, coisa que nunca aconteceu”

Andreia Passamani, presidente do Cosems ES

Lima (PSDB-PB) apresentou Projeto de Decreto Legislativo (PDL) nº 193, propondo a revogação da norma que institui a nova PNAB, a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. No texto, o senador aponta que a autonomia municipal para direcionamento de verbas e composição de equipes pode provocar retrocesso. A proposta ainda será analisada pela Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ).

Para Passamani, a portaria “não retroage porque ela continua reafirmando os princípios e as diretrizes da Estratégia Saúde da Família, que sem dúvida é o melhor modelo. As novas equipes vão ter que ter um território adscrito, uma população adscrita. Aliás, ela fala em equipes multiprofissionais, não em profissionais isoladamente. Assim, não tem como retroagir, é uma construção para melhorar a Atenção Básica”.

Na visão do Conasems, os limites da Política Nacional de Atenção Básica que vinham sendo diagnosticados pelos profissionais de saúde precisavam ser superados por meio de novas políticas. Reclamações e propostas foram sistematizadas, em 2011, no livro *A Atenção Básica que queremos*. Já então o Conselho concluía que modelos prescritivos e genéricos de Atenção Básica ajudavam pouco, pois havia a constatação de que o contexto de efetivação da política em cada localidade acabava alterando seus contornos e diminuindo a eficácia pretendida por seus formuladores e executores.



Política recomenda integração das áreas de Vigilância e Atenção Básica

O sucesso da Atenção Básica e do SUS, de forma geral, resultou na ampliação da atenção à saúde da população. As unidades de saúde passaram de 16.319 em 1992 para cerca de 40 mil em 2008. A produção de serviços ambulatoriais, segundo o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), quase dobrou entre 1996 e 2006. O sistema também registra que as equipes de Saúde da Família saltaram de 300, em 1994, para 41.434 Equipes atualmente, de acordo com o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde. Os Agentes Comunitários de Saúde, categoria que somava 29 mil pessoas em 1994, soma hoje 263.664.

Apesar desses avanços, a Estratégia Saúde da Família não conseguiu alcançar a cobertura de toda a população, mantendo-se restrita, ainda hoje, a pouco mais de 60% dela. Na opinião do Conasems, os limites da estratégia estão relacionados à insuficiência de profissionais, principalmente médicos; às regras da Lei de Responsabilidade Fiscal no tocante ao percentual de gasto com pessoal; à falta de financiamento solidário tripartite que garanta sustentabilidade; à insuficiência de profissionais com formação adequada, dentre outras deficiências apontadas no documento *A Atenção Básica que queremos*.

A busca por mais efetividade não está apenas na flexibilização das equipes. A nova PNAB recomenda a integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Básica, ao passo que a anterior sequer citava a existência dos agentes que trabalham combatendo endemias. Como resultado disso, muito trabalho e

conhecimento desperdiçados, além de desequilíbrio no financiamento. Atualmente, cerca de 90% dos recursos aplicados na Vigilância em Saúde são exclusivamente municipais. Agora, a ideia é que haja a integração, no mesmo território e em equipes comuns, dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com os Agentes de Combate às Endemias (ACE).

Antes, o planejamento e a efetivação de ações conjuntas dependiam da sensibilidade dos gestores, embora as duas categorias já desenvolvessem ações pautadas por lógicas semelhantes, como a territorialização do cuidado, da atenção e da promoção à saúde. Ações que se tornaram ainda mais importantes no atual quadro de avanço das arboviroses associadas sobretudo ao *aedes aegypti*, cujo combate envolve, diariamente, tanto agentes de combate a endemias quanto os de saúde. “O grande evento que deu uma sacudida nesse sentido foi, infelizmente, o advento da zika no País e o aumento de casos de microcefalia”, destaca Andreia Passamani, presidente do COSEMS-ES.

Buscando fomentar o combate eficaz do vírus, o Ministério da Saúde expediu portaria estabelecendo procedimentos integrados para realização das ações de vigilância e atenção à saúde. Todos os profissionais se envolveram no combate ao vetor, o mosquito *Aedes aegypti*, e foram acionados para promover atenção à saúde, especialmente junto às crianças com alterações no crescimento e desenvolvimento.

A experiência de integração já havia demonstrado sucesso em outros casos, como na Amazônia Legal, onde o trabalho dos profissionais que atuam em Vigilância em Saúde e Atenção Básica, desde o início dos anos 2000, levou à maior cobertura da população e, com isso, à diminuição do tempo entre a ocorrência dos primeiros sintomas e o início do tra-

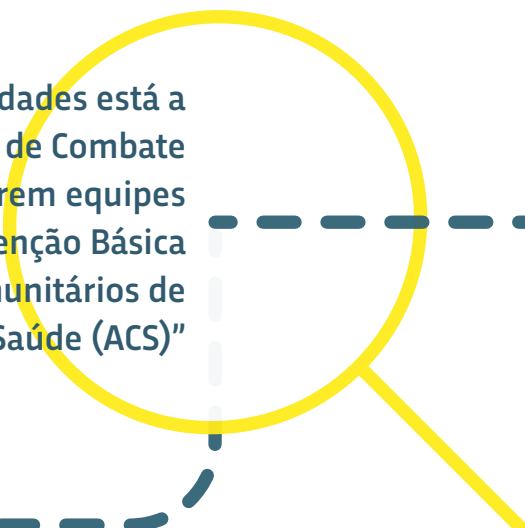
tamento e cura. Do ponto de vista formal, portarias e outras normas também vinham sendo expedidas com vistas à integração, mas a PNAB de 2011 não abordava o tema.

Agora, a nova política considera essa articulação uma “condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população”. Entre as novidades está a possibilidade de Agentes de Combate a Endemias (ACE) comporem equipes de Saúde da Família e Atenção Básica com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

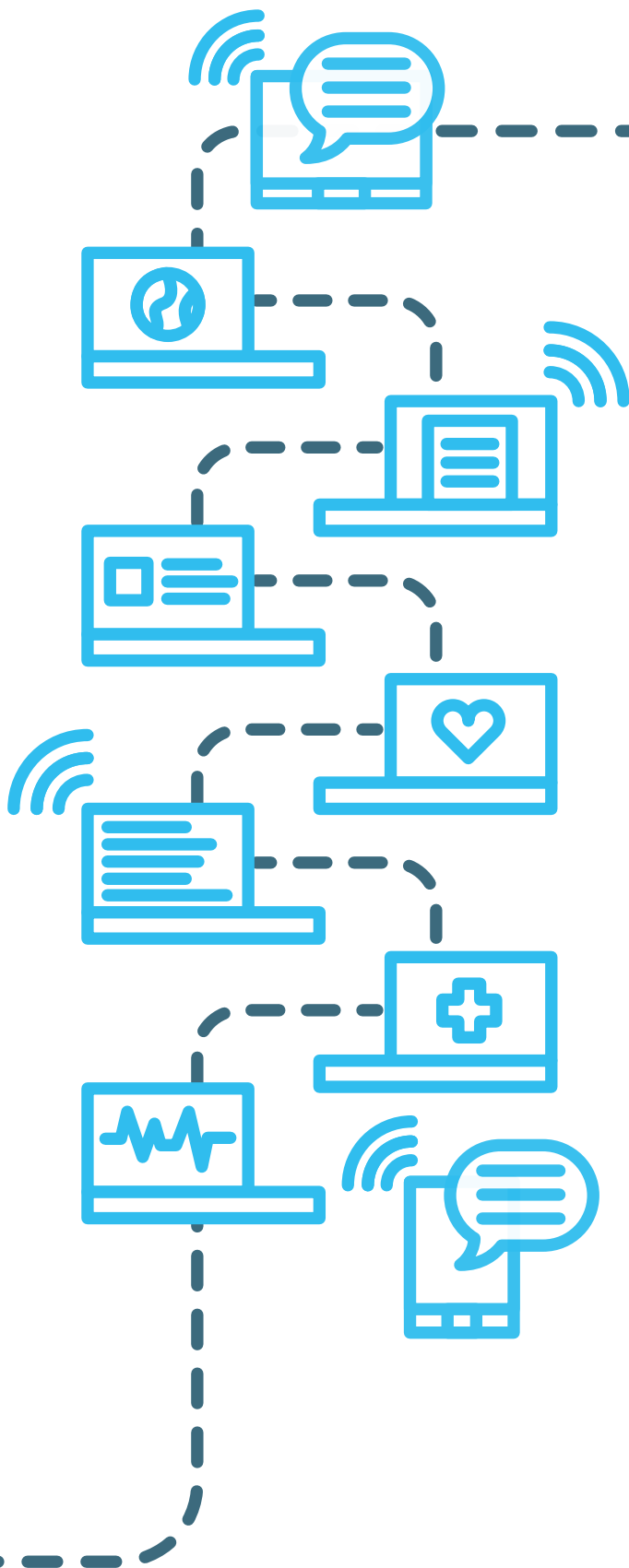
De acordo com o chefe do Controle de Vetores de Zoonoses do município de Niterói, Fernando Conceição, “trabalhando no dia a dia, já há essa integração entre os agentes comunitários, que, por exemplo, trocam informações, tanto com os agentes na ponta quanto nas coordenações”. Na cidade, é comum a realização de ações educativas, como campanhas, conjuntas.

Entre os benefícios da articulação, ele cita a celeridade na organização de dados e o melhor planejamento de ações. Lembrando o exemplo do combate à dengue, conta que “o agente comunitário vai à residência e, se encontrar algo diferente, avisa à Vigilância para que ela volte lá e reforce medidas de prevenção para evitar focos”, como a aplicação de larvicida, que é uma atribuição exclusiva do ACE.

Por outro lado, “há casos em que a gente faz o tratamento do depósito, faz a medida preventiva e, às vezes, o tratamento não é eficaz porque o morador não deixa o depósito protegido, aí o ACS identifica isso e nos avisa”, o que amplia o número de visitas e, com isso, a proteção dos lares. O trabalho conjunto, na opinião de Conceição, também vai mudar o olhar dos profissionais, levando-os a identificar, com mais precisão, o que precisa ser eliminado ou promovido.



“Entre as novidades está a possibilidade de Agentes de Combate a Endemias (ACE) comporem equipes de Saúde da Família e Atenção Básica com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS)”



PNAB prevê investimento em Sistemas de Informação

Na década de 90, o Conasems foi uma das instituições a defender a necessidade de cumprimento do Artigo 47 da Lei 8080/90, que dispunha sobre a organização de um sistema nacional de informação em saúde. Tendo contribuído com a criação da Política Nacional de Informação e Informática do SUS (PNIIS), o Conselho compreende a importância de promover a sua revisão, porque o planejamento e a condução de sua implementação e governança precisam melhorar. A ausência de maior discussão sobre responsabilidades na PNIIS resultou na criação de mais de 300 Sistemas de Informação em Saúde (SIS) que não conversavam entre si. Apesar das mudanças promovidas nos últimos anos, ainda hoje o sistema não consegue acompanhar a inovação tecnológica nem usar todo seu potencial a serviço do cidadão.

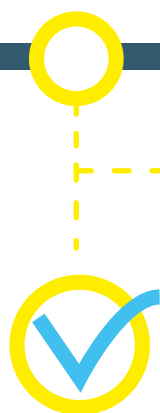
A nova PNAB corrobora com essa visão crítica, por isso estabelece que todas as unidades devam ser informatizadas. O ministério trabalha atualmente no desenvolvimento do Plano de Informatização das Unidades Básicas de Saúde. O plano envolve a produção de um software, que será disponibilizado gratuitamente, e a organização do credenciamento de empresas para implantação de prontuário eletrônico nas Unidades Básicas de Saúde. O credenciamento será realizado por município e os interessados deverão apresentar as soluções para todas as UBS pertencentes a ele. Todo esse processo de informatização deve ser concluído até o fim do ano que vem.

“É um projeto talvez dos mais importantes, revolucionários, para que a gente possa ter transparência, para que a gente possa ter os números com exatidão da epidemiologia, da produtividade, da realidade socioeconômica dos nossos usuários”, destaca o diretor do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, João Salame, que diz que a iniciativa é prioridade do ministro Ricardo Barros. “É um investimento grande, razoável, mas ele se paga, seja no combate à fraude e ao desperdício, seja em otimizar os recursos que nós temos disponíveis, aumentar a produtividade dos nossos trabalhadores e o grau de satisfação dos nossos usuários”, acrescenta. O processo de informatização contará com recurso das instâncias de governo federal e municipal.

Histórico das mudanças

Fruto de um acúmulo histórico da sociedade brasileira no processo de elaboração e efetivação do SUS, a Atenção Básica vem sendo reformulada por mudanças periódicas na sua política, a fim de viabilizar a concretização do seu papel de porta de entrada do Sistema Único de Saúde e ordenadora da rede de atenção à saúde.

2006



A importância da Atenção Básica resultou na aprovação, em 2006, da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que refletia a expansão do então Programa Saúde da Família (PSF) e sua consolidação como estratégia prioritária e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS. A política revisou diretrizes e normas para o PSF e também para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

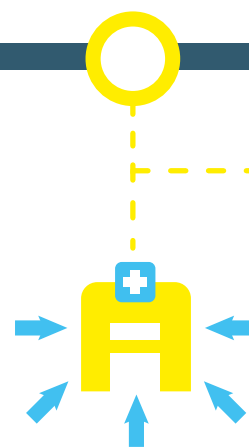


A PNAB definiu como imprescindível a constituição de equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros. Todos esses trabalhadores tinham a obrigação de cumprir jornada de trabalho de 40 horas semanais.



Para a implantação das Equipes de Saúde da Família, a política determinava inicialmente que cada equipe multiprofissional ficaria responsável pelo atendimento de, no máximo, quatro mil habitantes, sendo a média recomendada de três mil. A equipe prevista contava com até doze Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo que cada um deles tinha o dever de acompanhar, no máximo, 750 pessoas.

2011



Cinco anos depois, em 2011, uma nova PNAB foi publicada. Para ampliar o acesso da população às Unidades Básicas de Saúde, ela mudou o parâmetro de 30 mil habitantes para cada unidade, definido na versão anterior, para 18 mil habitantes, em casos de unidades sem Saúde da Família em grandes centros urbanos. Já em casos de UBS com Saúde da Família, manteve o número de 12 mil pessoas por unidade.

