

**Conselho Nacional de
Secretarias Municipais de Saúde**

**SEMINARIO ESTADUAL DE
GESTÃO EM SAÚDE : PLANEJAR E
AVALIAR NO SUS
Florianópolis, 2 de junho de 2011**

**AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE
ORDENADAS PELA ATENÇÃO
PRIMÁRIA**



Relatório Dawson - 1920

- Dawson tem o crédito de ter proposto **pela primeira vez** o esquema de rede
- Médico que trabalhou na **organização de serviços de emergência na I guerra**
- O primeiro Ministro da Saúde o nomeou coordenador de uma comissão para definir “**esquemas para a provisão sistematizada de serviços médicos e afins que deveriam estar disponíveis para a população de uma área dada**”



Relatório Dawson – 1920

- Apresentou, entre outros, os **conceitos** de:
- **Território**
- **Populações adscritas,**
- **Porta de entrada**
- **Vínculo/ acolhimento**
- **Referência**
- **Atenção primária como coordenadora do cuidado**



Relatório Dawson - 1920

■ Introdução/ Justificativa

“...só pode ser assegurada mediante uma organização nova e ampliada, distribuída em função das necessidades da comunidade. Tal organização é indispensável por razões de eficiência e custos, assim como para o benefício do público e da profissão médica”



Relatório Dawson - 1920

- ***“Com a expansão do conhecimento, as medidas necessárias para resolver os problemas de saúde e as enfermidades se tornam mais complexas, reduzindo-se o âmbito da ação individual e exigindo, ao contrário, esforços combinados”***
- ***“A medicina preventiva e a curativa não podem separar-se em virtude de nenhum princípio sólido e em qualquer plano de serviços médicos devem coordenar-se estreitamente”***



