

Os Secretários Estaduais de Saúde acreditam que a **CONFERÊNCIA SÉRGIO AROUCA** representará um salto qualitativo na permanente construção do SUS, e entendem ser inadiável a redefinição das competências e das responsabilidades de cada uma das três esferas de governo, visando ao aprimoramento da qualidade da atenção à saúde da população.

Por isso, o **Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)** apresenta para a Conferência alguns pontos de consenso obtidos entre os Secretários, e que foram discutidos nas Conferências Estaduais, como: promoção e intersetorialidade; vigilância à saúde; atenção básica; média e alta complexidade; comando único; instâncias de negociação e deliberação; nova norma operacional; assistência farmacêutica; recursos humanos; e financiamento.

A relevância dos temas é evidente, e eles precisam ser aprofundados. É hora de repensarmos a “Saúde que temos, o SUS que queremos” com a mesma disposição e visão crítica de 1986, na 8ª Conferência, quando debatemos a “Saúde como Direito de Cidadania”.

O CONASS tem o permanente compromisso de defender os princípios do SUS, conquistados na Constituição de 88, aprofundar a reforma sanitária brasileira, na busca do paradigma da promoção da saúde, assegurar o acesso com qualidade e integralidade e promover a inclusão social.

O compromisso dos Secretários Estaduais com a 12ª Conferência Nacional de Saúde pode ser medido pelo esforço despendido, juntamente com os Conselhos Estaduais de Saúde, na organização e na realização das Conferências de Saúde nas 27 unidades da federação.

Gilson Cantarino O’Dwyer  
- Presidente do CONASS

Principais pontos de consenso construídos pelos gestores estaduais e extraídos do relatório final do **1º Seminário do CONASS para a Construção de Consensos.**

## PROMOÇÃO E INTERSETORIALIDADE 1

Os Secretários Estaduais de Saúde defendem a valorização e a priorização das atividades de Promoção da Saúde, com ênfase na articulação intersetorial, promovendo parcerias intra e extragovernamentais, que devem constar de políticas, planos e orçamentos estaduais de saúde como um dos eixos para a mudança do modelo de atenção à saúde.

Para isso, querem delimitar o conceito, o campo de ação e as atribuições do gestor estadual na Promoção, valorizar os cenários epidemiológicos na definição de prioridades de investimentos e propor políticas e programas articulados para o enfrentamento dos principais problemas de saúde.

Os Secretários Estaduais de Saúde pretendem construir com os municípios projetos de Promoção que possam ser reproduzidos, não se limitando ao cumprimento da agenda federal, e trabalhar institucionalmente a Promoção da Saúde com usuários e servidores, pautando o tema de forma transversal em todos os processos de capacitação, bem como na agenda de informação e comunicação.

## ATENÇÃO BÁSICA 2

Os gestores estaduais propõem o fortalecimento da Atenção Básica entendendo-a como eixo fundamental para a mudança de modelo assistencial. Eles acreditam que a organização dos sistemas de saúde pressupõe o fortalecimento do nível primário de atenção, porque é a principal porta de entrada do serviço de saúde, ressaltadas as situações de atendimento de urgência/emergência.

A responsabilidade pela organização e pela operacionalização da área é do gestor municipal, mas cabe às Secretarias Estaduais a formulação de política, o planejamento, o co-financiamento, a formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, a cooperação técnica e a avaliação, no âmbito do território regional e estadual.

Para exercer esse papel, as Secretarias Estaduais devem adotar medidas para apoiar os municípios para que possam assumir as responsabilidades na Atenção Básica, coordenar a instalação e a implementação dos Pólos de Educação Permanente e recomendar que a discussão sobre a política de Assistência Farmacêutica Básica seja inserida no contexto da Atenção Básica.

Outro campo importante é trabalhar a qualificação da família e da comunidade para conquistar autonomia de prover também cuidados contínuos para pacientes portadores de doença crônica e portadores de necessidades especiais.

## VIGILÂNCIA À SAÚDE 3

Na última década, a preocupação com a construção de um modelo assistencial que articulasse os conhecimentos e as técnicas provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde expressou-se na utilização do termo “vigilância à saúde” (Teixeira et al., 1999), definindo-se que esta “trabalha com a conceituação mais ampla do papel da epidemiologia nos serviços de saúde, incluindo avaliação e pesquisa” e que “em suas propostas de ação, deve apreender a desigualdade social, e portanto a distribuição desigual de agravos à saúde”, representando um “deslocamento da base conceitual do exclusivo controle e/ou erradicação dos agentes para a compreensão das relações sociais que definem a desigualdade” (Mendonça et al., 1994)1.

### VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Os Secretários Estaduais de Saúde propõem que o marco regulatório da Vigilância Sanitária tenha como parâmetro a preservação da qualidade e a adequação às realidades locais e regionais, além de fortalecer o papel dela nas ações de promoção à saúde; assegurar a integração da área técnica da Vigilância Sanitária com os demais setores da Secretaria Estadual de Saúde, fortalecendo a política de desenvolvimento de recursos humanos e o aperfeiçoamento dos sistemas de informação.

### VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL

É necessário priorizar a estrutura tecnológica e de recursos humanos dos municípios para o desenvolvimento das ações e desenvolver nas Secretarias Estaduais de Saúde a função de acompanhamento e cooperação técnica junto aos municípios. E, também, integrar a Vigilância Epidemiológica e Ambiental com demais áreas técnicas, para melhorar a articulação de ações para o cumprimento das metas, acompanhamento e avaliação. Deve-se priorizar a integração dos sistemas de informação de base nacional e incorporar os indicativos pactuados no âmbito nacional, estadual e municipal.

### INTEGRAÇÃO DAS VIGILÂNCIAS

Os gestores estaduais acreditam na possibilidade de integração das ações de Vigilância (Epidemiológica, Sanitária e Ambiental) nos espaços microrregionais, na elaboração e na coordenação do Plano Diretor de Regionalização (PDR).

Para isso, as Secretarias Estaduais de Saúde devem adotar medidas para induzir a integração destas ações e para integrar e capacitar os recursos humanos das respectivas áreas.

1 Epidemiologia e Controle de Doenças. In: PARA ENTENDER O SUS.

CONASS/PROGESTORES. Brasília, 2003.

## NOVA NORMA OPERACIONAL 4

Os Secretários Estaduais de Saúde propõem a elaboração de uma nova norma voltada para a construção de um modelo de atenção que contemple os princípios e as diretrizes do SUS, em substituição à Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/01/2002).

Esta nova norma deve ser elaborada sob a égide da responsabilidade sanitária, adequada à realidade de cada estado e região do país, integrando ações de promoção à saúde, atenção primária, assistência de média e alta complexidade/custo, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental e políticas de recursos humanos. Os Secretários Estaduais de Saúde propõem ainda que esta norma estabeleça uma nova modalidade nas relações intergestores com base em um tipo de “contrato de gestão”, cujo eixo seja o reconhecimento da capacidade de condução e reitoria do SUS no âmbito estadual, e o pleno exercício das macrofunções estaduais, com ênfase na cooperação técnica descentralizada e permanente, junto aos municípios.

## COMANDO ÚNICO 5

Os Secretários Estaduais de Saúde querem rediscutir amplamente o “comando único” (NOAS/SUS 01/02) e o conceito de “direção única em cada esfera de governo” (inciso IX do art.7º da Lei 8.080/90), para garantir o direito à saúde do cidadão, independentemente do município onde reside.

Entendem que a gestão das referências intermunicipais e de unidades de referência regionais/estaduais deve ser de responsabilidade do estado (inciso IX do art. 17º da Lei 8080/90), ou conforme pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e homologado no Conselho Estadual de Saúde.

O município é responsável, então, pelos serviços que atendem apenas a sua população, ou seja, os que não são de referência nem nacional, nem estadual. Já na esfera federal, o comando único deve ser relativo ao atendimento da população nos serviços de referência nacional. Além disso, um prestador de serviços (público ou privado) deve estar sob comando de um único gestor (municipal ou estadual), bem como este gestor só pode contratar serviços nos limites de seu território.



Os Secretários Estaduais de Saúde, suas equipes e a Secretaria Executiva do CONASS prestam homenagem ao companheiro Sérgio Arouca, líder de toda uma geração de sanitaristas e ex-Secretário de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

CONASS  
conselho nacional de secretários de saúde



## RECURSOS HUMANOS 6

Os gestores estaduais afirmam a prioridade da discussão das questões referentes à política de recursos humanos para a saúde. Querem que o profissional de saúde seja considerado como carreira típica de Estado e defendem o concurso público como forma prioritária de processo seletivo. Propõem que seja pautado na Comissão Intergestores Tripartite a análise do documento “Princípios e Diretrizes para a Elaboração da Norma Operacional Básica para Recursos Humanos do SUS” (NOB/RH-SUS).