2017



O número máximo de doze ACS em cada equipe e a dimensão do conjunto populacional atendido por ela foram mantidos. Houve mudanças no sentido de reconhecer a modelagem das equipes de atenção básica, confirmando a flexibilização da carga horária dos profissionais médicos, o que havia sido objeto da Portaria do Ministério da Saúde nº 2.027 de 2011. Assim, ficou permitida a formação de equipes com um ou mais médicos, cada um deles com carga horária semanal de 20, 30 ou 40 horas.

A política definida em 2011 ampliou o número de municípios que poderiam ter os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Também regulamentou os Consultórios de Rua e simplificou as condições para que fossem criadas UBS Fluviais e ESF para as Populações Ribeirinhas, ações importantes para atender populações inseridas em contextos específicos. Essas medidas permanecem previstas e devem ser ainda mais atreladas à realidade territorial.

Na nova PNAB, os municípios poderão compor suas equipes com gerentes de Atenção Básica, a depender da necessidade local. Governo federal passa a financiar outras equipes que desenvolvem ações de Atenção Básica, além daquelas que seguem o padrão da Estratégia Saúde da Família. Incorpora o debate

da integração da Atenção Básica com a Vigilância em Saúde, especialmente por meio do trabalho articulado entre ACS e ACE. Incorpora o debate em torno da formulação de uma Oferta Nacional de Serviços e Ações Essenciais e Ampliados da AB, por isso prevê lista de serviços essenciais e ampliados.



Novas estratégias: conheça as características das equipes que poderão ser compostas e as lógicas de financiamento

De acordo com o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), equipes que hoje atuam na AB sem seguir o modelo da Estratégia Saúde da Família cobrem 10% da população brasileira. A nova PNAB pretende contemplar esse percentual de usuários com financiamento do Ministério da Saúde (MS), sem que a ESF perca o seu lugar central. Multiprofissionais, as equipes têm que contar com, no mínimo, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem.

Uma característica peculiar da Equipe da Atenção Básica (eAB) é a jornada de trabalho de seus integrantes. A composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de dez horas, devendo somar no mínimo 40 horas semanais, com no máximo três profissionais por categoria. Essa distribuição também é de responsabilidade do gestor, que deve organizá-la considerando o perfil demográfico e epidemiológico local para escolha da especialidade médica a ser priorizada.

Andreia Passamani, presidente do COSEMS-ES, avalia que a manutenção de uma equipe com jornada mais flexível dialoga com as necessidades dos municípios. Ex-secretária de Saúde de Vila Velha, no Espírito Santo, ela relata ter passado por dificuldades para garantir profissionais em tempo integral, pois a maior parte dos concursos realizados definia a carga horária de 30 horas semanais, menor que a prevista para eSF. “Eu não podia ter Equipe de Saúde da Família e nem tinha nenhum reconhecimento das formas de organização que eram viáveis. Então, eu podia montar equipe, criar unidade, ter população adstrita, mas isso não era enxergado pelo Ministério da Saúde como Atenção Básica, porque não se enquadrava nos parâmetros da estratégia”, critica. Para ela, a situação não era justa nem com os pro-

fissionais nem com as administrações municipais.

Maria José Evangelista, gerente do núcleo de Atenção Primária à Saúde do Conass, acrescenta que essa flexibilidade não resultará em limitações no atendimento. Isto porque, apesar dos profissionais de Atenção Básica terem carga horária reduzida, “a política determina que essas equipes que seguem o modelo tradicional devem funcionar o dia inteiro. Não com o mesmo profissional, mas cada unidade deve funcionar as 40 horas. Então, eu tenho que ter médico, técnico de enfermagem e enfermeiro o dia inteiro, ainda que não seja o mesmo, diferente do Saúde da Família que mantém o mesmo profissionais e, por isso, recebe mais recursos”.

De acordo com a integrante do Conass, é comum, hoje, que essas outras estratégias não consigam garantir profissionais o dia inteiro, o que resulta no fechamento das unidades à população. “O que quer se evitar com a nova PNAB é que essas unidades fiquem obsoletas. Queremos que elas tenham profissionais o dia inteiro para que a pessoa possa ser atendida e evite ir para o hospital, que é para onde ela vai hoje porque a unidade está fechada”, detalha.

Já nas equipes da Estratégia Saúde da Família, todos os integrantes obrigatoriamente terão uma jornada de trabalho de 40 horas semanais, permanecendo vinculados a apenas um grupo de trabalho. Na opinião de Maria José Evangelista, “a PNAB de 2011 abriu a possibilidade de o médico ter dois serviços, mas isso não resolveu o problema, tanto que foi criado o [Programa] Mais Médicos. Na atual, temos de volta a definição de que todos os profissionais [da eSF] devem cumprir 40 h, porque não há como mudar os processos de trabalho sem garantir a presença dos profissionais”.

Alcance populacional

O texto atual reduz a população adscrita por equipe de Saúde da Família e de Atenção Básica de 4 mil pessoas localizadas dentro do seu território para 2 mil a 3,5 mil. Seguindo a premissa de dialogar com situações singulares, permite a conformação de outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária. Além de seguir as diretrizes e parâmetros da AB, essas outras equipes, a exemplo do que ocorre com a eSF, devem, preferencialmente, contratar médicos, enfermeiros e profissionais de saúde bucal especializados em medicina de família e comunidade.

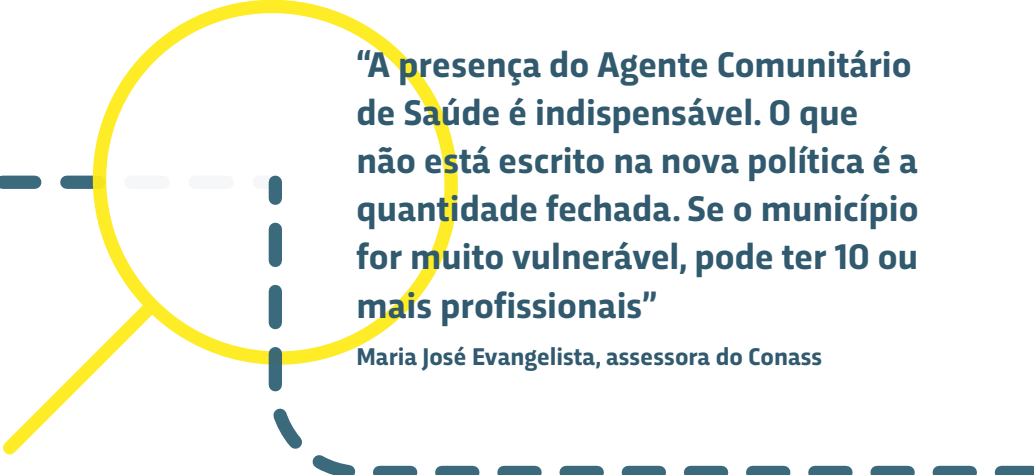
A nova regra possibilita o reconhecimento da realidade de, pelo menos, cem municípios brasileiros que contam com menos de 2.000 habitantes, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Agora, municípios menores poderão manter uma eSF ou eAB responsável por toda população. A flexibilização da composição dos grupos significa a possibilidade de credenciamento para um município com 850 pessoas, caso de Serra da Saudade (MG).

A Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) mantém esses profissionais vinculados a uma UBS de referência e com a previsão de atender até 750 pessoas nas mesmas 40 horas semanais. A diferença agora é que o número de agentes por

equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, levando em conta características demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas. Em tais equipes, continua prevista a existência de um enfermeiro supervisor. “A presença do Agente Comunitário de Saúde é indispensável. O que não está escrito na nova política é a quantidade fechada. Se o município for muito vulnerável, pode ter 10 ou mais profissionais”, reforça a assessora do Conass, Maria José Evangelista.

A nova PNAB mantém a possibilidade de composição de equipes específicas para realizar as ações de saúde junto a determinadas populações no âmbito da Atenção Básica. De acordo com a política, permanecem os quatro tipos existentes: a Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR); Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF); Equipe de Consultório na Rua (eCR) e Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP).

Os mais de 4,6 mil Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em atuação, segundo dados do MS, que hoje atendem somente as Equipes de Saúde da Família, serão ampliados. Com o reconhecimento e formalização das demais estratégias, devem também apoiá-las, por isso passaram a ser chamados de Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). A criação do NASF-AB foi incluída no texto final por sugestão do Conasems.



“A presença do Agente Comunitário de Saúde é indispensável. O que não está escrito na nova política é a quantidade fechada. Se o município for muito vulnerável, pode ter 10 ou mais profissionais”

Maria José Evangelista, assessora do Conass

Características das Equipes de acordo com a nova PNAB



ACS - Mudança importante em relação à regra anterior, agora o número de ACS por equipe deverá ser definido “de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local”, nos termos da Portaria. Adicionalmente, indica que, em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, seja garantida a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS. Com isso, evita prejuízos à população que mais precisa.



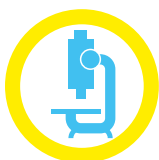
eSF- A Equipe de Saúde da Família (eSF) deve ser composta, no mínimo, por médico; enfermeiro; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e ACS. Podem fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal, como cirurgião-dentista, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. Todos os integrantes obrigatoriamente terão uma jornada de trabalho de 40 horas semanais, permanecendo vinculados a apenas um grupo de trabalho.



eAB - A modalidade de Equipe da Atenção Básica (eAB), por sua vez, deverá ser composta, minimamente, por médicos; enfermeiro; auxiliares de enfermagem e/ou técnicos de enfermagem. Profissionais como ACS, ACE, dentistas, auxiliares de saúde bucal ou técnicos de saúde bucal poderão ser contratados, a depender das necessidades percebidas pelos gestores.



eSB - Na Atenção Básica, atualmente, são mais de 91 mil pessoas trabalhando com saúde bucal. A criação de equipes desse tipo teve início em 2001, em 32 municípios. Hoje, 5.013, quase 90% das cidades brasileiras, contam com pelo menos uma das 25 mil equipes implantadas. A fim de estimular a formação de equipes com profissionais de saúde bucal ou a manutenção deles, o gestor receberá do Ministério da Saúde os equipamentos odontológicos completos, por meio de doação direta ou repasse dos recursos necessários para adquiri-los.



eSFF e eSFR- Serão formadas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem, um técnico de laboratório e/ou bioquímico. Fica a critério dos gestores a inclusão dos agentes comunitários de saúde, dos agentes de combate a endemias e dos que atuam na área de saúde bucal. Nas regiões endêmicas, é recomendada a contratação de até 12 microscopistas. A nova portaria conservou a obrigatoriedade das eSFR prestarem atendimento à população por, no mínimo, 14 dias mensais, com carga horária equivalente a oito horas diárias.

Ministério garante que Estratégia Saúde da Família não terá financiamento reduzido



O diretor do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, João Salame, avalia que é positiva a ampliação da possibilidade de financiamento das equipes da AB. “É um avanço para o financiamento da saúde, porque hoje em dia os municípios bancam sozinhos essa despesa, e essas equipes atendem milhões de pessoas”.

Para evitar diminuição no aporte direcionado à Estratégia Saúde da Família, ele conta que a Comissão Tripartite está debatendo mecanismos que garantam a centralidade dela.

“Está definido na nova PNAB que o financiamento da Estratégia Saúde da Família continuará sendo superior e prioritário”, destaca, acrescentando que “nós vamos encontrar no orçamento [da União] também recursos para apoiar as demais equipes”.

Além disso, diz que o ministério terá o maior orçamento de sua história, no ano que vem. A proposta do governo, que está em discussão no Congresso, “é de um aumento de mais de R\$ 8 bilhões de 2017 para 2018”. O diretor aponta que ainda não é possível antecipar quanto será usado na Atenção Básica pois “para que a gente possa aplicar o financiamento da estratégia de Atenção Básica, nós precisamos saber quem se habilita, quem se credencia”.

Na PNAB de 2011, estava definido que o financiamento federal seria composto por: recursos per capita; recursos para projetos específicos; recur-

sos de investimento; recursos condicionados à implantação de estratégias e programas prioritários, como a ESF; e recursos condicionados a resultados e avaliação do acesso e da qualidade, tal como o do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ).

Uma mudança importante entre as duas políticas é que, enquanto a de 2011 detalhava que os recursos per capita derivavam de cálculo da multiplicação da população de cada município e do Distrito Federal por um valor, a de 2017 aponta que eles devem levar “em consideração aspectos sociodemográficos e epidemiológicos”, sem citar a forma de cálculo. “Foi constatado que o critério per capita não era justo. A gente quer mudar para que os critérios sejam de acordo com as características demográficas e, sobretudo, epidemiológicas de cada território”, explica o presidente do COSEMS do Amazonas, Januário Neto.

Secretário de Saúde de Manaquiri (AM), ele argumenta que a centralidade do cálculo a partir do número de pessoas dificultava a obtenção de recursos. O município de Manaquiri, por exemplo, possui 30 mil habitantes, dos quais 60% estão localizados em áreas rurais acessíveis apenas por via fluvial. “Aqui, os territórios são muito maiores e muito menos povoados. Eu tenho a necessidade de ter uma equipe de Saúde da Família para cobrir quinhentas, seiscentas pessoas, porque elas estão espalhadas em um

“Está definido na nova PNAB que o financiamento da Estratégia Saúde da Família continuará sendo superior e prioritário”

João Salame, diretor do DAB



território muito grande e de difícil acesso”, aponta. Nesse sentido, ele comemora o fato de a nova política acrescentar ao rol de itens financiados pelo governo federal os chamados “recursos condicionados à abrangência da oferta de ações e serviços”.

A política não detalha os valores dos pisos e a lógica de repasse dos recursos. “Nós estamos em um processo de elaboração, discutindo esses temas na reunião da [Comissão] Tripartite”, aponta João Salame. O grupo deve definir, por exemplo, a forma de transferência dos recursos federais.

“O Conasems defende duas linhas de financiamento: investimento e custeio. Enquanto gestora, avalio que essa organização é melhor porque o dinheiro vem para dentro do município com mais liberdade para que o gestor e a equipe de saúde utilizem o recurso nas áreas que mais necessitam. O que ocorre hoje em alguns municípios é que eles têm recursos no caixa de determinado bloco, mas com uma necessidade muito maior em outro bloco. Os gestores não conseguem usar o dinheiro e ele acaba ficando na rede bancária”, afirma a presidente do COSEMS-ES, Andreia Passamani.

