



CONASS apóia Tratado Internacional

contra o Tabaco

P. 6 e 7

Novo Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, Moisés Goldbaum, fala sobre medicamentos excepcionais, Farmácia Popular, pesquisas com seres humanos e economia em Saúde.

P. 4 e 5



Brasil sem tabaco

MARCUS PESTANA
Presidente do CONASS

Cinco milhões de pessoas morrem todos os anos em decorrência dos males causados pelo fumo. Só no Brasil, são cerca de duzentas mil mortes. Esse cenário levou os países-membros da Organização das Nações Unidas (ONU) a proporem, em 1999, o primeiro tratado internacional de saúde pública, que objetiva proteger a população mundial e suas futuras gerações das conseqüências do consumo do tabaco. O Brasil foi designado pelos demais países a ser o principal negociador do tratado e teve papel de destaque no processo de elaboração e negociação do contrato internacional.

Os 192 Estados-membros da ONU levaram mais de quatro anos para elaborar a redação da Convenção-Quadro. Em 2003, então, o documento foi aceito por unanimidade pelos membros da Organização Mundial da Saúde (OMS), durante a 56ª Assembléia Mundial da Saúde. A Convenção foi, assim, aberta para assinaturas e o texto passou a tramitar nas esferas legislativas específicas de cada país para a ratificação da adesão.

Em novembro de 2004, a Convenção alcançou a ratificação de 40 países, número mínimo necessário para entrar em vigor, o que aconteceu no dia 27 de fevereiro de 2005. O Brasil foi o segundo país a assinar o tratado, mas enfrenta dificuldades para ratificá-lo. Tendo sido aprovado por unanimidade e em caráter de urgência na Câmara dos Deputados, em maio de 2004, tornou-se polêmico em setembro do mesmo ano, porque a Associação dos Fumicultores do Brasil (Afubra) divulgou informações sobre supostas implicações negativas da validação do tratado para a economia brasileira – o que resultou na pressão das indústrias e de representações de agricultores no Senado.

Há mais de um ano aguardando a decisão dos senadores, a Convenção-Quadro veio novamente à tona no último dia 31 – Dia Mundial sem Tabaco. O ministro da Saúde, Humberto Costa, pediu ao presidente do Senado, Renan Calheiros, que a medida seja ratificada e chamou de “lobby da morte” a ação das indústrias de tabaco pela não-aprovação da Convenção.

Os Secretários Estaduais de Saúde consideram importante a aprovação no Senado Federal e o retorno da liderança de nosso país à frente desse tema. A dependência da nicotina gera doenças crônicas, fazendo do tabagismo o mais importante fator de risco isolado para doenças graves e fatais como câncer, enfisemas, doenças cardiovasculares e respiratórias. Portanto, um problema que se reflete no Sistema Único de Saúde.

A data-limite para entrega da ratificação brasileira da Convenção-Quadro na OMS é 7 de novembro deste ano. Por esse motivo, o país tem até o início de outubro para validar o tratado. Caso contrário, ficará de fora das reuniões e das negociações internacionais em torno do tema.

consensus

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

COORDENAÇÃO EDITORIAL
Marcus Pestana, Ana Luiza Wenke,
Júlio Müller, René Santos e
Ricardo F. Scotti

JORNALISTA RESPONSÁVEL
Ana Luiza Wenke
RP 4313/14/21V/DF

ESTAGIÁRIA DE JORNALISMO
Adriane Cruz

Revisão
Gisela Avancini

PROJETO GRÁFICO
Fernanda Goulart

LAYOUT E DIAGRAMAÇÃO
Ad Hoc Comunicação

IMPRESSÃO E FOTOLITO
Acqua Digital

TIRAGEM
5.000 exemplares

ENDEREÇO E TELEFONE
Esplanada dos Ministérios (EMI),
Bloco G, sala 148 B

Ministério da Saúde – Ed. Anexo

70.058-900 – Brasília - DF
Tel: (61) 315-2206
Fax: (61) 315-2894

E-MAILS
conass@conass.org.br
consensus@conass.org.br

INTERNET
www.conass.org.br



Ministro recebe nova diretoria do CONASS em audiência

A nova diretoria do CONASS esteve reunida com o ministro da Saúde, Humberto Costa, no último dia 8 de junho para discutir temas como: financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS); Política de Assistência Farmacêutica; Atenção Primária; Recursos Humanos; o papel dos estados na gestão do SUS (Pacto de Gestão na Saúde e Lei de Responsabilidade Sanitária); e credenciamento de serviços de alta complexidade.