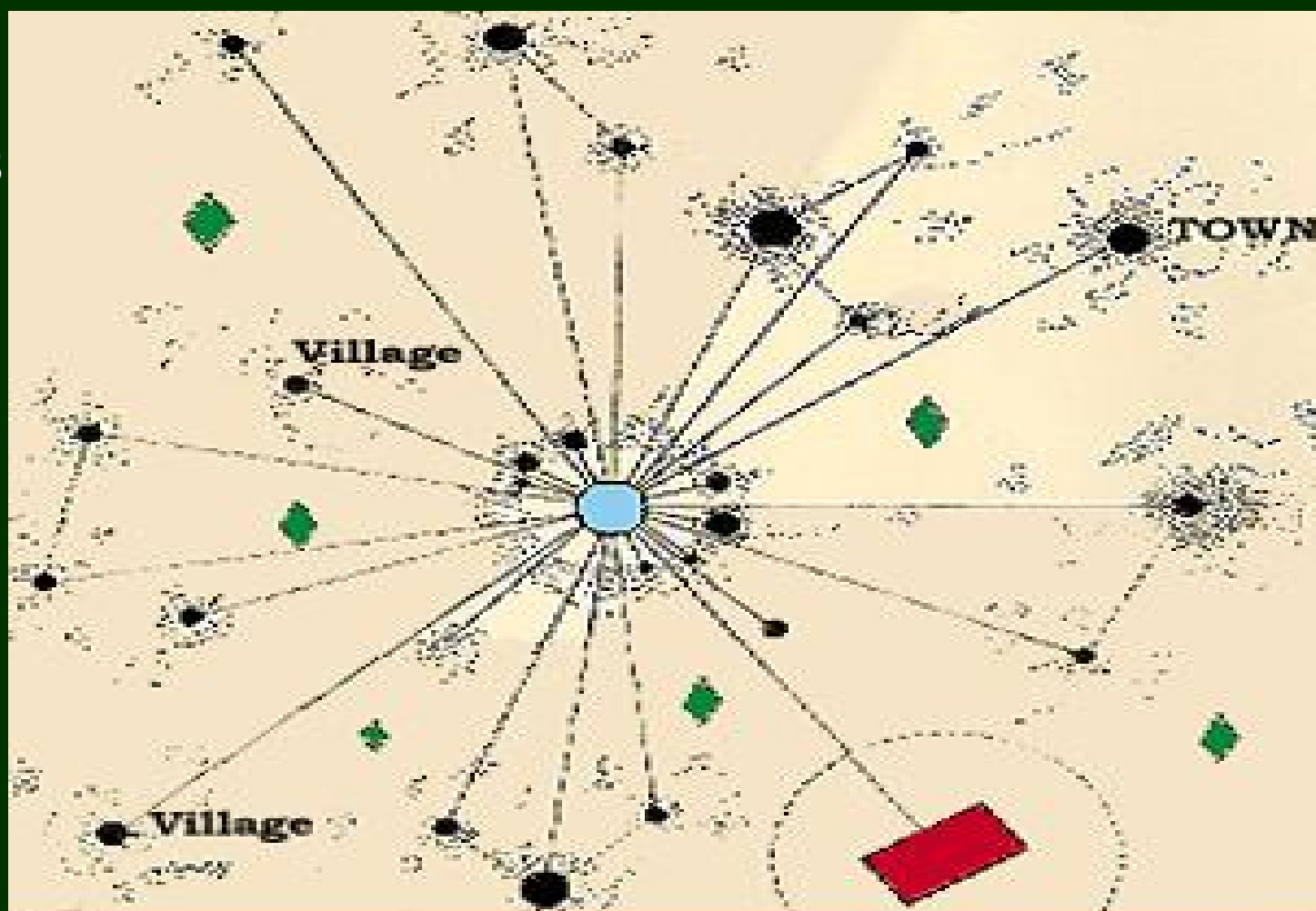
Relatório Dawson – 1920

- **Serviços “domiciliares” apoiados por centros de saúde primários e auxílio de laboratórios, radiografias e acomodação para internação**
- **Nas cidades maiores, centro de saúde secundários, com serviços especializados no mínimo, clínica, cirurgia, gineco, oftalmo, otorrino**
- **Localização “de acordo com a distribuição da população e dos meios públicos de transporte” e com “as correntes de fluxos comerciais e de tráfego” , variando “em tamanho e complexidade, segundo as circunstâncias”**



Relatório Dawson – 1920

- ***“os centros secundários vinculam-se a um hospital docente...Isto é conveniente, primeiro, em benefício do paciente... e, segundo, em benefício do pessoal adscrito aos centros de saúde, que poderiam assim acompanhar o processo em que interferiram desde o começo, familiarizar-se com o tratamento adotado e apreciar as necessidades do paciente depois de seu regresso ao lar”***
- **Considerando-se uma grande região, outros serviços especializados – saúde mental, p.ex- se relacionariam com os centros de saúde primários e secundários**



-  = Primary Health Centers
-  = Supplementary Services
-  = Secondary Health Centers
-  = Teaching Hospital
-  = Domiciliary Services



Relatório Dawson – 1920

- ***“uma vantagem seria o aperfeiçoamento profissional...hoje o médico sai da universidade e observa a enorme discrepância entre sua preparação e as necessidades dos pacientes que deve atender”***
- ***“o centro primário seria a sede da organização da saúde e da vida intelectual dos médicos...os profissionais não estariam isolados, como agora, mas poderiam reunir-se e relacionar-se com consultores e especialistas; se fomentaria assim uma corrente intelectual e uma camaradagem de grande proveito para o serviço”***



Relatório Dawson – 1920

- ***“para maior eficácia e progresso do conhecimento, deveria estabelecer-se um sistema uniforme de histórias clínicas; no caso de um paciente ser encaminhado de um centro a outro para fins de consulta ou tratamento, deve ser acompanhado de uma cópia de sua história clínica”***



Relatório Dawson – 1920

- ***“Todos os serviços – tanto curativos como preventivos – estariam intimamente coordenados sob uma única autoridade de saúde para cada área. É indispensável a unidade de idéias e propósitos, assim como a comunicação completa e recíproca entre os hospitais, os centros de saúde secundários e primários e os serviços domiciliares, independentemente de que os centros estejam situados no campo ou na cidade”***