Se a definição da aplicação ficar nas mãos dos municípios, “os diversos planos municipais de saúde, como os planos plurianuais, terão que ser muito melhor trabalhados para que o dinheiro não se perca. Não se pode, de jeito nenhum, com essa proposta, permitir que a Atenção Básica e a Vigilância sejam engolidas pelas demandas que nós temos em urgência e emergência. O que vai garantir que isso não ocorra é o detalhamento dos nossos planos”, explica.

O Conasems defende, além da autonomia de gastos com base nas necessidades locais, o financiamento tripartite e sustentável. Em nota sobre a

nova PNAB, aponta que “o que se propõe é alcançar a autonomia na gestão dos recursos e respeito à autonomia dos entes federados, considerando para além destas, outras medidas como: a harmonização das inúmeras portarias, que por vezes se sobrepõem à revisão das regras estabelecidas nos diversos sistemas de informação; o fortalecimento do processo de planejamento, além do estabelecimento de novos parâmetros de controle e avaliação”.

O governo federal promete ampliar os recursos para a Atenção Básica. Segundo o ministério, em 2016 o orçamento destinado à Atenção Básica em todo o Brasil foi de R\$ 17,3 bilhões. Protegido dos cortes promovidos pelo governo, o ministério espera que, em 2017, alcance R\$ 19,1 bilhões.

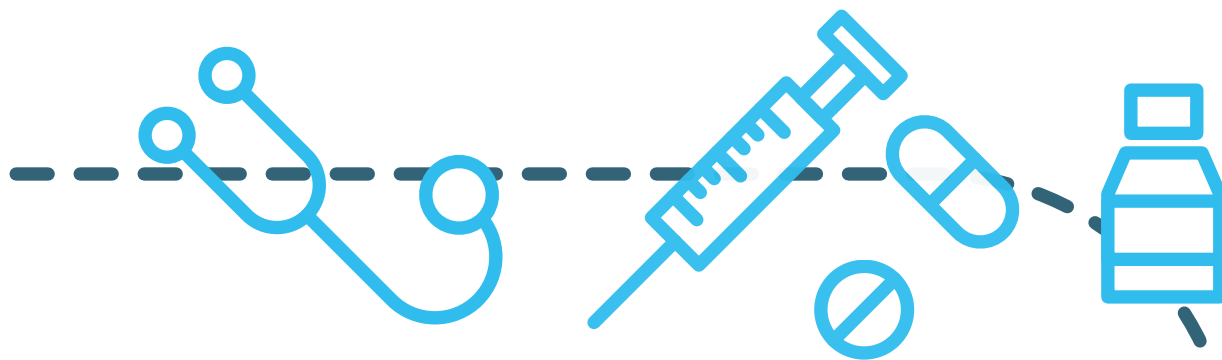
De acordo com a prefeita do município de Cristal, Fábía Almeida Richter, criar Programas e transferir responsabilidades sem financiamento para os municípios tem sido a lógica de vários governos estaduais e federais. “A antiga política de Atenção Básica tinha como grande modelo a Saúde da Família, com financiamento insuficiente e único. Parecia que somente se faz promoção da saúde com “aquela” determinada equipe, sem pensar como contratar e sem pensar nos limites legais da Lei de responsabilidade fiscal”, afirma.

Segundo a gestora, a nova PNAB permite uma flexibilização com várias possibilidades, o que garantirá maior financiamento para aqueles modelos que existem e sobrevivem com o PAB fixo, ficando todo o resto mantido com recursos municipais. Isso garantirá maior acesso, maior qualidade e certamente um novo formato da Atenção Básica, que será cada vez menos centrado no médico e cada vez mais voltado para a multiprofissionalidade, com foco na pessoa.



“A antiga política de Atenção Básica tinha como grande modelo a Saúde da Família, com financiamento insuficiente e único”

Fábía Richter, prefeita de Cristal



Atribuições profissionais dos enfermeiros e ACS são ampliadas

De acordo com os termos atuais da PNAB, por meio de visitas domiciliares e iniciativas educativas diversas, os agentes comunitários de saúde farão o diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam; desenvolverão atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, bem como de Vigilância em Saúde, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos; orientarão à comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva; e estimularão o desenvolvimento de medidas para o controle de vetores e a participação nas políticas públicas, entre outras ações.

Presentes em 5.480 municípios brasileiros, de acordo com dados do Ministério da Saúde, os mais de 260 mil agentes comunitários de saúde ganharão novas responsabilidades com a efetivação da nova política. Em caráter excepcional, eles poderão aferir a pressão arterial e a temperatura axilar; medir a glicemia capilar para o acompanhamento de casos diagnosticados de diabetes mellitus; fazer curativos e orientar pacientes sobre a administração da medicação.

A expectativa é que, com isso, o atendimento da população se torne mais efetivo. Para tanto, o desenvolvimento das novas atribuições será assistido por profissional de saúde de nível superior integrante da mesma equipe. As novas tarefas só começarão a

ser efetivadas após capacitação e autorização legal. O diretor do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério, João Salame, explica que a Comissão Tripartite está reunindo solicitações e contribuições das categorias, para concluir a elaboração da proposta de qualificação dos agentes.

“A intenção é que o ministério financie a qualificação, mas existe uma polêmica sobre a qual a comissão também vai se debruçar, que é se o ACS vai se transformar em um técnico de enfermagem”, antecipa, detalhando que isso implica questões sindicais, inclusive. “A reunião da Tripartite vai definir qual é o formato ideal para essa questão dos ACS”, diz. De acordo com o Ministério da Saúde, de um total de 329 mil agentes comunitários de saúde e de combate às endemias em atuação no Brasil, 40% já possuem qualificação como técnicos em enfermagem e estão aptos a realizar as novas funções.

Os agentes organizados em torno da Mobilização Nacional dos Agentes de Saúde (MNAS) estão preocupados com a possível redução do quantitativo de profissionais contratados nos municípios, já que a portaria atual não define o número de profissionais por equipe. No mês de outubro, foram realizadas manifestações contrárias às novas medidas. Entidades como Abrasco, Cebes e ENSP/Fiocruz concordam com a existência de ameaças à presença dos ACS. Elas defendem que o trabalho deles seja reconhecido, promovido e qualificado.

Enfermeiros

Outra categoria profissional que terá mais responsabilidades é a dos enfermeiros. A nova política fortalece a participação desses profissionais nas atividades de gerenciamento das equipes, atribuindo a eles as tarefas de planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos ou auxiliares de enfermagem, ACS e ACE, bem como de supervisionar as ações do técnico ou auxiliar de enfermagem e ACS. Os enfermeiros também ficam responsáveis pela realização ou supervisão do acolhimento; classificação e desenvolvimento da estratificação de risco e elaboração de plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas em determinado território.

“Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão”, são outras atribuições previstas na política, que neste caso praticamente reproduz os termos da PNAB de 2011.

O exercício de algumas dessas atribuições é objeto de querela judicial, porque o Conselho Federal de Medicina conseguiu uma liminar, na 20ª Vara da Justiça Federal de Brasília, para que fosse vetada a requisição de consultas e exames complementares na Atenção Básica por parte dos enfermeiros e a possibilidade de renovarem receitas médicas, por considerar atribuições exclusivas dos médicos. A Advocacia-Geral da União interpôs recurso, no qual destacou que a liminar que impedia o exercício da profissão dos enfermeiros representou “indevida ingerência do Poder Judiciário na execução da política pública de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde”, gerando “grave lesão à ordem público-administrativa e à saúde pública”. Em meados de outubro, o presidente do Tribunal Regional Federal da 1ª Região suspendeu a liminar até o julgamento final do mérito da questão.



“Outra categoria profissional que terá mais responsabilidades é a dos enfermeiros. A nova política fortalece a participação desses profissionais nas atividades de gerenciamento das equipes”

Experiências exitosas inspiram nova PNAB

A Nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), cujo foco é o olhar sobre a diversidade dos municípios, se inspirou em experiências exitosas que já são desenvolvidas nas cinco regiões do País. Uma delas se desenvolve no município de Andradas, Minas Gerais, onde a integração com a Vigilância em Saúde, que hoje figura como uma das recomendações da nova política, já tem sido utilizada para enfrentar um dos problemas mais graves do País: a violência. A mudança começou na própria abordagem das ocorrências. Em vez de tratá-las como questão exclusiva da Segurança, a gestão municipal passou a encará-las como agravos à saúde.

A partir dessa perspectiva, tem sido desenvolvido, desde 2014, o projeto “Violência também é de responsabilidade da saúde”. A iniciativa teve início com a produção do perfil epidemiológico do município de Andradas com relação à violência. Para tanto, foram analisadas as relações entre adoecimento e procura pela rede de atenção à saúde em decorrência da exposição às várias formas de agressões.

Os gestores utilizaram informações que os profissionais de saúde recebiam. Com o auxílio de um formulário específico, elas passaram a ser fornecidas para a epidemiologia. “A experiência se deu através de parcerias em rede do próprio município, através da Vigilância em Saúde e da Atenção Primária, principalmente, e a partir disso foram desenvolvidas várias campanhas de conscientização e prevenção”, explica Rodrigo Lopes, ex-supervisor de Saúde Coletiva e Estratégia Saúde da Família. O projeto foi viabilizado com recursos do próprio município.

Os resultados foram esclarecedores e até surpreendentes. “Com as notificações que iam chegando, detectou-se que o maior índice de violência doméstica era sempre no comecinho do mês, a partir das onze horas da noite até a madrugada, o que nós relacionamos com a questão do pagamento. Também percebemos, naquele momento, que a maioria das mulheres que estavam sendo violentadas era de classe média alta”, relata.

As campanhas tiveram como objetivo “não só sensibilizar os profissionais para estarem mais aten-

tos, observando esses casos e notificando-os, como também para a própria população, principalmente as crianças, que muitas vezes não percebem que estão sendo violentadas de alguma maneira”, acrescenta. Conhecendo melhor a realidade do município, foi possível planejar iniciativas de prevenção e de estímulo à cultura de paz direcionadas a esses segmentos populacionais.

As ações foram organizadas em um plano de trabalho específico, que apontava como estratégia a mobilização da população sobre possíveis modos de enfrentamento das violências e a qualificação da rede de atendimento para que tivesse condições de ofertar os cuidados adequados às vítimas. Situações que demandam intervenção maior foram encaminhadas a pontos de apoio, como ao Conselho Tutelar.

Também em parceria com a Vigilância Sanitária, foi realizado projeto de combate à comercialização de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos no comércio municipal e efetivada a fiscalização da entrada deles, sem responsáveis legais, em festas. O trabalho resultou na redução de quase 40% de casos registrados em decorrência de violências. O número total passou de 226, em 2014, para 140, em 2016.

O projeto foi premiado pela Associação Mineira de Municípios (AMM) e apresentado na Mostra Brasil Aqui Tem SUS promovida pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Recentemente, a equipe passou por reformulação, mas a iniciativa segue em curso.

“Agora, um profissional está sendo contratado para promovê-la em todos os setores do município, conscientizando os profissionais e capacitando-os, fazendo com que todos entendam a importância de fazer o preenchimento [do formulário]”, explica Rodrigo Lopes, atual supervisor de Programas Sociais, Policlínica e Saúde Bucal do município. A expectativa é de que o projeto ganhe a adesão de profissionais de áreas como educação e segurança pública, bem como mobilize a iniciativa privada e a população em geral.

Gestão e informatização

Políticas desenvolvidas em outros municípios também mostram que uma melhor gestão, baseada em conhecimentos sobre a realidade local, pode direcionar os serviços para a resolução de problemas específicos e, assim, torná-los mais satisfatórios para quem está na ponta.

Em São Paulo, o município de Embu das Artes tem visualizado o potencial da informação em saúde como instrumento de gestão. Reconhecendo a dificuldade de estabelecer políticas devido à carência de dados, desde julho de 2009 a gestão municipal passou a investir na implantação de um núcleo de informações, que tornou-se responsável pela coleta de dados, elaboração de relatórios e democratização das informações, tanto para as unidades como para a população em geral.

A iniciativa partiu do setor de Planejamento em Saúde da Secretaria de Saúde de Embu das Artes. A equipe enfrentou, de saída, o desafio de adquirir equipamentos. Segundo a coordenadora do Planejamento em Saúde, Cláudia Angélica Leme de Almeida, foi necessário comprar mais de 300 computadores para concretizar esse plano.

Além disso, ela aponta que houve a necessidade de desenvolver ações para sensibilizar e capacitar os profissionais que passariam a utilizar os novos

instrumentos. Nesse processo, foram realizadas formações para alinhamento dos métodos de trabalho e aplicação das informações, que também eram coletadas por meio de prontuários eletrônicos. Estes, segundo a gestora, já são utilizados em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Para que o exemplo possa ser seguido, Cláudia Angélica Leme de Almeida aponta que alguns desafios mais gerais devem ser encarados por todos os gestores, como a dificuldade de acesso à Internet banda larga em diversos municípios e a necessidade de investimentos constantes para manutenção dos equipamentos e ampliação do sistema.

Apesar das dificuldades, ela destaca que a iniciativa é promissora. Hoje, de acordo com a gestora, os trabalhadores da saúde, como agentes comunitários, já identificam informações pertinentes e, a partir disso, adquirem mais consciência da realidade do município em relação à saúde. “São barreiras transponíveis”, destaca.

Os dados têm sido objeto de permanente avaliação coletiva. Como resultado, avalia Cláudia, “tem sido muito interessante utilizar esse conjunto de informações para pensar as prioridades do município e no que vamos investir”.

“Tem sido muito interessante utilizar esse conjunto de informações para pensar as prioridades do município e no que vamos investir”

Cláudia Angélica Leme, coordenadora de Planejamento em Saúde de Embu das Artes



Telessaúde

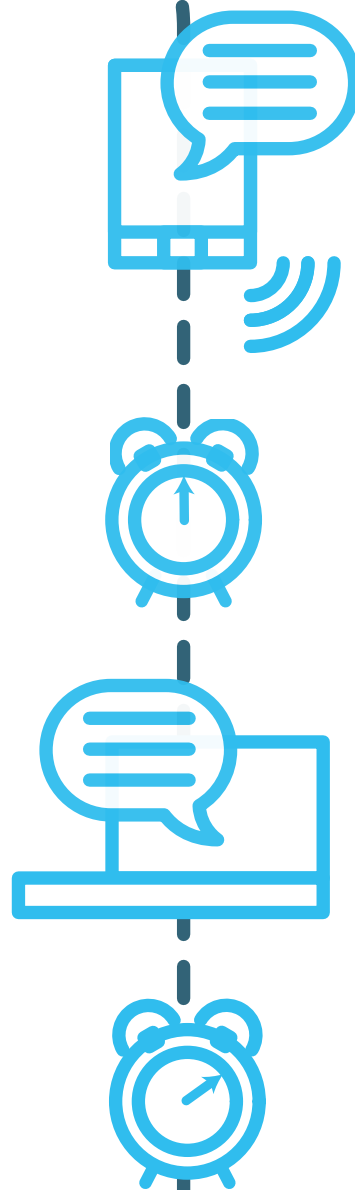
Apostando na tecnologia como parceria dos profissionais da saúde, a nova PNAB destaca “a consideração e a incorporação, no processo de referenciamento, das ferramentas de telessaúde articuladas às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso”.