Representando o CONASS, estavam o presidente Marcus Pestana (MG) e os vice-presidentes Jurandi Frutuoso (CE), Luiz Roberto Barradas (SP) e Osmar Terra (RS). Por parte do Ministério da Saúde, participou todo o primeiro escalão.

FINANCIAMENTO DO SUS

O ministro Humberto Costa explicou que não há margem para correção dos tetos financeiros, a não ser por meio de remanejamento do orçamento, uma vez que não há previsão de recursos novos para 2005. Ele ressaltou que comparado a outros países, o investimento em Saúde no Brasil é bastante baixo e informou que no ano passado houve um déficit de R\$ 300 milhões nas áreas de média e alta complexidade hospitalar. Enfatizou que a mobilização política das três esferas de gestão do SUS por mais recursos para 2006 deve começar logo.

MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

O CONASS solicitou a definição urgente de regras claras e baseadas em dados atualizados sobre o financiamento dos medicamentos excepcionais, bem como das responsabilidades de cada esfera de governo nessa área. Costa disse que o Ministério está trabalhando o Registro de Preços e que é preciso regular o mercado, tendo em vista que há uma quantidade grande de medicamentos novos e forte lobby das empresas produtoras. Ele propôs reunião do Ministério e do CONASS com



PRESIDENTE DO CONASS, MARCUS PESTANA, EXPÕE AO MINISTRO HUMBERTO COSTA AS PRIORIDADES DO CONASS.

os líderes dos partidos no Congresso Nacional para tratar do tema. Para ambos, é preciso elaborar texto de Projeto de Lei.

LEI DE RESPONSABILIDADE SANITÁRIA

O presidente Pestana opinou que a Lei de Responsabilidade Sanitária não pode tratar somente de punições e deve ser conseqüência do Pacto de Gestão da Saúde. O ministro acredita que ela deve estabelecer claramente as responsabilidades de cada esfera de governo e as punições para possíveis violações. Na opinião dele, a lei seria o instrumento que permitiria cobrar o que for estabelecido no Pacto. Existiria um Termo de Ajuste de Conduta Sanitária para situações de falta de estrutura para o cumprimento das responsabilidades.

Costa informou ainda que o presidente Lula já aprovou em linhas gerais o texto do Projeto de Lei que está sendo produzido no Ministério da Saúde. O governo pretende abrir discussão com a sociedade por meio de consulta pública.

RECURSOS HUMANOS

Técnicos do Ministério informaram que o serviço civil, chamado de Bolsa Trabalho, já foi aprovado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e no Conselho Nacional de Saúde (CNS). A Bolsa será implementada a partir de agosto. A preocupação principal dos Secretários Estaduais de Saúde é a fixação de profissionais de saúde em áreas pouco atraentes para permanência.

SERVIÇOS DE ALTA COMPLEXIDADE

O presidente do CONASS, Marcus Pestana, solicitou ao Ministério maior agilidade para o credenciamento de serviços de alta complexidade. Contudo, o Secretário de Atenção à Saúde, Jorge Solla, explicou que existem muitas pendências nesses processos de credenciamento a serem solucionadas pelos estados.

Queremos fazer o melhor possível, e é isso que me move

Moisés Goldbaum tem um currículo marcado pela vida acadêmica. Graduado em medicina em 1967, fez especialização em Saúde Pública e obteve os títulos de mestre e doutor em Medicina Preventiva. Foi presidente da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e desenvolveu diversos projetos como consultor da Opas, do CNPQ, do Ministério da Saúde, do Governo do Estado de São Paulo, entre outros. Como acadêmico e pesquisador, tem diversas publicações em epidemiologia e saúde pública apresentadas em congressos internacionais. Assumiu a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde no dia 20 de maio. A Secretaria foi criada em 2003 para implementar ações em Saúde que visam possibilitar o acesso da população aos insumos de saúde e ao desenvolvimento científico-tecnológico que tenham aplicação no Sistema Único de Saúde (SUS). Veja, a seguir, a entrevista que ele concedeu ao Consensus.



SECRETÁRIO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, MOISÉS GOLDBAUM.

CONSENSUS – Quais as principais tarefas da Secretaria que o sr. assumiu?