Debate do Relatório Dawson

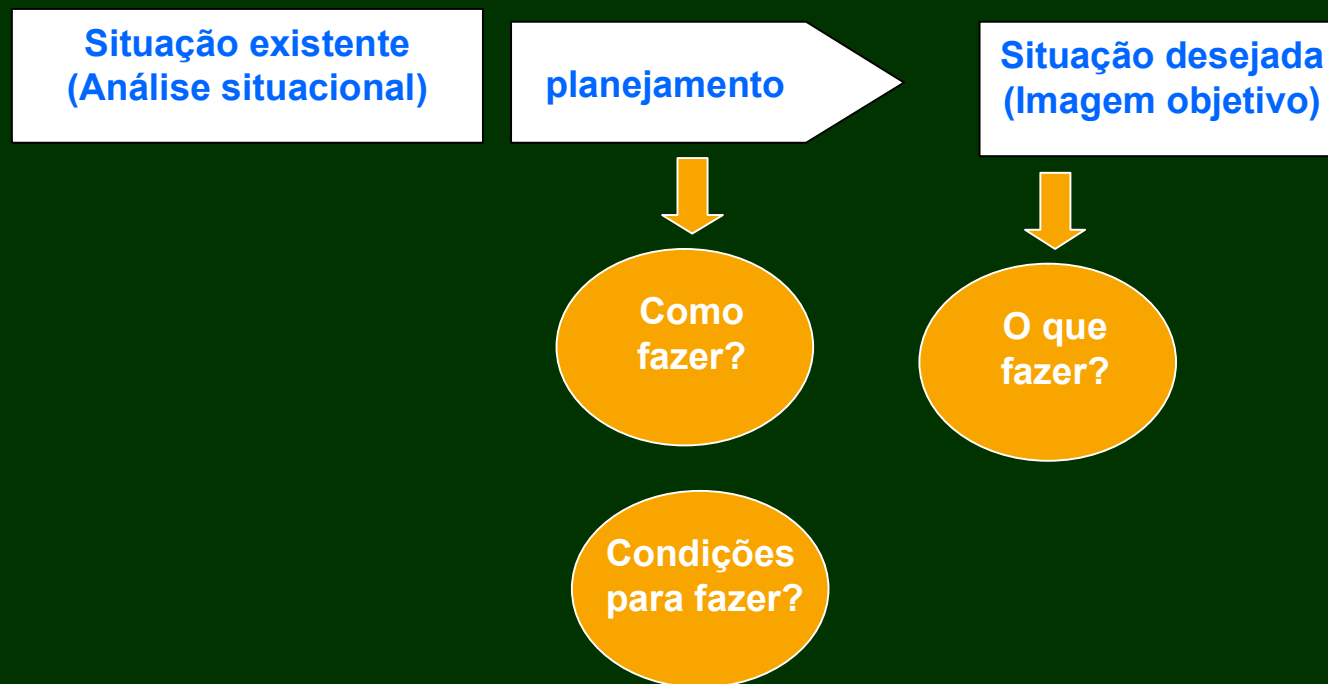
- Relatório inerentemente **controverso**:
 - **Hospitais filantrópicos desapareceriam** como sistema autônomo
 - A idéia de serviços com **cobertura de grandes territórios** era um desafio ao conceito de governo local
 - autoridades de saúde: **colegiado de autoridades locais**
 - **Custos muito altos**
- Não se conseguiu chegar a uma proposta final e o relatório **foi engavetado**



Relatório Dawson – 1920

- **Modelo** proposto por Dawson **foi adotado, com adaptações por todos** os sistemas nacionais de saúde
- Preconizado pela **OMS/ OPS**

REDES DE ATENÇÃO



- **Consensos** sobre o que fazer
- **Crise** do como fazer



Pressupostos

É possível **superar a crise do COMO FAZER?**

- **REDES ATUAIS são resultantes** dos acordos, dificuldades, avanços, contradições e adaptações do **SUS REAL**
- A “utopia” de **REDES INTEGRADAS E HARMÔNICAS** deve ser perseguida por aproximações sucessivas e, obrigatoriamente, com participação dos distintos **sujeitos e atores “regionais”**
- O **PACTO PELA SAÚDE** deve ser considerado, estrategicamente, o **eixo estruturante** que permite **direcionalidade no processo de construção** das Redes de Atenção



Pressupostos

ATENÇÃO BÁSICA – expressão brasileira da atenção primária

PORTARIA 4279 DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010 – CONSENSO TRIPARTITE - ATENÇÃO BÁSICA COORDENA O CUIDADO E ORDENA A REDE

REDE OU REDES – ART 198 CF 88 E LEI 8080 – REDE E REDES LOCO-REGIONAIS

COMANDO UNICO



Redes de atenção à saúde – Diretrizes

Diretrizes para apoio à implementação

- **Fortalecimento da Atenção Básica** como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede
- **Organização da Atenção Especializada em função do fortalecimento da atenção básica**
- Implementação da **política de regulação a partir da AB**
- Fortalecimento da **gestão regional**