De acordo com o texto da nova portaria, “a utilização de protocolos de encaminhamento servem como ferramenta, ao mesmo tempo, de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores”.

No município de Ferreiros, em Pernambuco, essas propostas já se tornaram realidade, beneficiando os mais de 11 mil habitantes do local. Lá, a telessaúde tem sido útil para ordenar o atendimento, acelerá-lo e garantir resolutividade para pessoas que sofrem com hipertensão e outros problemas de cardiologia.

A mudança teve início após o segundo ciclo de avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Os dados coletados apontaram que as doenças do aparelho circulatório respondiam por quase 50% das causas de mortalidade da população.

Analisando esse quadro, a gestão municipal percebeu problemas na Atenção Básica. Equipes despreparadas que não seguiam protocolos clínicos comuns tinham dificuldade de identificar e resolver doenças. Além disso, verificou-se a existência de uma demanda reprimida muito alta na abordagem de problemas cardíacos, com lista de espera contendo 350 pessoas em fevereiro de 2017 aguardando a realização de eletrocardiograma para posterior consulta.





Outro problema identificado foi a desarticulação do fluxo das Unidades de Saúde da Família para o serviço de cardiologia. A marcação das consultas não obedecia a critérios de equidade e de classificação de riscos, com isso os casos mais agudos não eram priorizados. Para resolver a situação, foram efetivadas ações diversas, que envolveram desde recadastramento dos hipertensos à organização de grupos terapêuticos nas Unidades de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

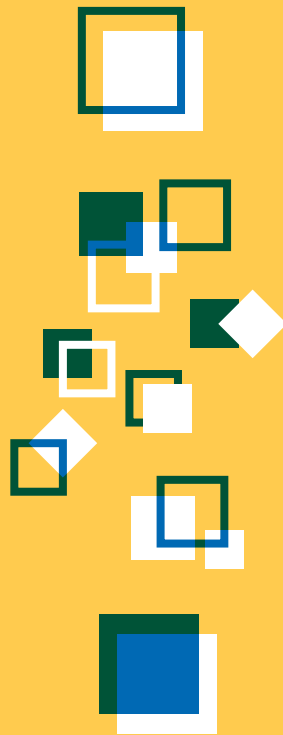
Além disso, foi implantado o serviço de Telesáúde e Telemedicina na Atenção Básica, por meio de parceria com a Rede Nutes da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Integrantes das Equipes Saúde da Família (ESF) foram treinados para uso de tais plataformas, bem como para a efetivação de telediagnóstico e teleconsultoria para o manejo da hipertensão arterial e problemas cardiológicos básicos. Durante essa fase inicial, a Rede Nutes realizou 250 eletrocardiogramas por meio do telediagnóstico, que resultaram na produção de laudos digitais.

Com o auxílio das novas tecnologias, a Coordenação da Atenção Primária estabeleceu cronograma para ordenamento da rede de assistência à hipertensão. Agora, ela conta com implantação de planilhas de cadastramento e acompanhamento dos usuários, realização de grupos terapêuticos, utilização de protocolos clínicos, utilização da teleconsultoria e realização de eletrocardiograma nas USF, inclusive na zona rural.

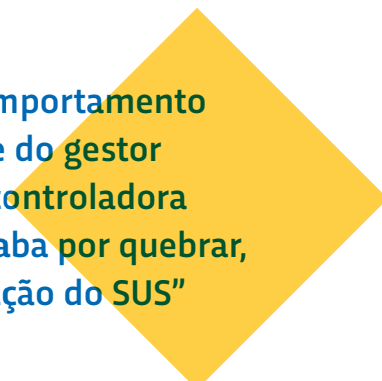
Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, foram realizados 71,4% dos eletrocardiogramas em pessoas que aguardavam na lista de espera para marcação e identificados 25,9% eletrocardiogramas com alterações positivas dos realizados no município por meio do telediagnóstico em até abril deste ano. O resultado é sentido pela população: redução da demanda de encaminhamentos para serviços especializados em cardiologia; qualificação do atendimento das ESF e NASF; aumento da resolutividade da Atenção Básica e melhoria no ordenamento da rede de atenção à saúde.

O resultado é sentido pela população: redução da demanda de encaminhamentos para serviços especializados

UNIFICAÇÃO DOS BLOCOS DE FINANCIAMENTO REMONTA À CRIAÇÃO DO SUS



Por que municípios como Aracoiaba, no interior do Ceará, devem seguir as determinações do Ministério da Saúde na aplicação dos recursos federais em programas que não dialogam com a realidade local? Esta indagação vem ocupando espaço no universo da saúde pública há muitas décadas, desde o início do processo de municipalização no Brasil. E mais: é reveladora da relação que se estabelece entre os entes federados, no reconhecimento do papel dos municípios na condução das políticas de saúde.



“Isto, na minha opinião, denota um comportamento centralizador por parte principalmente do gestor federal, que, com tanta normatização controladora destes recursos “descentralizados”, acaba por quebrar, na prática, o princípio da descentralização do SUS”

Gilberto Martin – Sanitarista. Foi prefeito, secretário estadual e municipal de saúde e membro da diretoria provisória e da 1ª diretoria do Conasems

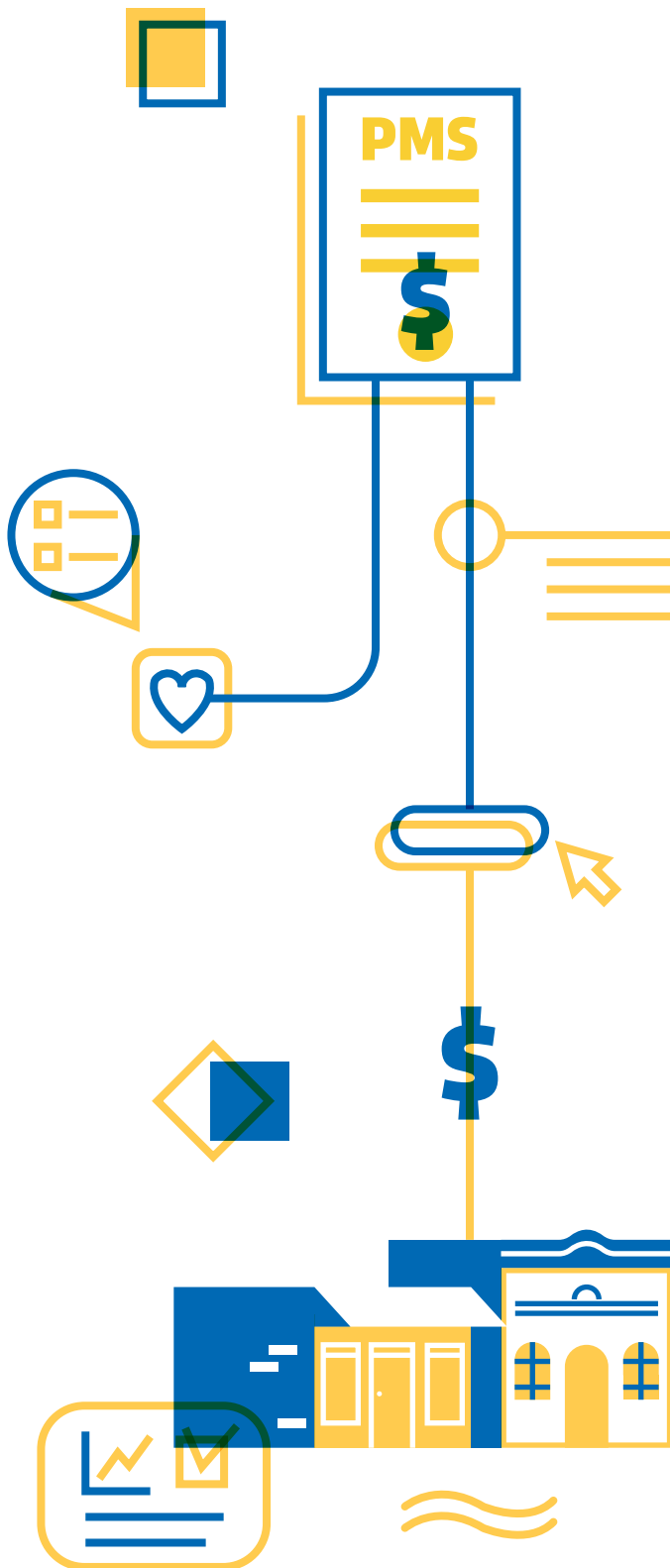
Não à toa, este tema esteve permanentemente em pauta na reforma sanitária brasileira e até hoje se configura como um dos pontos fundamentais de entendimento do município como um locus privilegiado, onde as respostas às necessidades de saúde se desenham a partir dos contextos locais. O que se reivindica é o reconhecimento da capacidade da gestão municipal para conduzir as políticas públicas, em sintonia com o papel que os municípios vêm gradativamente assumindo na organização do Sistema Único de Saúde em âmbito local, inclusive com o aumento progressivo da responsabilidade sobre o financiamento.

A discussão de fundo tenta por fim ao modelo fragmentado de repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos Municipal e Estadual de Saúde, que já era objeto de discussão nas leis 8080 e 8142, de 1990, e na Lei Complementar 141/2012, que estabelece o repasse em um caixa único, sendo utilizado segundo as necessidades de saúde determinadas no Plano Municipal de Saúde. A pergunta que se coloca é por que, passadas quase três décadas, não se cumpre a lei? A resposta é multifatorial, porque enseja uma série de questões que envolve centralização de poder, desconfiança na capacidade de resposta da gestão municipal, insegurança das diversas áreas de perderem recursos,

fragilidade dos instrumentos de planejamento e controle social.

É importante reconhecer que embora o processo de descentralização se dê de forma muito lenta, há pequenos avanços a serem observados, sobretudo com a Portaria 204, que criou seis blocos de financiamento na tentativa de diminuir a fragmentação e o engessamento da gestão municipal. No entanto, a reduzida capacidade de flexibilização da aplicação de recursos de um bloco para outro e até mesmo a criação de caixinhas no interior dos blocos mantiveram os municípios de mãos atadas.

“Entendo que já passou da hora de acontecer esta unificação. Não se justifica mais de 800 caixinhas distribuídas em 6 blocos de financiamento, sem intercomunicação entre si, fazendo com que mais de R\$ 5 bilhões, segundo o Fundo Nacional de Saúde – dinheiro que faz falta ao sistema como um todo – fiquem paralisados em decorrência do engessamento burocrático que amarra o fluxo de cada uma destas caixinhas. Isto, na minha opinião, denota um comportamento centralizador por parte principalmente do gestor federal, que, com tanta normatização controladora destes recursos “descentralizados”, acaba por quebrar, na prática, o princípio da descentralização do SUS”, afirma o sanitário Gilberto Martin.

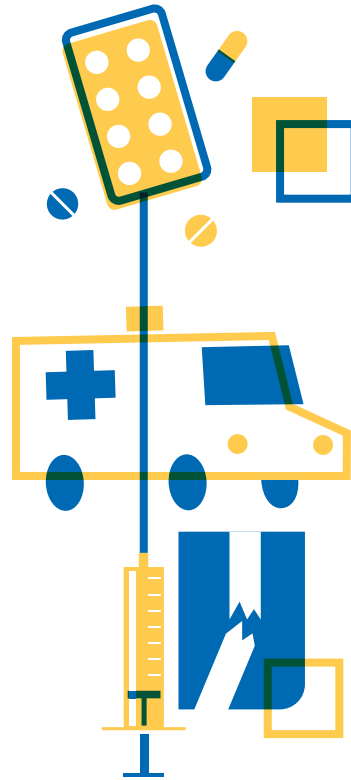


Demanda da sociedade

O debate em torno da autonomia municipal na aplicação de recursos da saúde não se limita ao universo das secretarias municipais. É um tema que mobiliza fortemente os prefeitos, responsáveis por interligar as diferentes áreas de forma a garantir a integralidade do cuidado. “Todas as vezes que pactuamos programas com moldes específicos e seus financiamentos, estamos fazendo com parâmetros que não se aplicam para a maioria. No caso do Caixa Único, todos terão mais autonomia para realizar as adequações e os gastos dentro das suas realidades, o que terá, certamente, maiores resultados com maiores ganhos aos nossos municípios”, afirma a prefeita de Cristal (RS) e articuladora da Confederação Nacional dos Municípios (CNM) no CONASEMS, Fábila Almeida Richter.

A Frente Nacional de Prefeitos (FNP), em artigo publicado nesta edição, também afirma a necessidade de desfragментировать a destinação de recursos. “Os gestores municipais de saúde, acompanhados de muitos segmentos da sociedade, vêm tentando mudar esta situação no sentido de permitir a execução de um sistema mais ágil, inteligente e também responsável, de “vasos comunicantes”, onde os recursos definidos nos orçamentos e PMSs (Planos Municipais de Saúde) sejam realmente dispendidos de acordo com as necessidades locais e sejam acompanhados por relatórios de gestão que confirmem o real e adequado gasto dentro da saúde pública”, afirmam o presidente da Frente Nacional de Prefeitos, Jonas Donizzete, e o secretário municipal de saúde de Campinas (SP), Carmino Antônio de Souza.

O presidente do Instituto Rui Barbosa (IRB) e conselheiro do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCE/MG), Sebastião Helvecio, também acredita que a unificação dos blocos de financiamento pode ser benéfica para o SUS. “Com relação à abordagem mais sistêmica do financiamento da saúde, com um sistema de vasos comunicantes que substitui a rigidez dos blocos, é um instrumento que acredito ser adequado para melhorar o atendimento à população”, opina. Ele ressalta, porém, que o planejamento passa a ter importância ainda maior nesse novo cenário.