GOLDBAUM – A Secretaria vai além do desenvolvimento da área de Ciência e Tecnologia no país, porque tem três departamentos (Assistência Farmacêutica; Ciência e Tecnologia; Economia em Saúde) e mais um componente que é a Farmácia Popular. As atividades do Departamento de Assistência Farmacêutica e do Programa Farmácia Popular são convergentes, pois tratam da provisão de medicamentos para a população. Esse é o maior departamento que temos. O Departamento de Ciência e Tecnologia, por sua vez, visa implementar a determinação da 1ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, realizada em 1994, que insere a Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde como um componente da Política Nacional de Saúde. O Ministério tem um papel central no desenvolvimento dessa política em todos os âmbitos em que ela se desenvolve, aportando recursos, apoiando e fomentando pesquisas. O terceiro Departamento é o de Economia em Saúde. Vamos acompanhar a discussão de orçamento e tudo que diz respeito a essa área. Atuaremos junto ao Congresso Nacional e a outros ministérios, estados e municípios.

CONSENSUS – A crescente demanda pelos medicamentos e a insuficiência de recursos são questões importantes para os estados. Qual a solução?

GOLDBAUM – Vamos elaborar propostas, fazendo investigações, buscando soluções para os problemas, identificando os gargalos. A Farmácia Popular vem responder a uma necessidade da população que vai à farmácia. É uma política de governo bastante interessante. O ideal é que todos tivessem acesso a medicamentos sem restrições.

CONSENSUS – No imaginário coletivo, o Brasil investe pouco em pesquisa. Se não há mais recursos, o que é possível fazer?

GOLDBAUM – Isso não é só o imaginário, é verdade. Mas, entre 2004 e 2005, foram R\$ 117 milhões para financiar projetos de pesquisa em todo o Brasil. O montante de recursos vem crescendo. Estamos criando uma agenda nacional de prioridades em pesquisa na área da Saúde que contemple toda a cadeia de conhecimento. Pesquisa em medicamentos, em vacina etc.

CONSENSUS – O que é o Projeto Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em Saúde?

GOLDBAUM – Como nós estabelecemos prioridades em pesquisa, essa é uma delas. Ou seja, o Ministério está priorizando pesquisas que possam aprimorar o desenvolvimento do SUS, que é o coração de nossa atividade. Esse é um prêmio anual para estimular quem trabalha nesse campo. São premiados os estudos que trazem respostas para os problemas enfrentados no SUS. Com isso, queremos aproximar a comunidade científica dos gestores, para que os resultados possam ser rapidamente incorporados ao sistema. É uma forma de aprimorar a gestão em Saúde. O prêmio é incentivo para isso. São vários níveis: artigo, mestrado, doutorado, curso de especialização.

CONSENSUS – Existem 14 projetos nos Estados do Acre, Amapá, Rondônia, Roraima e Tocantins, por meio do Projeto Pesquisa para o SUS – Saúde Amazônia. Que tipo de pesquisa é feito?

GOLDBAUM – A região Norte é extremamente carente na área de Ciência e Tecnologia. E, além disso, tem problemas muito específicos que não são explorados. Muitas vezes, as pesquisas são feitas por pessoas de fora da região, que acabam não trazendo benefícios para aquela população. A idéia é criar uma base de estudo científico e tecnológico na Amazônia.

CONSENSUS – Como funciona o Sistema de Informações sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Sisnep)?

GOLDBAUM – Já avançamos bastante nas questões éticas no Brasil. Temos comitês no país todo, praticamente. É obvio que ainda

estamos aprendendo, mas já temos um sistema consolidado. A Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde regula a ética em pesquisas de saúde em seres humanos. Temos diretrizes e normas estabelecidas. Todas as pesquisas em seres humanos têm de passar pelos conselhos de ética. Como isso é novo ainda, tem sempre um pouco de acomodação. Porém, acredito que já temos uma boa experiência. Por isso, estamos promovendo uma avaliação em todos os conselhos de ética, para estudá-los melhor e podermos apoiar o desenvolvimento deles no país todo. Os comitês são ligados a universidades, a institutos de pesquisa; ou seja, toda instituição que realiza esse tipo de pesquisa tem de ter um comitê de ética.

CONSENSUS – Como será a parceria do sr. com os Secretários Estaduais?