Atenção Básica na Rede

■ As expectativas:

- Resolver **maioria dos problemas de saúde** da população
- **Porta de entrada** do sistema
- Garantir **acesso**
- Garantir **vínculo/ responsabilização**
- **Acolhimento/ acompanhamento**
- **Coordenação do cuidado**
- Ações de **saúde coletiva/ intersetoriais/** ação sobre os **determinantes sociais**



Atenção Básica na Rede

- Resolver maioria dos problemas
 - Resolutividade **não é um conceito abstrato**
 - “Maioria dos problemas” **varia de acordo com as características de ocupação do território e o perfil epidemiológico**
 - Qualquer serviço/ nível de atenção resolverá apenas aqueles problemas para os quais está **preparado**



Atenção Básica Rede

■ Para uma AB resolutiva

- Clarear **até onde vai** a resolutividade da atenção primária
- Definir os **tipos de casos/ situações** que devem ser cuidados e com que **recursos** e dotar a AB dos recursos necessários
- **Formação dos profissionais** – sem formação clínica específica e de peso, pode ficar restrita a triagem/encaminhamento



Atenção Básica Rede

- **Para uma AB resolutiva**
 - **Desprecarização dos vínculos/ estratégias** para enfrentar a competição predatória
 - **Garantia dos recursos necessários** : instalações físicas/ condições de trabalho/ equipamentos/ medicamentos
 - Garantia de **acesso e articulação com outros níveis** de atenção



Atenção Básica na Rede

- **Porta de entrada/ vínculo/ responsabilização**
 - Porta **entrada não pode ser compreendida/ pensada como porta giratória/ restritiva**
 - Não é apenas o lugar onde o usuário acessa o sistema, mas **onde mantém o vínculo**
 - **Coordena e orienta as estratégias de cuidado**
 - Em conjunto com centrais de regulação, responsável pelo **caminhar ao longo da rede, gerencia os itinerários (necessariamente pré-definidos)**



Atenção Básica na Rede

■ Garantia de acesso

- Além de cobertura, entrada no momento em que o **usuário sente a necessidade**
- Enfrentar a questão da **demand**
programada X demanda espontânea



Atenção Básica na Rede de Atenção

- Para que a AB cumpra seu papel o grande desafio: **enfrentar os dilemas e rever concepções**
- Para garantia do direito à saúde: superar a fragmentação e constituir rede, **rompendo o isolamento da discussão da AB**
- **Não existe rede sem uma atenção básica** que cumpra seu papel
- Não é possível uma **atenção básica que cumpra seu papel sem a inserção numa rede** de atenção.



Análise de Governança Fortalecimento da Atenção Básica

O que fazer?

Diretrizes:

- **Acolher** o conjunto das **necessidades de saúde na AB**
- Ampliar o escopo implementando **Clínica Ampliada, Vigilância em Saúde, equipes de referência para AE, apoio matricial**
- Imprimir inovações no **modelo de atenção**
- Fortalecer a participação das **equipes nos espaços de decisão e regulação**



Análise de Governança

Fortalecimento da Atenção Básica

Como fazer?

Nós críticos:

- O **padrão de oferta é insuficiente para acolher** o conjunto das Necessidades de Saúde (não seria mais adequado, nos primeiros passos, eleger as prioridades do Pacto pela Vida?)
- Falta de **motivação ou qualificação** para mudar, dificuldades de lidar com **excesso de demanda assistencial e visão restrita do processo saúde-doença** – situação frequentemente encontrada – dificulta mudanças
- Os **instrumentos e ferramentas** para qualificar a gestão da AB **nem sempre estão disponíveis** (regulação do acesso à procedimentos especializados pela AB/gestão da cota/descentralização do MAC)



Análise de Governança Fortalecimento da Atenção Básica

Como fazer?

Nós críticos:

- Faltam **médicos** com formação de **generalista**. A **rotatividade** dos profissionais é elevada. **O salário** não é atrativo. Faltam **recursos financeiros** para organizar a estrutura física, a assistência farmacêutica, etc
- **governabilidade restrita** dos gestores locais – problemas não serão facilmente superados



Análise de Governança Fortalecimento da Atenção Básica

Como fazer?