Os Secretários Estaduais de Saúde apóiam a constituição das Mesas de Negociação como fórum privilegiado de discussão das questões de recursos humanos em todos os níveis da gestão do SUS. Eles propõem, também, que ao se expandir serviços fique garantida a contratação de recursos humanos necessários ao funcionamento deles.

Além disso, é preciso desenvolver capacitação interna permanente para todos os servidores sobre os princípios do SUS. E, nesses processos de capacitação, incorporar a dimensão ética como uma das formas de melhorar a relação da equipe da saúde com a população. Os estados apóiam a proposta de constituição dos pólos de Educação Permanente.

Ainda assim, é importante fazer estudo sobre a atuação de profissionais estrangeiros no país e apoiar os municípios na identificação de alternativas de contratação que sejam compatíveis com as distintas realidades e com a Lei de Responsabilidade Fiscal.

E, mais, os Secretários Estaduais de Saúde recomendam aos Ministérios da Saúde e da Educação que sejam estabelecidas normas para a formação dos profissionais de saúde, observando as prioridades do setor público, e que seja feito estudo de novas alternativas para interiorização de profissionais, a exemplo do serviço civil obrigatório ou voluntário, além de estudo da possibilidade de contratação de residentes para atuação na Atenção Básica.

## MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE 7

### ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

As Secretarias Estaduais de Saúde devem assumir o seu papel de coordenação e regulação do Sistema de Urgência e Emergência, de forma a garantir o acesso da população aos serviços. Considerando que a macrofunção de regulação é de competência estadual, a Secretaria de Saúde do Estado deve identificar as necessidades da população para garantir o acesso aos serviços no âmbito regional e estadual.

Assim, deverá propor o Plano Estadual de Urgência e Emergência, construído de forma participativa, com base no Plano Diretor de Regionalização. Também cabe à secretaria estadual apoiar a operacionalização do plano, inclusive com possível financiamento.

### SISTEMA DE CONTROLE, REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO

Os principais problemas enfrentados pelos gestores estaduais ao operar o sistema de controle, regulação e avaliação são a falta de clareza no entendimento conceitual destas funções, a inexistência de um sistema eficiente de regulação, controle e avaliação e a insuficiência de recursos financeiros para implantação do Sistema Regulador. Há também o excesso de normatização do Ministério da Saúde e o perfil da auditoria é inadequado.

Para superar esses problemas, faz-se necessária a implantação do Sistema de Regulação. E, para isso, é preciso ter política de capacitação e contratação de recursos humanos, negociação e pactuação entre os gestores e com os prestadores, utilização de instrumento de contratação e melhoria da articulação da regulação com o controle e a avaliação.

A criação dos sistemas regionais, por exemplo, facilitariam o processo de referência e contra-referência. Seria necessário também definir política de financiamento para a operacionalização dos Sistemas Reguladores na assistência hospitalar e ambulatorial, além de garantir recursos das três esferas de governo para a aquisição de equipamentos e insumos.

A Secretaria Estadual de Saúde deve regular o acesso da população referenciada para municípios em Gestão Plena, em articulação com o gestor do município. No caso de municípios não habilitados na condição de gestão plena, ela é responsável pela regulação das referências e dos prestadores de serviços. Portanto, o município em Gestão Plena regula o acesso de sua população aos serviços em seu território e a Secretaria Estadual de Saúde regula o acesso das populações referenciadas aos serviços desse município.

Já a regulação da rede de serviços, inclusive os de urgência e emergência de abrangência municipal, deve ser de responsabilidade do gestor municipal que contrata os serviços e controla os recursos. Cabe ao Ministério da Saúde realizar a regulação das referências interestaduais, além de definir e coordenar os sistemas de alta complexidade, conforme definido no artigo 16 da Lei 8.080/90.

As Secretarias Estaduais de Saúde defendem a expansão do cartão SUS para todos os municípios, como identificação do usuário e condição facilitadora para a regulação e a garantia de acesso e referência.

## INSTÂNCIAS DE NEGOCIAÇÃO E DELIBERAÇÃO 8

Na opinião dos gestores estaduais, as diferentes atribuições das instâncias de gestão colegiada (Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite) e das instâncias de controle social (Conselhos de Saúde) estão claras. As Comissões Intergestores discutem e definem os aspectos operacionais e os Conselhos de Saúde deliberam e avaliam a execução da política de saúde.