GOLDBAUM – Acredito que precisamos ser absolutamente solidários nas decisões e nas implementações das ações. Na questão da Assistência Farmacêutica, por exemplo, estamos buscando o que é o melhor para a população. Espero que, no campo da Ciência e Tecnologia e dos estudos de economia em saúde, possamos estar nos apoiando mutuamente. Os estados podem desenvolver programas semelhantes aos que temos no nível federal. Um exemplo é a parceria que o Ministério da Saúde tem com o Ministério da Ciência e Tecnologia, que poderia ser repetido entre as respectivas Secretarias nos estados.

CONSENSUS – Qual é o maior desafio à frente dessa Secretaria?

GOLDBAUM – Os desafios são muitos. Como somos um país de recursos limitados, temos muitas dificuldades. O que acredito ser o maior desafio é melhorar a articulação entre os diferentes projetos que estão sendo implementados, para evitar duplicações e racionalizar melhor. Outra dificuldade é como estabelecer as prioridades em pesquisa, pois o leque é grande. Não é uma tarefa fácil e simples. Queremos fazer o melhor possível, e é isso que me move.

Controle Mundial do Tabaco

Há um ano, tratado internacional aguarda aprovação no Senado para ser ratificado pelo Brasil. Ministro da Saúde pede agilidade ao presidente do Senado, que promete empenho na votação.

No Dia Mundial sem Tabaco, celebrado em 31 de maio, o ministro da Saúde, Humberto Costa, entregou ao presidente do Senado, Renan Calheiros, uma carta com 24 mil assinaturas, coletadas em diversos estados do país, reque-rendo a ratificação do primeiro tratado internacional de saúde pública – a Convenção-Quadro para o controle do tabaco. A carta dizia: “Solicito aos senadores que apoiem e participem ativamente da ratificação da Convenção-Quadro, reafirmando o compromisso de proteger e preservar a saúde da nossa sociedade, buscando garantir ao povo brasileiro o direito à qualidade de vida e ao país condições necessárias para avanços sociais e econômicos”.

Apesar de ter sido aprovada por unanimidade e em caráter de urgência na Câmara dos Deputados, em maio de 2004, a Convenção está há mais de um ano aguardando a decisão do Senado. O

texto deixou de ser prioridade em setembro do ano passado, quando a Associação dos Fumicultores do Brasil (Afubra) divulgou informações sobre supostas implicações negativas da validação do tratado para a economia brasileira – o que resultou na pressão das indústrias e de representações de agricultores, obstruindo a ratificação do tratado no Senado Federal.

O ministro pediu a Calheiros que a medida seja ratificada e chamou de “lobby da morte” a ação das indústrias de tabaco pela não-aprovação da Convenção. O Ministério da Saúde entregou aos senadores cartilhas produzidas pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca), que desmitificam a idéia de que a aprovação do tratado prejudicará os plantadores de fumo no Brasil – principal argumento da indústria do tabaco. Em resposta, Renan Calheiros disse que pretende dar caráter de urgência ao assunto: “Vou discutir o tema com

líderes partidários e me empenhar na votação da matéria”. No entanto, ele acredita que uma mobilização popular acerca do assunto seja fundamental para enfrentar o lobby feito pela indústria do tabaco.

O Brasil se destacou nas transações e na elaboração do contrato internacional e foi indicado para ser seu principal negociador. O tratado foi proposto em 1999 pelos países-membros da Organização Mundial de Saúde (OMS), a fim de proteger a população mundial e suas futuras gerações das conseqüências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas do consumo e da exposição à fumaça do tabaco.

Em novembro de 2004, a Convenção alcançou 40 ratificações necessárias para entrar em vigor, o que aconteceu em 27 de fevereiro deste ano. No início do mês de abril, 61 países haviam validado o tratado, entre eles: Alemanha, Austrália, Canadá, Dinamarca, Espanha, Finlândia, França, Índia (3º maior produtor mundial de tabaco), Japão, México, Países Baixos, Peru, Quênia, Reino Unido, Turquia e Uruguai.



RENAN CALHEIROS,
PRESIDENTE DO SENADO.



HUMBERTO COSTA,
MINISTRO DA SAÚDE.

Se quiser participar das negociações e buscar apoio para o desenvolvimento de alternativas economicamente viáveis e saudáveis para a cultura do fumo, o Brasil deverá validar o tratado e enviá-lo à ONU. A data-limite de recebimento das ratificações é 7 de novembro deste ano.

Aproximadamente cinco milhões de pessoas morrem todos os anos em decorrência dos males causados pelo fumo. No Brasil, o número de mortes chega a 200 mil. Segundo a OMS, se a atual tendência de expansão do consumo do tabaco for mantida, por volta do ano 2030, o número de mortes anuais será de 10 mil – metade delas em pessoas de 35 a 69 anos.