Diretrizes

- Criar **condições** mais favoráveis para **adesão** dos médicos à atividade de generalista e sua fixação aos postos de trabalho, reduzindo a rotatividade existente
- Organizar o processo de trabalho no espaço territorial da AB
- **Ampliação do escopo** de atuação e apoio matricial à AB



Análise de Governança

Implementação da Política de Regulação

Diretrizes:

O que fazer?

- **Identificação de necessidades e disponibilizar oferta assistencial compatível**
- **Unidades** que compõe a rede **cadastradas e contratualizadas** na perspectiva de integração e harmonia entre os pontos da rede
- **Equipes** técnicas **preparadas**, dispendo de **instrumentos e processos adequados**
- **Autonomia** de **gestão e gerencial**
- Operar os **Complexos reguladores** ($\Rightarrow$ centrais de regulação de urgência $\Rightarrow$ centrais de regulação de leitos $\Rightarrow$ centrais de regulação de consultas e exames $\Rightarrow$ centrais de regulação da alta complexidade)



Como fazer?

Nós críticos:

Análise de Governança Implementação da Política de Regulação

- Muitos **gestores**, por não terem o desenho adequado da rede de atenção, têm **difficuldade de visualizar novas formas de contratação e inserção dos prestadores, monitoramento e avaliação**
- **Gestores, gerentes ou técnicos** freqüentemente não compreendem ou/e não utilizam adequadamente os **sistemas de controle, avaliação e auditoria na perspectiva da AB**
- As **equipes técnicas responsáveis** pela atividades de regulação são **insuficientes** para implementar os processos de mudança, necessitando **ampliação, qualificação e condições de trabalho** mais adequadas
- Não existe uma **imagem-objetivo** consolidada **de como deve ser a Rede de Atenção à saúde da região**. A **falta da visão do todo prejudica a organização das partes**



Análise de Governança

Fortalecimento da Gestão Regional

O que fazer?

Diretrizes:

- Fortalecer os **CGR**
- Oferecer **suporte logístico às redes**
- **Investimentos para qualificação** das Redes de Atenção
- Implementar e qualificar as **linhas de cuidado**
- **Reestruturar os serviços** de apoio diagnóstico, atenção especializada e hospitalar



Análise de Governança

Fortalecimento da Gestão Regional

Como fazer?

Nós críticos:

- A **região** ainda não se consolidou **como instância decisória**
- Não existe, a priori, uma “inteligência” já formada, regional, para **liderar e operar mudanças nas regiões** de saúde
- Limitação quantitativa e/ou qualitativa de **equipamentos de informática, redes (conectividade) e sistemas** (aplicativos) e baixa capacidade de manutenção de redes e sistemas informatizados
- Fragilidade ou inexistência de **contratos dificultam implementação das Pactuações** regionais entre gestores e destes com prestadores



Como fazer?

Análise de Governança Nós críticos Fortalecimento da (continuação): Gestão Regional

- Pouca compreensão de “**instrumentos**” **estratégicos de gestão**, tais como contratualização de HPP, filantrópicos e universitários, que **não são adequadamente pactuados e/ou monitorados**
- **CGR não se consolidaram** como arenas políticas interfederativas de pactuação, não exercem poder de deliberação e implementação de mudanças
- **PPI** da assistência vive o eterno conflito de alocar o MAC federal, programar a oferta existente, frequentemente insuficiente e distorcida, e o de suprir necessidades, dificultada pela falta de recursos e **distorções dos modelos de gestão e atenção**



Redes de atenção – nós críticos

Dificuldades conjunturais e estruturais amplas:

- Insuficiente **institucionalização** do poder das **CIT e CIB e atores**
- **Legislação** vigente (na área do direito administrativo, por exemplo) contribui para **gestões burocráticas e para dificuldades administrativas**
- Insuficiente controle e regulação da **incorporação tecnológica em saúde**
- Inexistência de ferramentas que permitam **identificar o usuário (cartão nacional de saúde)** e insuficiência das que permitiriam **orientar o usuário no “caminhar” entre os pontos da rede**



**“Para todo problema complexo
existe uma solução simples, fácil –
e errada”**

H.L. Menckel (1880-1956)



Rede de atenção e as prioridades 2011

- Formação de **relações horizontais** entre os pontos de atenção, tendo a **AB como centro de comunicação**
- **Centralidade nas necessidades** de saúde da população
- Responsabilização **por atenção contínua e integral**
- Cuidado **Multiprofissional**
- **Compartilhamento de objetivos e compromissos com resultados sanitários e econômicos**