O debate atual

O fim das transferências de recursos fragmentados ganhou novo destaque no cenário nacional com a recente aprovação, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), da portaria nº 1091/2017, que instituiu um Grupo de Trabalho (GT), composto pelo Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, com o objetivo de propor mudanças no processo de transferência destinado ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde, além de buscar fortalecer o planejamento ascendente. O objetivo é organizar os repasses federais em duas fontes: custeio e investimento.

Na verdade, a portaria vem responder, tardiamente, ao que determina os artigos 17 e 19 da Lei Complementar 141 de 2012, que regulamenta a Emenda Constitucional 29. O professor de Economia da Saúde da USP, Áquilas Mendes, explica que a alteração no critério de repasse recém-pactuado pela CIT avança no sentido de uma luta histórica dos gestores estaduais e municipais do SUS. “É claro que os critérios de rateio para essas duas formas devem seguir o artigo 17 da Lei 141/2012,

que determina que os recursos devem respeitar as necessidades de saúde. De forma sintética, todos os critérios que estão citados na Lei podem ser agrupados por três eixos. Eixo 1: Necessidades de saúde medidas pela situação demográfica, socioeconômica, geográfica e epidemiológica; Eixo 2: Capacidade de oferta e produção de ações e serviços de saúde; Eixo 3: Desempenho técnico e financeiro anual das ações e serviços de saúde”, comentou.

O planejamento ascendente, com o fortalecimento da participação dos conselhos na construção dos planos municipais de saúde, recebe lugar central nessa proposta, pois somente o que está definido nesses instrumentos será executado. Para Paulo Dantas, primeiro gestor municipal a assumir a presidência do Conasems, os critérios de rateio devem contemplar as necessidades de saúde da população, explicitadas nos Planos de Saúde das esferas de governo, levando em consideração condições demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas, comotambém características quantitativas e qualitativas da rede de saúde, níveis de participação



“Não tenho dúvidas de que deverá ter monitoramento, seja através de pactuações ou ainda de acompanhamento específico de indicadores municipais e regionais.

Fábia Richter. Prefeita de Cristal (RS)

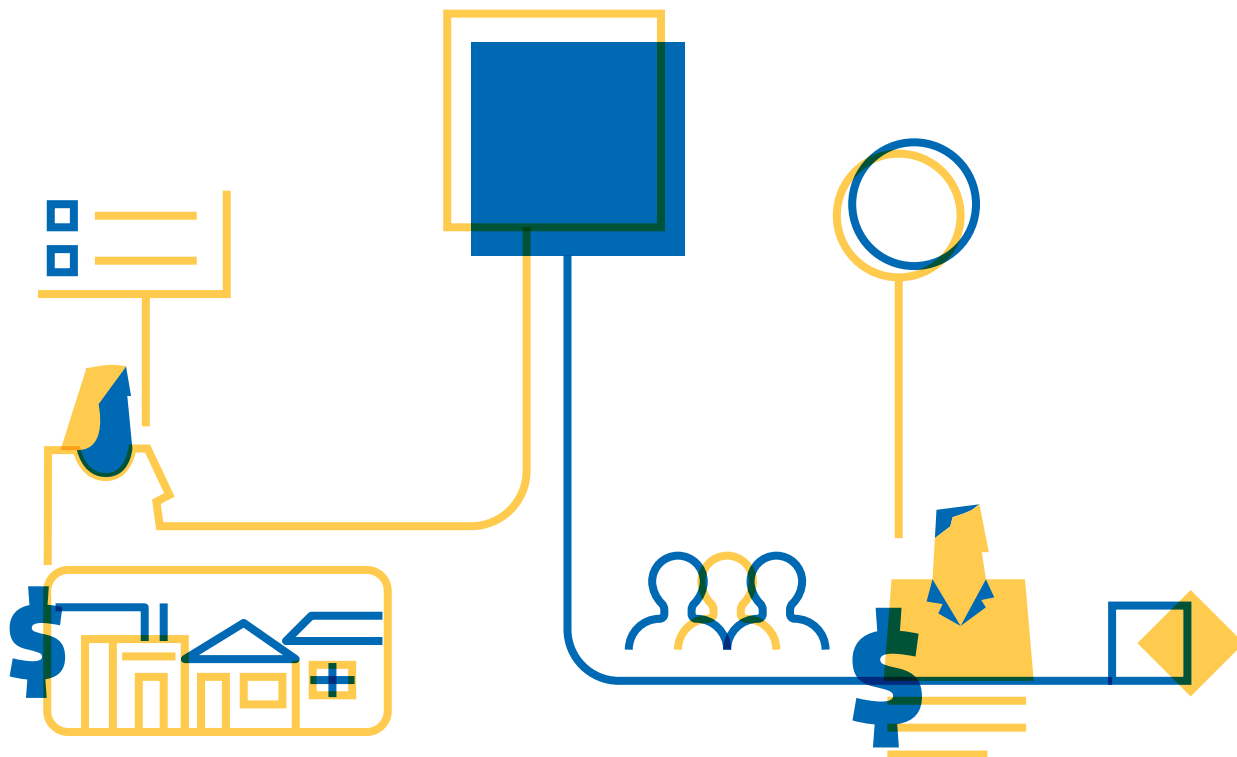
do setor saúde no orçamento, desempenho técnico, financeiro e impacto das ações de saúde, todos regidos pelos princípios de universalidade, igualdade, equidade e controle social.

Segundo ele, “será um passo adiante. Sem dúvidas. Exigirá dos gestores das três esferas de governo no período de transição muita atenção, determinação, habilidade, diálogo e compromisso com a população para que não haja interrupções, atrasos e obstáculos no repasse dos recursos por quaisquer motivos”.

O receio de que os Conselhos de Saúde não estejam devidamente estruturados para compartilhar a responsabilidade junto à gestão municipal pelo planejamento, preocupação manifesta inclusive no Conselho Nacional de Saúde (CNS), fragiliza a possibilidade de maior participação do controle social. A descentralização das decisões, ao invés de permitir o descontrole na aplicação de recursos, amplia a participação da sociedade no planejamento das ações e serviços de saúde. O debate também gira em torno do medo de que alguns programas sofram desfinanciamento, por não serem priorizados na aplicação de recursos.

“Não tenho dúvidas de que deverá ter monitoramento, seja através de pactuações ou ainda de acompanhamento específico de indicadores municipais e regionais. Quanto ao impacto em alguns programas, penso que será positivo porque possibilitará somar recursos e criar estruturas muito mais transversais e lineares. Todos terão que se enxergar, independente do porte do município, fazendo com que diferentes políticas construam a intersetorialidade verdadeira”, afirma a prefeita de Cristal (RS), Fábia Richter.

Em agosto deste ano, o Conasems e a FNP endereçaram ao presidente Michel Temer uma carta conjunta a fim de que seja alterada a Lei Orçamentária Anual da União do próximo exercício fiscal 2018, atendendo o que a Lei Complementar 141 já disciplina sobre os repasses federais para financiamento do SUS a estados e municípios. O Conasems também tem conversado com parlamentares no Congresso Nacional, sobretudo aqueles que compõem a Comissão de Orçamento, sobre a importância de definir o repasse por meio das categorias de custeio e investimento.



A luta histórica

Antes da 8ª. Conferência Nacional de Saúde, já se vislumbrava o sistema que se queria desenvolver, com planejamento ascendente, participação ampla da sociedade, gestão compartilhada com autonomia para quem estava na execução cotidiana do sistema. Os critérios de rateio baseados em necessidades não são novos, assim como não são novas as inúmeras tentativas de transformá-los em realidade. Como diz o médico Paulo Dantas, “é extraordinária a capacidade dos autênticos defensores do SUS de resistência”.

Ao longo desses anos, a defesa do sistema persistiu e algumas lutas se perderam, mas esse processo é vivo e há que se reconhecer o valor das pequenas conquistas, resultado das batalhas do movimento de valorização do SUS. A revista Conasems ouviu sanitaristas - alguns foram membros da comissão provisória dos gestores municipais que antecedeu ao CONASEMS, outros ex-integrantes da diretoria da entidade -que estiveram à frente de importantes transformações no SUS e continuam a exercer o papel fundamental de defensores do aprimoramento e continuidade desse sistema.

Desde 1988, o SUS padece de problemas de sub-

financiamento e fragmentação no modelo de transferência de recursos. Em 2007, a criação de 6 blocos de financiamento foi um avanço, com a consequente criação do Pacto de Gestão e o exercício de unificação de indicadores em áreas afins. Entretanto, como os blocos refletiam áreas burocráticas do Ministério da Saúde, se transformaram com o tempo em rubricas indutoras de políticas definidas verticalmente e sem a devida adequação aos desenhos regionais distintos e suas implicações para tomada de decisão política nos municípios.

Dez anos depois, a iniciativa de implantação do bloco único tem sido positivamente avaliada pelos gestores e formuladores do SUS, como uma estratégia que fortalece a autonomia dos municípios, mas ao mesmo tempo aumenta a responsabilidade do gestor local de garantir que seus instrumentos de pactuação e planejamento sejam efetivos, equânimes e reflitam as necessidades de saúde de sua população. Ademais, reorganiza o papel das esferas estaduais e federais como formuladores e reguladores, demandando um acompanhamento frequente dos resultados, a partir dos objetivos definidos pelo planejamento.

Opinião sobre o Caixa Único



Gilberto Martin – Sanitarista, foi prefeito, secretário estadual e municipal de saúde e membro da diretoria provisória e da 1ª diretoria do Conasems

“Antes mesmo da 8ª. Conferência, se discutia mudanças necessárias para a construção de um novo sistema de saúde, que se concretizou com a proposta do SUS. A forma de financiamento que se idealizava seria estruturada a partir dos instrumentos de planejamento e programação em saúde, tendo como base parâmetros populacionais, epidemiológicos e econômicos definidores de qual a necessidade de financiamento para cada agrupamento populacional. O que tivemos, no desdobramento, foi, de uma certa forma, a manutenção do âmago do conceito de financiamento presente no antigo INAMPS – por exemplo – com estabelecimento de tabelas de valores de pagamento, programação por série histórica, infinitas portarias e normas quase draconianas de como estes recursos deveriam ser gastos, decisões verticais de programas e ações muitas vezes conflitivas com diferentes realidades de um país continental, desaguando neste sistema de blocos e caixinhas de financiamento.

Os municípios terão sua autonomia fortalecida na medida em que poderão ser, com a devida retaguarda técnica dos estados e da união, os definidores de sua programação de metas e prioridades e de seu respectivo cálculo de necessidade financeira. Poderão executar com autonomia o que foi programado e terão a responsabilidade por responder pelo alcance das metas e resolução das prioridades estabelecidas na programação. Cumpriu? Aprovado. Não cumpriu? Responde legal e politicamente pelo não cumprimento. Fiscaliza-se por metas e por cumprimento de prioridades.”



Paulo Dantas – Médico, ex-presidente do CONASEMS, assessor do COSEMS-PE

“Desde a sua criação na Constituição de 1988 e legislação subconstitucional que o SUS padece de um processo neoplásico oportunista e agressivo de três naturezas: 1. Subfinanciamento; 2. Critérios de rateios em descompasso com os princípios e diretrizes da legislação e sem referência a um planejamento ascendente expresso nos Planos de Saúde dos municípios, regiões de saúde, dos estados e nacional; 3. Modelo de transferência de recursos da União para Estados e Municípios, fundo a fundo, de forma fragmentada, em blocos, burocrática, com excessivos regramentos por portarias emitidas pelo Ministério da Saúde (MS). É extraordinária a capacidade dos autênticos defensores do SUS de resistência a essas ações tão deletérias, originárias na esfera federal por pressão de agentes mercantilistas da saúde e agentes públicos submissos ou, no mínimo, sem competência e ousadia de fazer cumprir a lei. Esta resistência propositiva resultou em alguns avanços parciais, especialmente no campo normativo como a Lei Complementar 141/2012.

A nossa expectativa é que o Grupo de Trabalho Tripartite instituído pela Portaria 1091/2017 tenha êxito na missão de apresentar propostas de critérios de rateio dos recursos e normas e procedimentos de transferências dos recursos financeiros no rigoroso respeito aos princípios e diretrizes legais do SUS. O repasse deve ser global, nas categorias de capital e custeio, permitindo a compatibilização dos instrumentos de planejamento ascendente e programação orçamentária e financeira dos entes federados. Tal modelo permitirá ao gestor, especialmente o do município, mais autonomia, agilidade e margem de flexibilidade na utilização correta e integral dos recursos disponíveis”.





Aparecida Linhares Pimenta – Ex-secretária municipal de saúde e assessora do COSEMS/SP

“Uma luta histórica dos gestores municipais de saúde é pelo financiamento sustentável do SUS, o que inclui maior aporte de recursos federais e estaduais e mudanças na alocação de recursos. Tanto o governo federal como os governos estaduais historicamente destinam recursos financeiros insuficientes para garantia da universalidade e integralidade, obrigando os municípios a investirem muito mais que o mínimo definido em lei.

Além disso, o Ministério da Saúde - responsável pela formulação e cofinanciamento das políticas nacionais - tem atuado com normas excessivamente rígidas, dificultando a gestão municipal de cumprir seu papel de planejar e executar ações de saúde de acordo com as necessidades da população e em sintonia com a Região de Saúde.

No atual contexto de financiamento do SUS, a principal reivindicação dos gestores municipais é por maior financiamento federal e contra o congelamento de recursos da União para o SUS, pois é reconhecido por gestores, pesquisadores, estudiosos do tema, que o SUS é subfinanciado.

Outra questão é a necessidade de rever o repasse através dos Blocos de Financiamento estabelecidos na Portaria 204, aprovada há 10 anos quando da implantação do Pacto de Gestão. A aplicação da Lei 141 resultará obrigatoriamente na revisão dos blocos de financiamento, implicando em maior autonomia dos municípios na gestão do SUS. Mais recursos federais para o SUS e alocação de recursos de acordo com as necessidades de saúde da população vão fortalecer a autonomia dos municípios e impactar positivamente a saúde da população”.