A Convenção-Quadro para o controle do tabaco objetiva preservar as gerações presentes e futuras das conseqüências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas do consumo e da exposição à fumaça do tabaco. As principais medidas a serem adotadas são:

Redução da demanda por tabaco: aplicação de políticas tributárias e de preços; proteção contra a exposição à fumaça do tabaco em ambientes fechados; regulamentação dos conteúdos e das emissões dos produtos derivados do tabaco e a divulgação de informações relativas a estes produtos; desenvolvimento de programas de educação e conscientização sobre os malefícios do tabagismo; proibição de publicidade, promoção e patrocínio; e implementação de programas de tratamento da dependência de nicotina.

Redução da oferta de produtos do tabaco: eliminação do contrabando; e restrição ao apoio e aos subsídios relativos à produção e à manufatura do tabaco.

Proteção ao meio ambiente.

Responsabilidade civil: inclusão das questões de responsabilidade civil e penal nas políticas de controle do tabaco, bem como estabelecimento das bases para a cooperação judicial nessa área.

Cooperação técnica, científica e intercâmbio de informações: elaboração de pesquisas nacionais relacionadas ao tabaco e seu impacto sobre a saúde pública; coordenação de programas de pesquisas regionais e internacionais; estabelecimento de programas de vigilância do tabaco; e cooperação nas áreas jurídica, científica e técnica.

FONTE: INCA.

Questões fundamentais para a formulação do Pacto de Gestão

Texto elaborado pelo Grupo de Trabalho do CONASS para a discussão do Pacto de Gestão.

Sem desconsiderar os encaminhamentos da CIT na reunião do dia 11 de maio de 2005, que definiu os eixos temáticos (verticais) e a metodologia para a discussão do Pacto, o CONASS entende que antes de entrar na discussão dos temas específicos estabelecidos (Atenção Primária, Atenção de Média e Alta Complexidade e Assistência Farmacêutica), é necessário que se definam as linhas gerais e os fundamentos para a formulação do Pacto de Gestão, cuja discussão deve responder às questões-chave que o novo Pacto pretende superar; e permitir um melhor detalhamento das questões operacionais quando da discussão dos eixos temáticos.

O Pacto de Gestão deve contemplar os princípios do SUS previstos na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990 e apontar para a construção de um modelo de atenção à saúde que busque responder aos desafios atuais da gestão e dar respostas concretas às necessidades de saúde da população brasileira.

Para a sua elaboração, é necessário que sejam definidas questões-chave (modelo de atenção à saúde, espaços territoriais, responsabilidades de gestão, instrumentos de gestão e financiamento e alocação de recursos) que balizem o seu desenho estratégico e que sirvam de diretrizes para o detalhamento operacional dos diversos temas a serem abordados.

O Pacto interfederativo não deve se restringir a uma melhoria dos mecanismos de gestão do SUS. É necessário que se institua como um Pacto pela Vida, cujo objetivo é melhorar as condições da vida dos brasileiros.

Para isso, o Pacto deve estruturar-se em torno de um conjunto restrito de metas sanitárias mobilizadoras, a partir de compromissos sanitários e de gestão que deverão ser atingidos pelo SUS. Uma delas, obrigatória, seria a redução da mortalidade infantil e materna.

O Pacto deverá realizar a mudança no modelo da atenção à saúde. A atual situação epidemiológica brasileira só pode ser enfrentada, com sucesso, por meio da organização do SUS em redes horizontais de atenção à saúde, a fim de garantir o acesso a serviços de saúde de boa qualidade.

Essas redes de atenção à saúde, coerentes com os princípios do SUS, deverão ser construídas sob a égide da responsabilidade sanitária, adequar-se à realidade de cada região do país e integrar as ações da promoção da saúde, da atenção primária, da atenção a médias e altas complexidades ambulatoriais e hospitalares, da vigilância em saúde e das políticas de recursos humanos.

A construção social dos espaços territoriais deverá fazer-se, dialeticamente, em conformidade com os princípios de economia de escala e do acesso a serviços de qualidade e em obediência aos fluxos assistenciais e às redes viárias existentes. É necessário ter, na utilização desses princípios, uma flexibilidade que permita responder às necessidades singulares de regiões de baixa densidade demográfica, como, por exemplo, a região Norte e a Amazônia Legal.