Rede de atenção e as prioridades 2011

CONSTRUÇÃO E IMPLANTAÇÃO: PRÉ-REQUISITOS

- DEFINIÇÃO CLARA DA **POPULAÇÃO E TERRITÓRIO**
- DESENHO DA **SITUAÇÃO DESEJADA**
- CRIAÇÃO DE **SISTEMAS LOGÍSTICOS E DE APOIO**
- CRIAÇÃO DE **SISTEMA DE REGULAÇÃO E GOVERNANÇA** PARA FUNCIONAMENTO DA REDE



Rede de atenção e as prioridades 2011

PRIORIDADES 2011: “Redinhas”

Rede Cegonha

Urgência e Emergência

Saúde Mental



XXVII CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE





XXVII CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

CONTEÚDO:

- 1. PLENÁRIA – 3**
- 2. MESAS MAIORES – 6**
- 3. ENCONTROS – 20**
- 4. CURSOS – 13**
- 5. OFICINAS – 22**
- 6. PAINÉIS – 30**
- 7. LANÇAMENTOS – 1**
- 8. PRÊMIOS – 3**
- 9. MOSTRA – 2**
- 10. CAFÉ COM IDÉIAS – 1**

99 ATIVIDADES



XXVII CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

PLENÁRIAS :

- **ABERTURA COM A PRESIDENTA, MINISTROS E GOVERNADOR DO DF**
- **ASSEMBLÉIA GERAL ORDINÁRIA – AVALIAÇÃO DAS CONTAS E ELEIÇÃO**
- **PLENÁRIA FINAL – CARTA, TESE POLÍTICA E ESCOLHA DA SEDE DO XXVIII**



XXVII CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

MESAS MAIORES – 6

- **INTERSETORIALIDADE EM SAÚDE**
- **GESTÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E AS LINHAS DE CUIDADO**
- **SAÚDE NO CENTRO DA AGENDA DE DESENVOLVIMENTO DO BRASIL**
- **VALORIZAÇÃO, QUALIFICAÇÃO E FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA**
- **O PARLAMENTO E A CONSTRUÇÃO DO SUS**
- **VIII CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE, CULTURA DE PAZ E NÃO VIOLÊNCIA**



XXVII CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

ENCONTROS – 20

- ENCONTRO DOS GESTORES  COM O FORUM NACIONAL DE USUÁRIOS
- ENCONTRO DA REDE DE DIREITO SANITÁRIO
- ENCONTRO NACIONAL DOS NÚCLEOS DE SAÚDE PÚBLICA-
- 17 SÃO PRÓPRIOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, NO DIA 08 DE JULHO



XXVII CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

CURSOS – 13 : - DIA 9 SERÁ A TARDE / 10, 11 E 12 SERÃO PELA MANHÃ

- **DESAFIOS DA GESTÃO – 9 10 E 11 -**
- **PACTO PELA SAÚDE E RELAÇÕES INTERFEDERATIVAS – 9 E 10**
- **A ATENÇÃO BÁSICA QUE QUEREMOS – 9, 10, 11 E 12**
- **GESTÃO DE PROJETOS DE INVESTIMENTO EM SAÚDE – 9, 10, 11 E 12**
- **FINANCIAMENTO E EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA – 9, 10, 11 E 12**
- **DIREITO SANITÁRIO – 9, 10 E 11**
- **GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE – 9, 10, 11 E 12**
- **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE – 9 E 10**
- **ARTICULAÇÃO ENTRE INSTRUMENTOS DE GESTÃO E PACTUAÇÃO- 9 E 10**
- **ARTICULAÇÃO ENTRE A RENAST E A ATENÇÃO BÁSICA -11 E 12**
- **USO DE EVIDENCIAS EM SAÚDE NO COTIDIANO MUNICIPAL 11 E 12**
- **CONTRATOS E CONVÊNIOS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DA SAÚDE 11 E 12**
- **PLANO MUNICIPAL DE RESÍDUOS SÓLIDOS - 12**