Nelson Rodrigues dos Santos – Sanitarista, ex-secretário municipal de saúde e articulador dos secretários na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

“Nos anos 90, primeira década da implementação legal do SUS, o Ministério da Saúde, com a pesada herança olímpica das normas federais, inicia a fragmentação dos repasses às secretarias municipais e estaduais de saúde em dezenas e a seguir centenas de micro-repasses, um a um negociado e com prestação de contas própria, para cada município e estado. Esses micro-repasses, mais conhecidos como “caixinhas” (hoje por volta de 230), foram realizados paralelamente à grande contenção da contrapartida financeira federal e exigem extenuante e contínuo dispêndio de tempo – político, administrativo e programático—das SMS e SES, tempo esse já pouco para dar conta da gestão e inclusão da metade da população antes excluída da atenção integral à saúde. A história das propostas e pressões na CIT pelo fim das caixinhas e início dos repasses únicos, globais e regulares, em função das metas municipais, regionais e estaduais pactuadas, vem sendo para os gestores descentralizados uma história de frustrações. A pactuação intergestores na reunião da CIT de janeiro último, a favor do repasse federal unificado e global, atende esse pleito histórico e, por isso, deve ser coerente e conscientemente bem vinda e apoiada.

Por óbvio, a extinção dos blocos e “caixinhas” dos repasses não deverá dar lugar a critérios de gastos casuístas sob pressões aos gestores descentralizados do SUS, e sim a critérios decorrentes das prioridades e metas definidas na aplicação das Leis 8080 e 8142/1990 e 141/2012, atreladas aos direitos sociais do conjunto da população. Ora, a efetiva implementação dessas Leis é a própria construção da diretriz constitucional da Regionalização em interação com as demais diretrizes do modelo “SUS” de atenção à saúde, o que torna crucial recursos federais adicionais atrelados ao cumprimento de metas quali-quantitativas e etapas na construção e efetivação dessa diretriz”.



Lenir Santos – Advogada, doutora em saúde pública, foi procuradora da Unicamp e chefe da assessoria jurídica da SES-SP na organização do SUS no Estado.

“O cumprimento, tanto da Lei nº 8.080, de 1990, quanto da Lei Complementar 141, exige que a transferência dos recursos da União para Estados e Municípios o sejam por critérios legais, devendo haver compatibilidade entre a aplicação dos recursos e os planos de saúde. Durante quase trinta anos, o que prevaleceu foram formas fracionadas de rateio dos recursos, transformando os entes federativos recebedores em gerentes de programas e projetos federais.

Ainda que os programas sejam definidos de modo consensual na Comissão Intergestores Tripartite, isso nem sempre significa o mesmo peso nas decisões, uma vez que quem detém o poder das transferências pode ter uma influência maior e pesar mais na balança.

As leis precisam ser cumpridas e os recursos devem seguir uma trilha normativa como fiel da balança. As transferências de recursos devem observar os critérios legais – Lei Complementar nº 141, de 2012, art. 17 – para atingir suas finalidades de atuar como complementação dos recursos estaduais e municipais que financiam a saúde e observar as disposições dos planos de saúde dos entes federativos, que por sua vez devem guardar consonância com o Plano Nacional de Saúde em suas diretrizes e bases. Isso é fundamental para manter a unicidade do sistema público de saúde.

Os critérios de rateio devem atuar como equalizadores das assimetrias federativas e assim, ao se definir de modo consensual as políticas de saúde, o ente federativo terá maior autonomia na sua aplicação em seu território. Mesmo que tenha que observar os princípios e diretrizes nacionais para manter-se único, não perderá a visão local das necessidades de saúde.

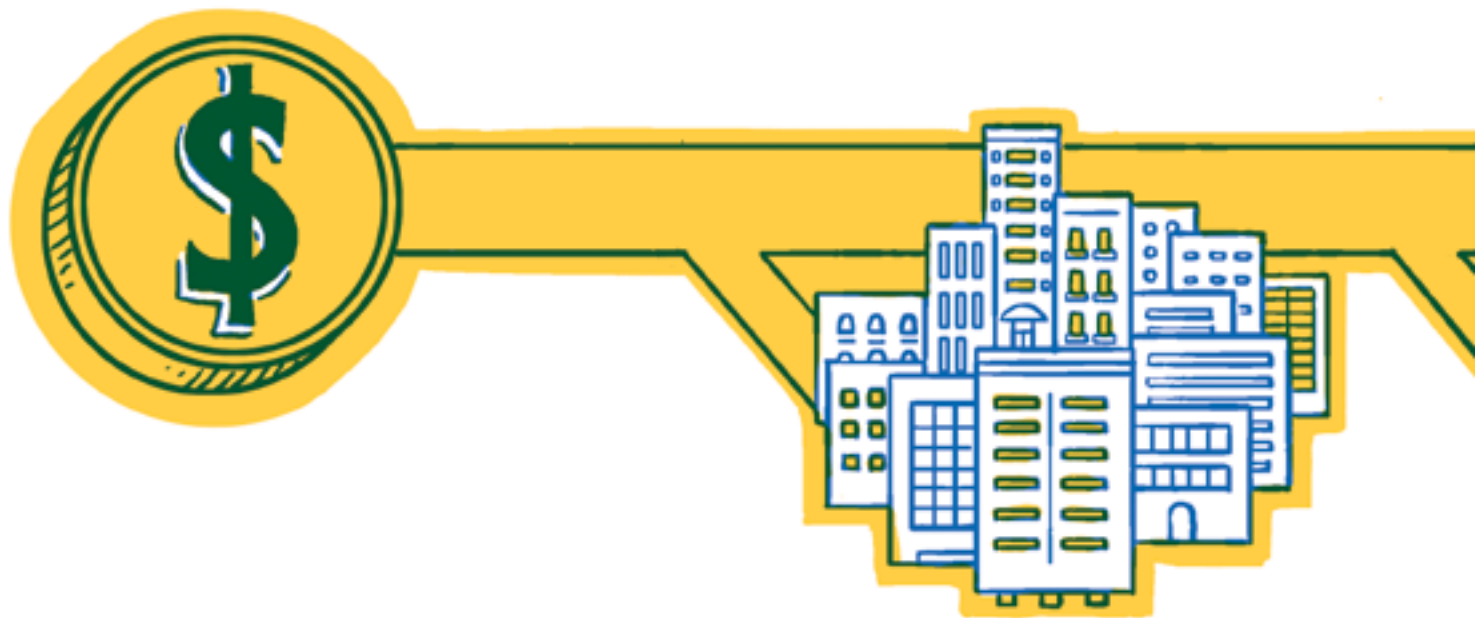
Por isso, unificar os blocos de atividades que pautam as transferências federais é uma medida bastante alvissareira para a promoção da igualdade federativa”.



Carlos Alberto Trindade - Diretor Geral da Fundação Estatal Saúde da Família (BA), ex-secretário municipal de saúde e Secretário Geral do CONASEMS na 1ª diretoria (1990)

“O grande desafio para os gestores municipais do SUS tem sido o de compatibilizar o respeito aos princípios de unicidade do Sistema, definidos na legislação e nos pactos interfederativos celebrados ao longo da trajetória de sua implementação, com a necessária autonomia governamental definida pelo modelo republicano brasileiro. O maior entrave a este equilíbrio sempre foi, sem dúvida, a imensa concentração de recursos no nível federal do SUS, distorcendo a relação com estados e municípios, que em alguns casos são tratados como meros prestadores de serviço ao nível federal.

A vigência de um conjunto de regras tais quais a do financiamento da atenção básica garantida por recursos exclusivos é o que precisa estar sendo observado no bojo, para que não vigore um ameaçador desfinanciamento do setor e se perca todo o esforço já despendido para a garantia do SUS”.

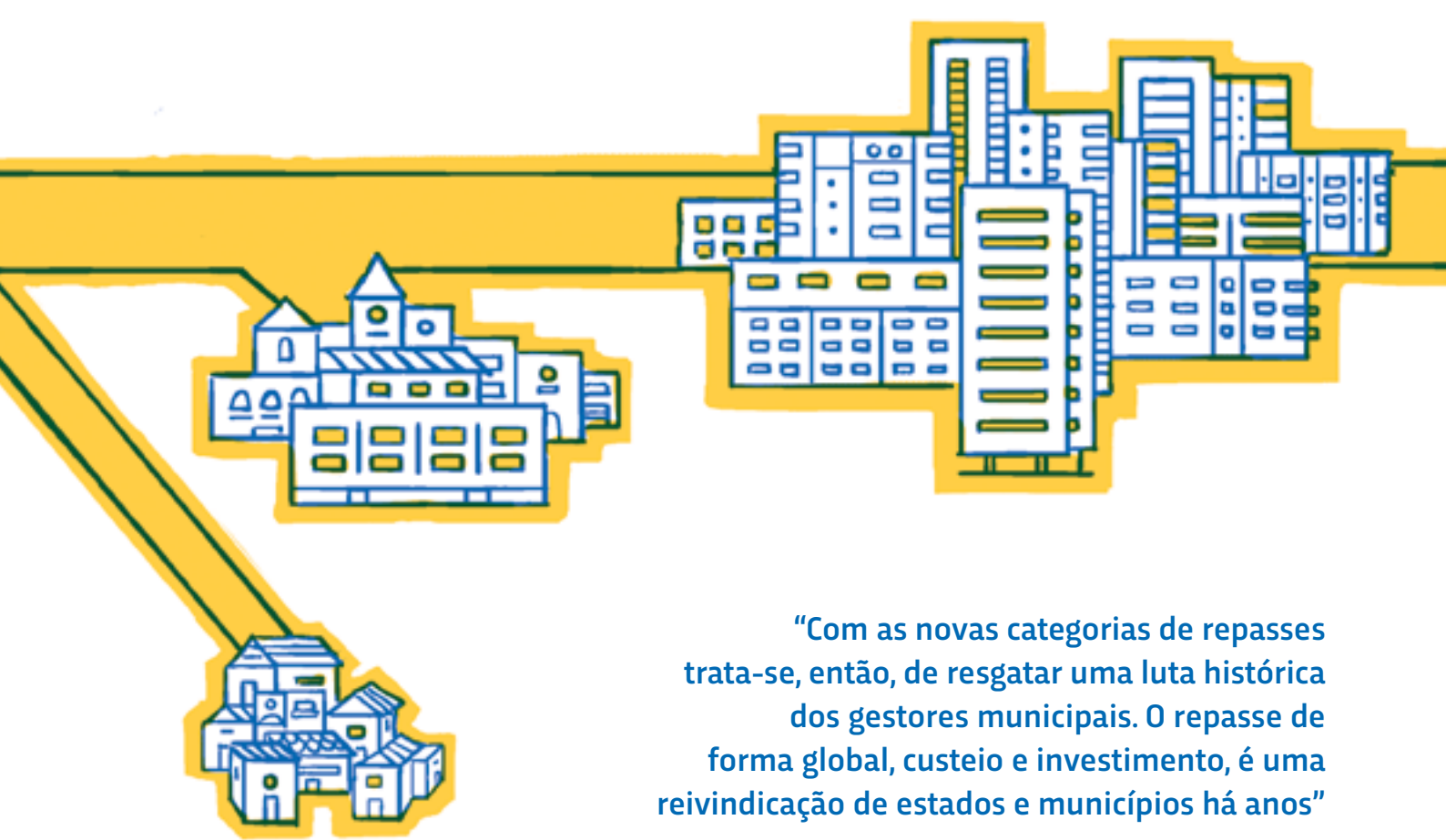


As categorias de repasses do financiamento federal do SUS e os critérios de rateio:

história, mudanças recentes e propostas

Por Áquilas Mendes

Há mudanças importantes nas categorias de repasses do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos subnacionais – Fundo Estadual de Saúde (FES) e Fundo Municipal de Saúde (FMS). Recentemente, foi aprovado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) a portaria nº 1091/2017 que orienta os repasses federais em duas fontes, custeio e investimento, em substituição aos blocos de financiamento definidos pela portaria 204 do GM/MS de 2007. Ainda que os artigos 17 e 19 da Lei Complementar 141 de 2012 já orientassem a necessidade de alteração na forma de repasse dos recursos da saúde, até o momento, nada tinha sido modificado. O embate entre os diferentes atores políticos quanto à defesa ou não de tais mudanças aponta para a necessidade de se compreender essa alteração em relação à histórica alocação de recursos do SUS. Por sua vez, entende-se que tal medida deva ser também acompanhada da modificação dos critérios de rateio dos recursos federais a estados e municípios, conforme determinam tais artigos da Lei 141.



“Com as novas categorias de repasses trata-se, então, de resgatar uma luta histórica dos gestores municipais. O repasse de forma global, custeio e investimento, é uma reivindicação de estados e municípios há anos”

Sabe-se que o modelo atual de Blocos de Financiamento, implantado pelo Pacto pela Saúde, por meio da Portaria 204, significou um pequeno avanço em relação ao passado das diversas “caixinhas”, porém sua forma de definição – 6 blocos - não foi marcada por uma lógica de alocação de recursos de forma equitativa. Tratou-se de caracterizá-las como níveis de atenção à saúde e por áreas administrativas do MS. A única vantagem foi diminuir o excesso de repasses anteriormente estabelecidos para apenas 6, facilitando a utilização dos recursos por parte dos gestores estaduais e municipais. Contudo, a Portaria 204 não permitia a utilização dos recursos entre os Blocos (sem “vasos comunicantes”), prejudicando a utilização com base na definição da política local de saúde, o Plano de Saúde.

Ainda, é importante dizer que os critérios de rateio, estabelecidos pela Portaria 204 não seguiram a lógica de necessidades em saúde. O modelo recém pactuado pela CIT avança no sentido de uma luta histórica dos gestores estaduais e municipais do SUS em assegurar seu comando único. Podem passar a real-

mente exercer seu poder em saúde, na medida em que terão apenas duas formas, custeio e investimento, e a utilização deverá respeitar o planejamento local de saúde e não o que o MS deseja. É claro que os critérios de rateio para essas duas formas devem seguir o artigo 17 da Lei 141/2012, que determina que os recursos devam respeitar as necessidades de saúde.

Com as novas categorias de repasses trata-se, então, de resgatar uma luta histórica dos gestores municipais. O repasse de forma global, custeio e investimento, é uma reivindicação de estados e municípios há anos, desde que o SUS foi criado, isto é, desde a Lei Orgânica do SUS e, principalmente, a Lei 8.142, de 1990, que trata das transferências de recursos no interior do SUS. Desde então, se falava na ideia do repasse dos recursos fundo ao fundo, que seria do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, de forma automática e global.