As responsabilidades de gestão deverão ser atribuídas de acordo com a legislação do SUS e com o princípio da responsabilização inequívoca. As ações de atenção primária à saúde são responsabilidade dos municípios. Deverão ser definidas as responsabilidades das três esferas de gestão na média e na alta complexidade. Todos os Entes Federativos serão gestores plenos, no

seu âmbito de ação, desaparecendo, por consequência, os mecanismos de habilitação vigentes.

É preciso reorientar o eixo da programação que deverá ser feita pelo planejamento das necessidades. Assim, todo o planejamento do SUS deverá ser realizado para atender às necessidades de saúde, expressas em situações epidemiologicamente definidas e pelas expectativas e demandas das populações.

Os principais instrumentos de gestão a serem utilizados são: de certificação, de programação, de controle e avaliação; e de contratação. O SUS dispõe de vários instrumentos de programação: a programação pactuada e integrada da assistência à saúde; a programação pactuada e integrada da vigilância em saúde; o termo de ajuste e metas da vigilância sanitária; e o pacto dos indicadores da atenção básica à saúde. Haverá de se fazer um esforço de unificação desses diferentes instrumentos.

Para que as programações se concretizem, na prática de um sistema instituído em variadas unidades de saúde e em diferentes espaços territoriais, sob a forma de redes de atenção à saúde, haverá de se organizar os sistemas logísticos, especialmente o cartão de identificação dos cidadãos e os sistemas de transportes sanitários.

O controle social deverá ser ampliado. Além dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, deverá ser estimulada a criação de Fóruns Microrregionais de Saúde.

A questão do financiamento deverá representar um ponto central do Pacto. É fundamental que os gestores do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde acordem que os recursos comprometidos com o SUS, mesmo se cumprida a Emenda Constitucional nº 29, não serão suficientes para instituir um sistema público universal para toda a população brasileira, tal como determina a Constituição Federal e a legislação infraconstitucional. Essa mensagem deverá ser transmitida, de forma intensa e continuada, à população brasileira e constituirá a sinalização mais clara para o movimento de politização da Saúde no país. É necessário romper os limites setoriais e levar a discussão sobre a política pública de Saúde para os parlamentos, as universidades, os sindicatos,

as associações corporativas, as igrejas, a mídia, os movimentos sociais, a fim de que a sociedade organizada decida qual SUS quer e quanto está disposta a pagar por ele, mediante impostos e contribuições financeiras.

O financiamento deverá ser tripartite, portanto, solidário entre a trina federativa, obedecerá ao princípio da equidade e se fará, diversamente, para custeio e investimentos. Os fluxos de recursos intergestores deverão ser feitos fundo a fundo e em cinco grandes blocos: Atenção Primária à Saúde, Atenção à Média Complexidade, Atenção à Alta Complexidade, Vigilância em Saúde e Assistência Farmacêutica.

Essas transferências intergestores serão concretizadas mediante contratos entre as partes que definam os produtos a serem realizados e seus resultados, com base na programação pactuada e integrada; esses contratos deverão ser monitorados e avaliados por um sistema de controle e avaliação acordado entre as partes.

O pagamento dos serviços aos prestadores será feito, também, com base na programação pactuada e integrada. Envolverá contratos entre os gestores e os prestadores e sistemas de controle e avaliação desses contratos. O sistema de pagamento deverá evoluir, ao longo do tempo, para um sistema de pagamento por capitação ou orçamento global.

Com base na discussão dessas questões-chave e nos seus desdobramentos é que devem ser feitos a discussão e o detalhamento operacional dos eixos verticais (grandes temas).

DISTRITO FEDERAL

O Secretário de Saúde do Distrito Federal, José Geraldo Maciel, já está colocando em prática o seu plano de ação para o setor. Entre as principais medidas adotadas, está o fortalecimento dos centros e dos postos de saúde do DF, que contarão com clínico geral, pediatra, ginecologista, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e pessoal de apoio, bem como com suporte de remédios e insumos básicos. Paralelamente, o Programa Família Saudável também será reforçado. O objetivo é desafogar os hospitais do sistema público. "Com a reestruturação da Atenção Básica, podemos atender a até 80% da demanda das unidades de nível secundário", estima Maciel.