XXVII CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

OFICINAS – 22 : DIA 9 SERÁ A TARDE / 10, 11 E 12 SERÃO PELA MANHÃ

- INFORMAÇÃO EM SAÚDE 9 E 10
- REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 9 E 10
- DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE E PROMOÇÃO DA EQUIDADE – 9 E 10
- AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA GESTÃO 9
- OBSERVATÓRIO ÍBERO AMERICANO DE POLÍTICAS DE SAÚDE 9 E 10
- REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER 9
- FORUM DE GESTORES DAS REGIÕES METROPOLITANS E CAPITAIS 9
- FORTALECIMENTO DOS CGR- PROJETO APOIADORES DOS COSEMS 10
- ORGANIZANDO A REDE DE ATENÇÃO A PARTIR DO PLANEJAMENTO REGIONAL 10 E 11
- FORUM DE GESTORES DE MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE 10
- DIVERSIDADE DE SUJEITO E IGUALDADE DE DIREITOS – CONVERSA AFIADA 10
- ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA DE CRACK – 11 E 12
- DESAFIOS DA ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NA AMAZÔNIA – 11
- FORUM DOS GESTORES DE MUNICÍPIOS DE MÉDIO PORTE – 11
- LINHAS DE CUIDADO PARA HIPERTENSÃO E DIABETES – 11 E 12
- PARTICIPAÇÃO SOCIAL E POLÍTICAS PÚBLICAS:FORTALECIMENTO DA GESTÃO DO SUS 11
- CONSORCIOS DE SAÚDE COMO FERRAMENTA DE ORGANIZAÇÃO DAS REGIÕES 11 E 12
- MODALIDADES DE GERENCIAMENTO- FUNDAÇÃO ESTATAL, OS E OCIP 12
- DESAFIOS DA ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NO SEMI ÁRIDO NORDESTINO 12
- PRATICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES 12
- DESAFIOS DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NAS FRONTEIRAS 12
- OUVIDORIA, INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO NA QUALIFICAÇÃO DE UMA GESTÃO MAIS PARTICIPATIVA



XXVII CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

PAINÉIS –30 - dias 10 e 11 das 17:00 às 19:00

1. PADRÕES PARA INFORMAÇÃO EM SAÚDE
2. O SUS DO SÉCULO XXI: OUVIR O CIDADÃO PARA GARANTIR A GESTÃO PARTICIPATIVA COM RESULTADOS E FORTALECER O CONTROLE SOCIAL
3. ECONOMIA DA SAÚDE
4. BANCO DE PREÇOS
5. VIGILÂNCIA DE ZOOSE
6. PSE E SPE: EDUCAÇÃO SEXUAL E REPRODUTIVA NAS ESCOLAS, O DESAFIO DA INCLUSÃO
7. DENGUE: NOVAS EVIDÊNCIAS
8. DENGUE E O AGIR MUNICIPAL
9. SAÚDE INDÍGENA
10. ATENÇÃO BÁSICA E A ELIMINAÇÃO DA HANSENIASE
11. JUDICIALIZAÇÃO NA SAÚDE
12. O PAPEL DO MUNICÍPIO NO SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA
13. PERSPECTIVAS DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
14. COOPERAÇÃO TÉCNICA DA OPAS NA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE
15. PREVENÇÃO DE DST/AIDS/HEPATITES NA REDE DE ATENÇÃO
16. SAÚDE BUCAL NA REDE DE ATENÇÃO SAÚDE NO PANTANAL
17. RESPOSTAS DO SETOR SAÚDE FRENTE A SITUAÇÕES DE CALAMIDADE
18. SAÚDE SUPLEMENTAR
19. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE
20. ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO E A SAÚDE DO IDOSO
21. BOLSA FAMÍLIA
22. AS INSTITUIÇÕES FILANTROPICAS E A GESTÃO LOCAL



XXVII CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

PRÊMIOS – 3

- MEDALHA DOM HELDER
- DETERMINANTES SOCIAIS E SAÚDE: ESTRATÉGIAS INTERSETORIAIS DE ENFRENTAMENTO.
- BRASIL AQUI TEM SUS



XXVII CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

MOSTRA – 2

- **EXPERIÊNCIAS BEM SUCEDIDAS NO ENFRENTAMENTO DOS DETERMINANTES SOCIAIS E SAÚDE**
- **MOSTRA BRASIL AQUI TEM SUS**



XXVII CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

CAFÉ COM IDÉIAS:

- **SAÚDE PARA TODOS EM TODOS OS LUGARES - FIXAÇÃO PROFISSIONAL**



OBRIGADO!

Nilo Brêtas Junior

Coordenador da Assessoria
Técnica

nilo@conasems.org.br

061 32230155 r:23 78110466
84334888