Na prática, isso só funcionou em 1993, com um processo de municipalização que se iniciou naquela época com a Norma Operacional Básica (NOB) 93 do Ministério da Saúde, que determinou a transferência



dos recursos da União para 11 municípios do Brasil que foram habilitados para receber recursos da União de forma global, passando a ter a responsabilidade sobre as ações e execuções dos serviços de saúde. Isso significou que os recursos repassados ao município pudessem ser usados mediante o seu planejamento local. Porém, essa forma foi interrompida com a NOB 96, que criou fortemente os incentivos financeiros para repassar recursos. O governo federal inventava uma política e exigia que os municípios e estados a adotassem, recebendo assim incentivos financeiros. Disso resultou a criação do que na área da saúde ficou conhecido, na terminologia do senso comum sanitário, como 320 ‘caixinhas’.

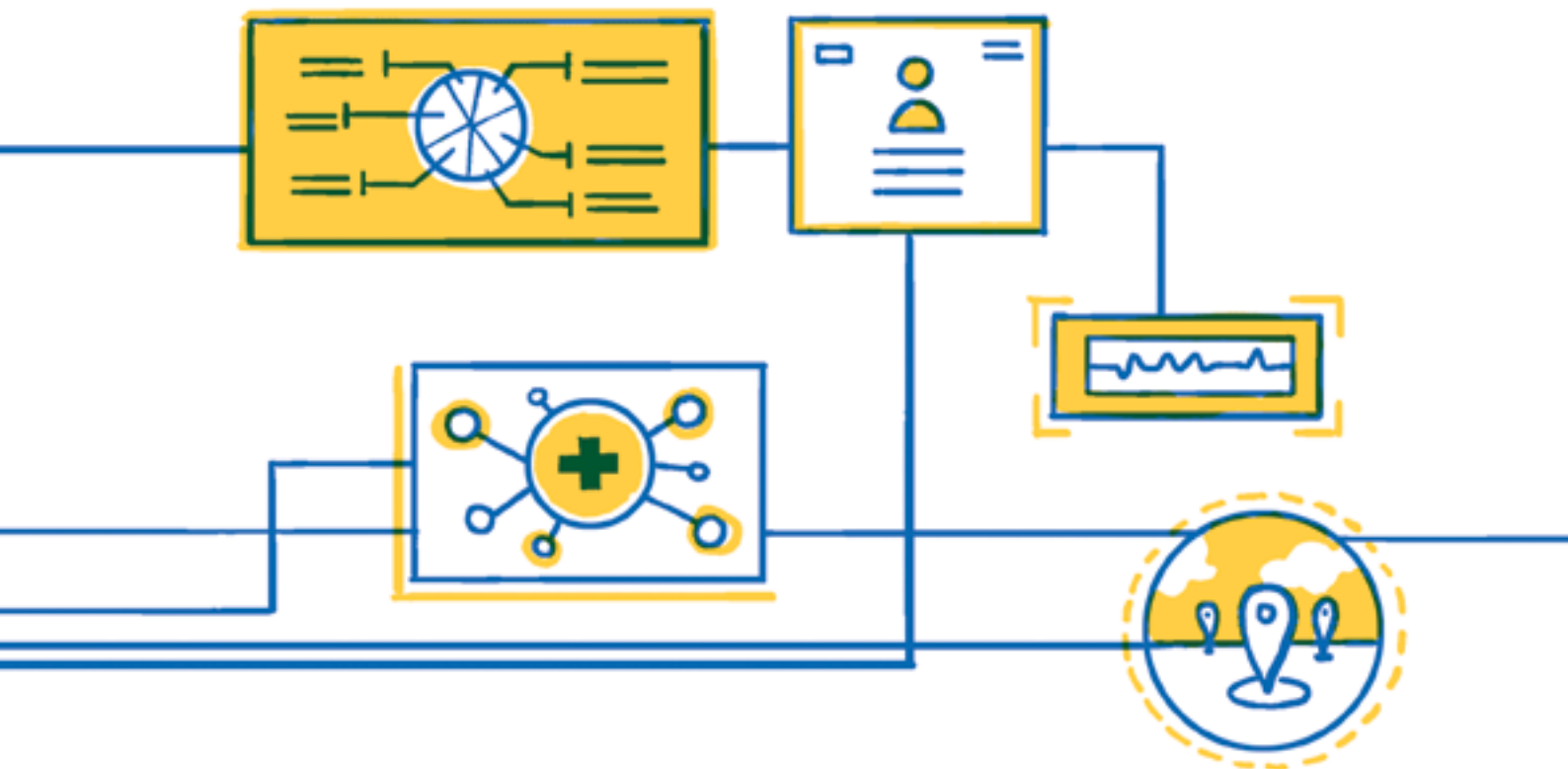
Após grande pleito dos gestores municipais foi aprovada a Portaria 204, que as agrupou em cinco blocos, que depois viraram seis, que estão até hoje. Porém, já é sabido que no interior desses seis blocos foram sendo gestados novos incentivos e, atualmente, somam cerca de 800 formas. Trata-se de alocação de recursos inviável para o gestor municipal executar.

Em 2012, com a regulamentação da Emenda Constitucional 29, por meio da aprovação da Lei Complementar 141, ficou conhecido que a discussão não era somente ter mais recurso para o SUS, mas sobretudo aprimorar a forma de distribuição dos recursos da União. Desta feita, o artigo 17 da lei 141 determina que as transferências devem ser repassadas pela União

para os estados e municípios levando em consideração critérios de rateio conforme as necessidades em saúde, balizadas nas condições demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas e espaciais. Ganha centralidade a discussão de critérios equitativos de recursos e não somente produção de ações e serviços de saúde, além da importante questão espacial.

Após as várias propostas elaboradas pelo Ministério da Saúde e não implantadas, o Conasems resolve aprimorar tais estudos. A rigor, todos os critérios que estão lá citados na Lei 141 podem ser agrupados por três eixos que contemplariam níveis de transferências globais. São eles: Eixo 1: Necessidades de saúde medidas pela situação demográfica, socioeconômica, geográfica e epidemiológica; Eixo 2: Capacidade de oferta e produção de ações e serviços de saúde; Eixo 3: Desempenho técnico e financeiro anual das ações e serviços de saúde. É fundamental que as novas categorias de repasses estejam associadas ao estabelecimento dos eixos referentes aos critérios de rateio da Lei 141/2012. Dessa forma, o planejamento local será fortalecido, à medida que, principalmente, o Eixo 3 tem como base o desempenho daquilo que se planejou em saúde e do que se realizou, isto é, o resultado em saúde.

Cabe mencionar algumas premissas gerais para a metodologia de rateio que está sendo discutida pelo Conasems: a) os recursos devem ser transferidos por critérios gerais, políticas globais de saúde

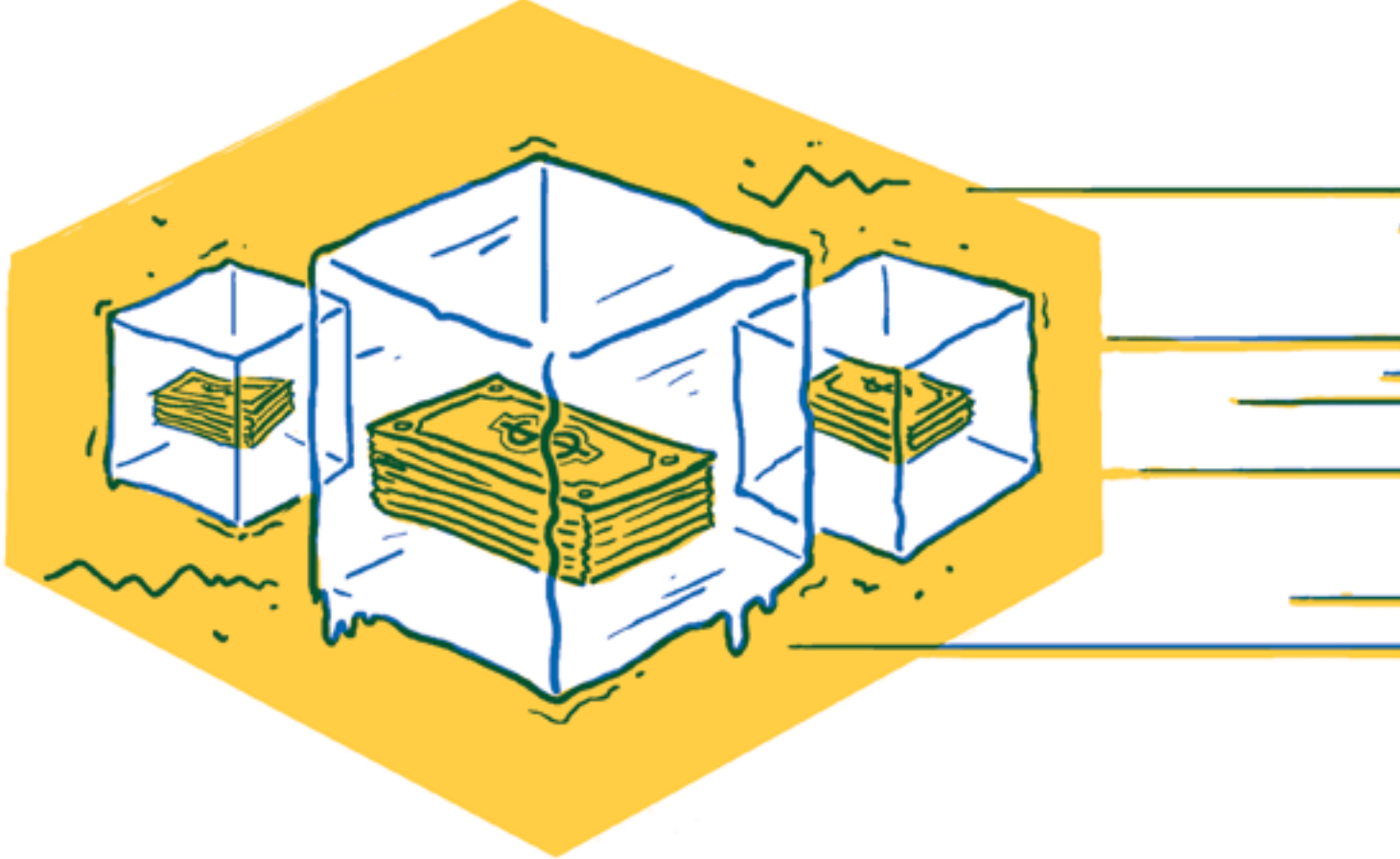


O governo federal inventava uma política e exigia que os municípios e estados a adotassem, recebendo assim incentivos financeiros. Disso resultou a criação do que na área da saúde ficou conhecido, na terminologia do senso comum sanitário, como 320 'caixinhas'.

as quais compreendem as necessidades de saúde da população. Esses recursos somados irão financiar políticas e programas de saúde, de acordo com os planos de saúde e a pactuação regional; b) a base de referência para o cálculo do valor proposto aos municípios e aos estados deve considerar a distribuição dos recursos, a partir de um valor per capita que cada um dos entes receberia; c) o valor das transferências relativo ao eixo necessidades de saúde, não considera as ações e serviços que serão realizados, mas sim as necessidades de saúde – que poderão até gerar um per capita único, o qual corrigiria, de uma maneira mais simples, desigualdades em razão da situação socioeconômica, epidemiológica, demográfica e geográfica de cada ente; d) nenhuma unidade federada teria seus recursos reduzidos em relação aos atuais, sendo somente acrescidos recursos naquelas em que o Eixo 1 – necessidades de saúde, mensuradas por um Índice – indicasse incremento de recursos, assegurando a busca da equidade na distribuição. Dessa forma, seriam exigidos recursos adicionais, o que em simulações iniciais, tem demonstrado ser possível em um processo de remanejamento dos atuais recursos orçamentários do MS.

ÁQUILAS MENDES

professor de economia da saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP

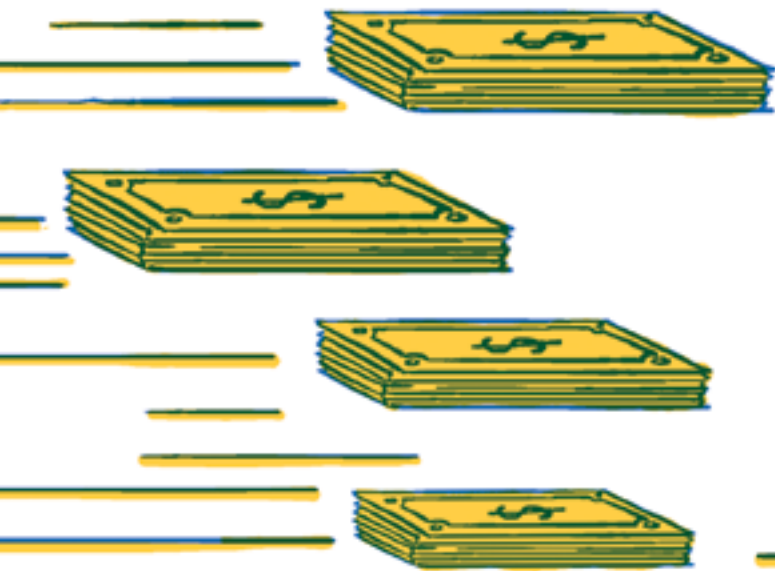


A simplificação da gestão municipal de saúde: **URGENTE e NECESSÁRIA**

Por Jonas Donizette e Carmino Antonio de Souza

Estamos em um momento muito importante no encaminhamento e votação do orçamento da União. Meses de discussões no âmbito da saúde e do governo federal foram travados na busca de simplificação da alocação dos já escassos recursos destinados à saúde, no sentido da busca de eficiência e autonomia. Deste a criação do SUS pela constituição de 1988 e com a criação dos fundos municipais de saúde, havia a intenção de integrar recursos, dando aos gestores municipais autonomia e responsabilidade em sua gestão.

Para tanto, os planos municipais de saúde (PMS) e os respectivos orçamentos passaram a ser fundamentais para uma alocação equilibrada e que pudesse ser acompanhada por todos os órgãos de regulação, inclusive o controle social. Na verdade, isto nunca se concre-



A Frente Nacional de Prefeitos (FNP) e o Conasems apoiam esta estratégia. Seria histórico e fundamental ao desenvolvimento do SUS que isto se concretizasse.

tizou, ao contrário, o “engessamento” na alocação de recursos foi se desenvolvendo, chegando ao nível “surreal” de mais de 800 “caixinhas”.

É claro que condicionar o repasse de recursos federais ao cumprimento de uma série de programas estabelecidos de cima para baixo se deu na expectativa de promover maior controle e com a intensão de que os recursos pudessem ser realmente alocados nas finalidades conveniadas entre os municípios e a federação. Infelizmente, isto não ocorreu e volumes importantes de recursos se “congelaram” sem cumprir a sua finalidade.