SÃO PAULO

O Estado de São Paulo registrou em 2004 o menor índice de mortalidade infantil da história. É o que demonstra o levantamento da Secretaria de Estado da Saúde. Nas 645 cidades do estado, a marca foi de 14,25 (14,25 mortes para mil nascidos vivos), redução de 83% em comparação a 1975, quando o coeficiente foi de 85,24. A assistência ao recém-nascido, a expansão do saneamento básico e as campanhas de vacinação são os principais motivos para a queda da taxa. Em 2003, o índice no estado foi de 14,8. No ano anterior, esse número era de 15,04. Em 2001, foi 16,07. Em 229 cidades do estado, a taxa ficou abaixo de dois dígitos, nível comparado com os países desenvolvidos da Europa.

MINAS GERAIS



Com a presença do Secretário de Estado de Saúde, Marcus Pestana, e de vários prefeitos e Secretários Municipais de Saúde, foi lançada no dia 25 de maio, em Santa Luzia, mais uma fase do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (Pró-Hosp). Nessa fase, o Programa será estendido aos hospitais de 55 microrregiões, implantando o Pró-Hosp em todo o estado. O Governo de Minas já investiu R\$ 85 milhões no Programa. Com a liberação de mais R\$ 20 milhões para os 55 pólos das microrregiões restantes, já são mais de R\$ 105 milhões do Tesouro do estado investidos no Pró-Hosp. Alguns dos hospitais beneficiados por essa nova fase já receberam recursos em maio. O Pró-Hosp é uma iniciativa do Governo de Minas Gerais que garante recursos adicionais aos principais hospitais estaduais, visando à melhoria no atendimento à população e do gerenciamento das diversas unidades hospitalares e oferecendo ainda cursos de gestão hospitalar, obrigatórios para todos os participantes do

Programa, que têm como fruto o Plano Diretor do próprio hospital da rede Pró-Hosp.

PARANÁ

Em comemoração ao Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna, no dia 28 de maio, a Secretaria de Saúde do Paraná lançou manuais educativos que foram distribuídos para as 22 Regionais de Saúde. O objetivo é melhorar ainda mais a estrutura ofertada pela Secretaria, visando sempre à qualificação no atendimento à gestante e aos bebês de alto risco. No início de abril, o Secretário Cláudio Xavier lançou um grande mutirão para combater a mortalidade materna e infantil no estado. Durante a reunião Bipartite, Xavier convocou todos os prefeitos, os Secretários Municipais de Saúde e as instituições públicas e privadas a se engajarem no objetivo de diminuir os índices em 10% até o fim de 2006. Até agora, já foram investidos mais de R\$ 7 milhões em equipamentos para hospitais de referência para o tratamento de gestantes de alto risco.

RIO GRANDE DO NORTE

A humanização nos hospitais tem sido fortalecida no Rio Grande do Norte. O coordenador do Programa Estadual de Humanização da Assistência à Saúde, Tarcísio Gurgel, e sua equipe estão realizando cursos em unidades hospitalares do estado, como no Hospital Universitário Onofre Lopes, no Hospital de Currais Novos e no Hospital Pediátrico (Hosped) da UFRN. No Hospital

ESTADOS

Walfredo Gurgel, no qual a capacitação começou no dia 27 de maio, o treinamento assume caráter inédito por ter duração de três meses e público-alvo em torno de 400 profissionais. A grade de conteúdos do curso abrange os módulos: Nova Cultura no Atendimento Hospitalar; Serviço Social e Relacionamento em Saúde; e Aspectos Jurídicos da Humanização.

PIAUI



Piauí consolida seu Plano Diretor de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde. O desafio de ser o segundo estado do país a aceitar a proposta de avaliar, implantar e adequar a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde começou a ser discutido no mês de maio com representantes de todas as regiões do Piauí. Durante seminário realizado dias 18 e 19 de maio, a Secretária Estadual da Saúde do Piauí, Tatiana Chaves, explicou que a política estadual de humanização garante desde o aparelhamento de hospitais, por meio da aquisição de novos equipamentos, até a educação permanente dos servidores.



REPRESENTANTE DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, NILDES ANDRADE; PRESIDENTE DO CONASS, MARCUS PESTANA; SECRETÁRIO DE SAÚDE DE SÃO LUIS, EDMUNDO COSTA; PRESIDENTE DO CONASEMS, SÍLVIO FERNANDES; E MINISTRO DA SAÚDE, HUMBERTO COSTA.