Com essa preocupação, os Secretários Estaduais propõem o fortalecimento de todas as instâncias de gestão (CIB e CIT) e dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais.

## FINANCIAMENTO 9

Os Secretários Estaduais de Saúde reafirmam seu compromisso histórico de lutar pelo cumprimento da Emenda Constitucional 29 e ressaltam a urgente necessidade de sua regulamentação por meio de lei complementar.

Propõem a construção de uma nova política de alocação de recursos que rompa com o financiamento fragmentado, voltado para a oferta e que assegure o enfrentamento das desigualdades regionais e das diferentes realidades epidemiológicas e sociais.

Para os Secretários, a demonstração, com transparência, dos gastos estaduais, municipais e federais em saúde e o incremento da participação dos estados no financiamento do SUS são fundamentais.

Uma das principais dificuldades no financiamento da promoção da saúde é a ausência de políticas de financiamento para saneamento básico (água, lixo e esgoto), fundamental para o fortalecimento das ações. Para superar esse quadro, os cenários epidemiológicos precisam ser valorizados para a definição de prioridades de investimentos na área da saúde.

Os Secretários de Saúde dos estados propõem a revisão dos limites financeiros dos recursos federais para Assistência de Média e Alta Complexidade, promovendo a redução de desigualdades entre as unidades da federação. Além disso, torna-se necessária a revisão dos valores das tabelas de procedimentos (ambulatoriais - SIA e hospitalares - SIH), para corrigir a enorme defasagem entre os custos reais e os valores remunerados pelo SUS.

## ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA 10

Além desses pontos discutidos no 1º Seminário de Construção de Consensos, o CONASS registra a necessidade de incremento dos recursos financeiros destinados ao Incentivo da Assistência Farmacêutica Básica e de definição das atribuições e das responsabilidades das três esferas de governo na Assistência Farmacêutica em seus diversos níveis de atenção (básica, média e alta complexidade).

O Conselho entende que os atuais programas verticalizados e fragmentados do Ministério da Saúde (como por exemplo: Hipertensão, Kit SF, entre outros) devem ser revistos, com a definição de uma nova sistemática de repasse dos recursos a eles referentes.

Uma das grandes preocupações é a questão dos Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional, que têm sido tema prioritário de discussão do CONASS junto ao Ministério da Saúde. Estes medicamentos devem ser objeto de uma proposta de reorganização que contemple entre outros pontos: a revisão de seu elenco e da tabela de procedimentos do Ministério da Saúde; o aporte de recursos financeiros federais adequados para atender às necessidades; a dispensação de acordo com protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas; a clara definição de responsabilidades dos gestores.

O CONASS manifesta ainda a importância do fortalecimento da capacidade de produção dos laboratórios oficiais e propõe que se estude a possibilidade de quebra de patentes de alguns medicamentos, de forma a garantir o acesso a toda a população que deles necessita.

## CARTA DE SERGIPE

Aracajú, SE, 12 de julho de 2003.

Os Secretários Estaduais de Saúde das 27 unidades da Federação, reunidos em Aracajú, Sergipe, entre 10 e 12 de julho de 2003, em Seminário do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), apresentam, como resultado consensual das discussões, suas preocupações e prioridades quanto à organização, gestão e financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

1. Os Secretários Estaduais de Saúde reafirmam o seu compromisso com os princípios e diretrizes constitucionais do SUS, cuja implantação representa um movimento de reforma setorial dos mais expressivos realizados no Brasil. Reconhecem os significativos avanços alcançados nos últimos 15 anos e os grandes desafios a serem enfrentados.

2. Propõem o fortalecimento da Atenção Primária, entendendo-a como a principal porta de entrada da rede de serviços integrados e como eixo fundamental para a mudança de modelo assistencial. Defendem a responsabilidade inerente do gestor municipal pela organização e operacionalização da Atenção Primária, mas entendem como da esfera estadual as macrofunções de formulação da política, de planejamento, de co-financiamento, de formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, de cooperação técnica e de avaliação, no âmbito do território regional e estadual. A Atenção Primária deve ser orientada para o cidadão e sua autonomia, para a família e a comunidade e ser qualificada no sentido de também prover cuidados contínuos para pacientes portadores de patologia crônica e portadores de necessidades especiais. Os Secretários consideram que o Programa de Saúde da Família deve ser a principal estratégia organizativa da Atenção Primária no âmbito do SUS.