Os gestores municipais de saúde, acompanhados de muitos segmentos da sociedade, vêm tentando mudar esta situação no sentido de permitir a execução de um sistema mais ágil, inteligente e também responsável, de “vasos comunicantes”, onde os recursos definidos nos orçamentos e PMSs sejam realmente dispendidos de acordo com as necessidades locais e sejam acompanhados por relatórios de gestão que confirmem o real e adequado gasto dentro da saúde pública.

Como país continental, o Brasil traz desafios diversos e específicos onde ape-

nas os gestores locais conhecem e têm capacidade de executar. Assim, esta discussão ganhou vulto junto aos vários colegiados, conselhos e comissões intergestoras de nível regional, estadual e federal e apoio para que se consolide. Resta agora estabelecer que as várias instâncias de poder e controle estejam de acordo para que, em seu documento fundamental, que é a peça orçamentária federal, isto se concretize.

A proposta é muito simples e altamente factível: alocar os recursos federais da saúde a serem repassados aos níveis estaduais e municipais em duas rubricas orçamentárias: custeio e investimento. Com isto, gestores estaduais e municipais, com o conhecimento de suas necessidades e guiados pelos PMSs e respectivos orçamentos, fazem suas gestões e prestam conta através de relatórios de gestão.

Haveria, sem dúvida, mais agilidade e concretização dos projetos e prestação de serviços de promoção da saúde e assistência. A preocupação de alguns setores que pudesse haver certo enfraquecimento nas ações da atenção básica e vigilância em saúde não procede, pois tudo estaria contido nos PMSs, orçamentos e, é claro, nos relatórios de

gestão com prestação de contas de cada centavo gasto. Os órgãos de controle teriam a possibilidade de acompanhar a elaboração dos documentos norteadores, a evolução orçamentária e seus respectivos relatórios de gestão com a prestação de contas correspondente.

A Frente Nacional de Prefeitos (FNP) e o Conasems apoiam esta estratégia. Seria histórico e fundamental ao desenvolvimento do SUS que isto se concretizasse. Os gestores teriam sim mais autonomia, mas teriam também mais responsabilidade com seus orçamentos e projetos. É uma via de duas mãos que vem ao encontro de todos os princípios constitucionais e legais do SUS e de sua forma de gerir a saúde pública brasileira. Esperamos que se concretize, será um grande avanço institucional do maior sistema público de saúde do mundo e onde os municípios têm assumido cada vez maiores responsabilidades.

JONAS DONIZETTE
Prefeito Municipal de Campinas e Presidente da Frente Nacional de Prefeitos

CARMINO ANTONIO DE SOUZA
Secretário Municipal de Saúde de Campinas e Diretor do CONASEMS.



ENTREVISTA

MAURO JUNQUEIRA

Por Silvia Bessa
Foto LF Barcelos

O novo modelo de repasse dos recursos federais deve resultar numa maior eficiência na aplicação das receitas disponíveis, com base na realidade de cada território. Esta é a constatação do presidente do Conasems, Mauro Junqueira. Em entrevista, ele explica que, em dezembro de 2016, havia mais de R\$ 5 bilhões nos fundos municipais e estaduais de saúde. Algo difícil de explicar, sobretudo num ano marcado pelo congelamento de gastos e subfinanciamento público do setor. O que sobrava em algumas das centenas de funções programáticas dos orçamentos, faltava em outras. Mauro Junqueira enfatiza que a mudança atende à legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial à Lei Complementar nº 141/ 2012, e refuta a tese de que o novo modelo coloca em risco o foco na Atenção Básica.

REVISTA CONASEMS - Quais as dificuldades encontradas pelos gestores municipais para a execução das políticas públicas de saúde com o modelo de repasse adotado? A divisão em seis blocos temáticos burocratiza a execução?

MAURO JUNQUEIRA – O Governo Federal incentivou Estados e Municípios a aderirem às políticas federais – como a Política de Urgência e Emergência – UPAS e SAMU, Política Nacional de Atenção Básica – Estratégia Saúde da Família, Política de Saúde Mental - Caps, Caps infantil, Caps Álcool e Drogas. Como forma de estimular a adesão, foi criado um incentivo para cada programa, com a promessa para os gestores de contrapartida financeira da União para custeio e manutenção dos serviços de saúde previstos em cada política. No entanto, este modelo trouxe uma fragmentação tão absurda que hoje nós temos 882 formas de repassar recurso para estados e municípios por meio de seis blocos de financiamento. São as famosas “caixinhas”. Em cada bloco de financiamento há um número enorme de incentivos que foram sendo criados. A fragmentação engessa e inviabiliza a aplicação de recursos, chegando a um ponto que em 31 de dezembro de 2016 havia mais de R\$ 5 bilhões em contas nos fundos municipais e estaduais de saúde. E isso só vem crescendo, chegando em agosto de 2017 a R\$ 6,7 bilhões não utilizados nas contas estaduais e municipais. Em um sistema subfinanciado como o SUS, este saldo não utilizado por Estados e Municípios é um equívoco e inadmissível. A alocação destes recursos não levou em conta as necessidades de saúde da população. Muitas vezes o município gestor tem necessidade numa área e não tem recurso para ela. O que pedimos, isso precisa ser reforçado, nada mais é do que o cumprimento da lei complementar 141, de 2012, que regulamentou a lei

8142, de 1990. A Lei trouxe a definição do que são ações e serviços de saúde, ou seja, em que os recursos públicos devem ser gastos, bem como a forma de distribuição e repasse dos recursos federais e estaduais, considerando as necessidades de saúde da população e na modalidade fundo a fundo, destruindo desta forma todas as amarras de aplicação dos recursos que hoje são regidos pelas portarias que criaram os incentivos. A LC 141 também disciplina a forma de prestação de contas de cada ente, observando o planejamento local. Isso dá mais autonomia à gestão municipal para que estabeleça com sua comunidade, com seu Conselho Municipal de Saúde, através de conferência, um planejamento ascendente, de acordo com a necessidade da população e não de acordo com a vontade da caixa do Ministério da Saúde. Então, o que nós estamos pleiteando é que se cumpra a lei, que se transfira recursos para os municípios numa conta bancária única para custeio e outra para investimento e não em 882 caixinhas. Essa forma de repasse engessa, fragmenta, e não é efetiva.

“Desmonte do SUS ocorre com o subfinanciamento do sistema, onde o ente que menos arrecada é o que mais aplica proporcionalmente em saúde”

RC - Os críticos da unificação dos blocos de financiamento temem um desmonte da Atenção Básica e da Vigilância em Saúde, em detrimento de outras áreas. A fiscalização prevista em lei seria capaz de evitar esse risco?

MJ - A Política Nacional de Atenção Básica (a nova PNAB, publicada em setembro último) foi uma proposta dos municípios, feita por secretários municipais de saúde. Ela não foi uma proposta do Ministério da Saúde, nem dos estados. Ela foi discutida ao longo de dois anos em inúmeras rodas de conversa, em nossos dois congressos nacionais. É uma política que atende as nossas necessidades. E veja bem: 60% do gasto da equipe de saúde da família, quem banca é o município. Não é nem o estado, nem a união. 90% do gasto da vigilância, quem banca é o município. O financiamento de grande parte das despesas da saúde é feito com recursos próprios. Desmonte do SUS ocorre com o subfinanciamento do sistema, onde o ente que menos arrecada é o que mais aplica proporcionalmente em saúde. Nós precisamos é



ter um serviço eficiente, uma atenção básica resolutiva, minimizar os custos e atender a população de uma forma muito melhor do que estamos fazendo hoje. O fortalecimento da atenção básica não é só uma obrigação, eu digo que é uma saída para o conjunto dos municípios. A unificação dos blocos e a utilização global dos recursos irão simplificar a respectiva execução dos recursos, atendendo as necessidades de saúde previstas nos planos municipais de saúde.

RC - A autonomia que a mudança do repasse dos recursos dá aos gestores municipais também implica num melhor planejamento e numa maior responsabilidade. De que forma o Conasems pretende colaborar nesta transição?

MJ - O Conasems disponibilizou a todos os gestores municipais de saúde uma ferramenta de apoio para o planejamento local. Nós ofertamos duas vagas para cada município do nosso país - uma para o gestor e outra para um técnico que cuida de planejamento. A ferramenta oferece 70 horas num ambiente virtual. Nós temos que

pensar que o país tem 5570 municípios. Não dá para fazer isso de forma presencial. Então é uma modalidade nova, semelhante à ferramenta que usamos no ano passado para orientar os gestores sobre o fechamento de suas contas. Para o próximo ano, estamos preparando uma série de capacitações para todos os municípios com apoio de universidades. Estamos num momento de contratações e faremos capacitação em Vigilância, arboviroses, gestão... Nosso papel está não só em orientar o gestor, mas oferecer ferramentas para que ele possa, junto com sua equipe, fazer um melhor trabalho possível.

RC - Como é a atuação do Conasems junto ao Congresso Nacional para a defesa da Unificação dos Blocos e fortalecimento da Atenção Básica?

MJ - A nossa relação com o parlamento é colaborativa, então, o processo de elaboração e aprovação do Orçamento pelo Congresso é o momento decisivo para a materialização das políticas públicas da saúde. Se, durante a sua elaboração, deman-

das do Sistema Único de Saúde não forem contempladas, ou forem contempladas de forma insuficiente, teremos dificuldades porque é na fase deliberativa no Congresso Nacional que devem existir articulações para apresentação de emendas. Dessa forma, o Conasems vem potencializando ações estratégicas para sensibilizar os parlamentares sobre a unificação dos blocos e fortalecimento da Atenção Básica. O trabalho corpo a corpo com as principais lideranças, bancadas suprapartidárias e frentes parlamentares e, principalmente, a articulação com os parlamentares que compõem a Comissão Mista de Orçamento, faz parte da concentração de esforços dando visibilidade ao tema unificação dos blocos e ampliação de recursos para o fortalecimento da Atenção Básica. O ciclo do processo legislativo do orçamento público é complexo, do ponto de vista operacional. Porém, o Conasems não descansa e monitora diariamente todas as decisões e articulações políticas, contribuindo com propostas e reivindicações em favor do SUS.



**COMO SER
GESTOR DE
SAÚDE** *por*

ANDRÉIA PASSAMANI

Pergunta de difícil resposta, uma vez que nos leva, gestores, a uma análise profunda que mexe com nosso interior, passando pelas indagações de amigos e principalmente de familiares diante do estresse diário até chegar ao nosso prazer de lutar pela construção de uma sociedade com melhor qualidade de vida.

Parei, e fiquei várias horas pensando no que me levou a ser gestora no SUS e, claro, não achei a resposta pronta. Tenho várias possibilidades, mas nenhuma seria sozinha a resposta.

Está longe de ser pela remuneração do cargo, pois já tive várias outras oportunidades no mercado de trabalho e não assumi. Por questões de poder, autoridade? Não, esse não é meu perfil pessoal nem tão pouco profissional. porque escolhi ser Assistente Social. Aspirações políticas? Também não, pois apesar de ser servidora pública efetiva, ocupo há 13 anos o cargo de

Parei, e fiquei várias horas pensando no que me levou a ser gestora no SUS e, claro, não achei a resposta pronta. Tenho várias possibilidades, mas nenhuma seria sozinha a resposta.

Ser gestor é um pouco de tudo isso. É acreditar no sistema e lutar incansavelmente em sua defesa.

gestora municipal e vivo no meio político sem nunca ter me filiado a partido algum. Sempre apostei na política do SUS, que acredito ter se tornado o meu partido, e qualquer gestor que tiver no seu projeto de governo a defesa desse sistema, vai encontrar em mim uma grande aliada.

Será então que é isso?

Ser gestor no SUS é estar apaixonado por esse sistema e acompanhar as normas constitucionais, os decretos e as milhares de portarias que o compõem?

É atender as expectativas das duas dimensões da democracia: a representativa, que elege nas urnas prefeitos e vereadores, e a participativa, regulamentada na lei 8142, expressa pelos conselhos e conferências de saúde?

É ter conhecimento técnico em saúde pública e de planejamento, formar equipe e fomentar a articulação entre as demais pastas de governo?

É ter em suas mãos a difícil tarefa da tomada de decisão no âmbito de sua atuação, que interfere na vida de várias pessoas?

É se sentir magoado/atingido quando ouve defesas de que o SUS não funciona porque não tem Gestão? Enquanto gestora no quarto mandato, em município de grande e pequeno porte, nunca consegui realizar um planejamento plurianual ou anual que desse conta de atender a necessidade da população. Sempre tive que orientar a equipe a ajustar o planejamento ao orçamento, para que esse não fosse um instrumento de gaveta.

É acreditar na saúde enquanto qualidade de vida e se constranger cada vez que seu SIOPS aponta um aumento da aplicação dos recursos municipais na saúde, considerando as perdas crescentes da aplicação de recursos federais, que limita as demais ações da máquina pública na melhoria da qualidade de vida da população?

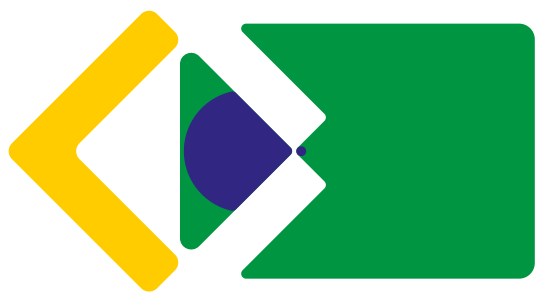
É trabalhar tentando compreender as competências dos gestores das três esferas de governo e buscar cada vez mais apostar na implantação de mecanismos de cogestão, tornando a tomada de decisão uma negociação permanente, seja nos espaços protegidos das articulações interfederativas ou mesmo no território municipal, valorizando todos os saberes?

Ser gestor é um pouco de tudo isso. É acreditar no sistema e lutar incansavelmente em sua defesa. É buscar um SUS cada vez melhor e dividir esse sonho com as pessoas.



Santa Teresa - Espírito Santo - ES

**Andréia Passamani Barbosa Corteletti -
Secretária de Saúde do Município de Santa
Teresa e presidente do COSEMS/ES**



CONASEMS

1988 - 2018

***Conselho Nacional
de Secretarias
Municipais de Saúde***

***30 anos
na defesa do SUS***

www.conasems.org.br