Posse do Conasems

A solenidade de posse da nova diretoria do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) foi realizada no último dia 8 de junho em Brasília e contou com a presença do ministro da Saúde, Humberto Costa, do presidente do CONASS, Marcus Pestana, de parlamentares, prefeitos e autoridades da área da Saúde dos governos Federal, Estadual e Municipal.

O novo presidente, Sílvio Fernandes, falou sobre as diretrizes a serem seguidas pelo Conselho nos próximos dois anos, com o objetivo de fortalecer a participação dos municípios nas discussões sobre Saúde Pública. Dois pontos citados por ele como fundamentais foram o financiamento e a gestão do trabalho.

A importância do Conasems para a consolidação do SUS foi lembrada pelo ministro da Saúde, Humberto Costa, em sua saudação.

CNS não aprova Programa de Transição das Equipes do PSF

Reunido nos dias 8 e 9 de junho, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) posicionou-se contrário ao Programa de Transição das Equipes do Programa de Saúde da Família, cuja proposta foi apresentada pelo Ministério da Saúde ao Grupo de Trabalho de Atenção Básica. Foram sete votos a favor, 16 contra e seis abstenções. Alguns conselheiros consideraram a proposta um retrocesso que traria prejuízos ao modelo de Atenção Básica, pois possibilitaria a fragmentação do financiamento. Segundo esse argumento, se trataria de estratégia de reversão do modelo – sem aprofundamento de avaliação e com graves distorções no país. Eles acreditam que o plano pretendia qualificar a Atenção Básica, mas não trazia soluções pontuais. Além disso, se aprovado, desagregaria as unidades básicas hoje vigentes, possibilitaria a precarização do trabalho de RH e aprofundaria as diferenças salariais.

8 e 9 de junho

Reunião do Conselho Nacional de Saúde – Brasília/DF

14 a 18 de junho

1º Simpósio Internacional da Conferência Luso-Francófona da Saúde (Colufras) – Montreal/Canadá



13 e 14 de julho

Reunião do Conselho Nacional de Saúde – Brasília/DF

20 de julho

Assembléia do CONASS – Brasília/DF

28 a 30 de junho

Simpósio sobre Política Nacional de Saúde – Auditório Nereu Ramos – Brasília/DF



29 de junho

Assembléia do CONASS – Brasília/DF



30 de junho

Reunião da Comissão Intergestores Tripartite – Brasília/DF

21 de julho

Reunião da Comissão Intergestores Tripartite – Brasília/DF



PRESIDENTE: Marcus Pestana (MG). **VICE-PRESIDENTES:** Fernando Cupertino (GO); Fernando Dourado (PA); Jurandi Frutuoso (CE); Luiz Roberto Barradas (SP); e Osmar Terra (RS). **SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE:** Anselmo Tose (ES); Cláudio Xavier (PR); Eugênia Glaucy Moura Ferreira (RR); Fernando Cupertino (GO); Fernando Dourado (PA); Gentil Porto (PE); Gilson Cantarino (RJ); Gismar Gomes (TO); Helena Maria Duailibe Ferreira (MA); José Antônio Alves (BA); José Geraldo Maciel (DF); José Lima Santana (SE); Jurandi Frutuoso Silva (CE); Kátia Born (AL); Luiz Eduardo Cherem (SC); Luiz Roberto Barradas Barata (SP); Marcos Henrique Machado (MT); Marcus Vinícius Pestana (MG); Matias Gonsales Soares (MS); Milton Luiz Moreira (RO); Osmar Terra (RS); Reginaldo Tavares de Albuquerque (PB); Ruy Pereira (RN); Suely de Souza Melo (AC); Tatiana Vieira Sousa Chaves (PI); Uilton José Tavares (AP); e Wilson Duarte Alecrim (AM). **SECRETÁRIO EXECUTIVO:** Ricardo F. Scotti. **ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO:** Adriane Cruz e Ana Luiza Wenke. **ASSESSORIA TÉCNICA:** Déa Carvalho, Gisele Bahia, Júlio Müller, Luiz Fernando Rolim, Regina Nicoletti, René Santos, Rita Cataneli e Viviane Luiz. **APOIO ADMINISTRATIVO:** Adriano Salgado, Carolina Abad, Júlio B. C. Filho, Luciana Tolêdo Lopes, Paulo de Paiva Arbués e Sheyla Ayala. **CÂMARAS TÉCNICAS:** Assistência Farmacêutica; Atenção à Saúde; Epidemiologia; Gestão e Financiamento; Informação e Informática; Recursos Humanos e Vigilância Sanitária.