3. Defendem a valorização e a priorização das atividades de Promoção da Saúde, que deve ser entendida a partir de um enfoque mais abrangente do conceito de saúde e de seus múltiplos determinantes, com ênfase na articulação intersetorial, através de parcerias intra e extragovernamentais, devendo constar das políticas, planos e orçamentos estaduais de saúde como um dos eixos para a mudança do modelo de atenção à saúde.

4. Consideram urgente e necessária uma ampla rediscussão quanto ao entendimento de “comando único” nos termos da NOAS/SUS/2002 e do conceito de “direção única em cada esfera de governo”, nos termos do artigo 7º da Lei 8.080/90. O comando único deve ser uma diretriz organizativa do SUS voltada para a garantia do direito à saúde do cidadão, independente do município onde reside. Em função disso, e considerando o papel das Secretarias Estaduais de Saúde, entendem que a gestão das referências intermunicipais deve ser de responsabilidade do gestor estadual, observadas as pactuações nas Comissões Intergestores Bipartites e deliberações dos Conselhos Estaduais de Saúde.

5. Afirmam como prioritário e necessário o fortalecimento do papel regulador dos Estados, notadamente na regulação do acesso das populações referenciadas para municípios habilitados na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, em articulação com o gestor municipal, e na regulação das referências intermunicipais e dos prestadores de serviços nos municípios não habilitados na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal. Defendem a configuração de uma rede de ações e serviços de saúde capaz de garantir o acesso, a circulação e o acompanhamento dos pacientes entre os diversos níveis de atenção, orientados por um sistema de referência e contra-referência municipal, intermunicipal e interestadual.

6. Os Secretários de Saúde reafirmam seu compromisso histórico de lutar pelo cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 e ressaltam a necessidade de sua imediata regulamentação por meio de lei complementar. Propõem a revisão urgente dos Limites Financeiros Federais da Assistência de Média e Alta Complexidade contemplando as reais necessidades de cada Unidade da Federação e observando o disposto no orçamento do Ministério da Saúde que prevê alocação de recursos com o objetivo de reduzir desigualdades regionais. É necessária a construção de uma nova política de alocação de recursos visando a redução das desigualdades macrorregionais, interestaduais e intermunicipais. Demandam a revisão dos valores das tabelas de procedimentos ambulatoriais e hospitalares (SIA e SIH - SUS), de modo a corrigir a enorme defasagem entre os custos reais e os valores remunerados pelo SUS.

7. Afirmam a prioridade da discussão das questões referentes à política de recursos humanos para a saúde. Apóiam a constituição das Mesas de Negociação como fórum privilegiado de discussão das questões relativas a RH em todos os níveis da gestão do SUS. Defendem o concurso público como forma prioritária de provimento das vagas ofertadas pelos gestores do SUS, e propõem que seja pautado na Comissão Intergestores Tripartite a análise do documento “Princípios e Diretrizes para a Elaboração da NOB/RH-SUS”.

8. Os Secretários de Saúde reafirmam a importância da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e das Comissões Intergestores Bipartites (CIB) como instâncias de negociação e pactuação dos aspectos operacionais do SUS. Ressaltam como fundamental o controle social exercido por meio dos Conselhos de Saúde. Manifestam, contudo, sua preocupação com a necessária observância das distintas atribuições, responsabilidades e prerrogativas tanto das instâncias intergestoras quanto dos Conselhos, evitando-se conflitos de competências.

9. Propõem a elaboração de uma nova norma voltada para a construção de um modelo de atenção que contemple os princípios e as diretrizes do SUS, em substituição à Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/01/2002). Esta nova norma deve ser elaborada sob a égide da responsabilidade sanitária, adequada à realidade de cada estado e região do país, integrando ações de promoção à saúde, atenção primária, assistência de média e alta complexidade/custo, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental e políticas de recursos humanos. Propõem que esta norma estabeleça uma nova modalidade nas relações intergestoras com base em um tipo de “contrato de gestão”, cujo eixo seja o reconhecimento da capacidade de condução e reitoria do SUS no âmbito estadual, e o pleno exercício das macro-funções estaduais, com ênfase na cooperação técnica descentralizada e permanente, junto aos municípios.

10. As propostas aqui apresentadas em consenso pelos Secretários Estaduais de Saúde representam o estabelecimento de compromissos para o enfrentamento das desigualdades sociais e regionais e a promoção da inclusão social, buscando o permanente aperfeiçoamento do SUS, com o olhar voltado para o futuro e a construção da cidadania.

Gilson Cantarino O’Dwyer  
Presidente do CONASS

