



SEDE SECRETARIA EXECUTIVA
Ed. Terra Brasilis Esplanada dos ministérios, Bl.G
Setor de Autarquia Sul Ministério da Saúde
Quadra 1 Bloco N Salas 610/611 Ed. anexo - sala 148
CEP - 700070-010 - Brasília . DF CEP - 70.058-900 - Brasília . DF
Tel. 55 61 3315 2206
Fax. 55 61 3315 2894
www.conass.org.br

CONASS documenta

CADERNOS de informação técnica e memória do Progestores

nº

12



**FÓRUM SAÚDE E DEMOCRACIA:
UMA VISÃO DE FUTURO PARA O BRASIL**

Com o objetivo de bem receber os novos Secretários que tomaram posse em 2003, o CONASS, em parceria e com o financiamento do Ministério da Saúde, desenvolveu o Programa de Informações e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS (Progestores), que, dado ao seu sucesso, se transformou em eixo permanente de cooperação técnica às Secretarias Estaduais de Saúde.

Nos últimos anos, o CONASS tem se caracterizado pela renovação e fortalecimento do seu papel político a partir da estratégia de construção de consensos entre os Secretários para a definição das posições da entidade, o que tem gerado uma grande necessidade de comunicação entre os pares e entres estes e a sociedade.

Desta forma, uma das linhas de ação em 2004 foi a reformulação da Comunicação Social do CONASS, com objetivo de potencializar

a capacidade do órgão no seu exercício de representação política e de apoio técnico às Secretarias Estaduais de Saúde, sendo, portanto, um movimento em sinergia com a própria evolução institucional do CONASS.

O "CONASS Documenta" é um dos instrumentos de comunicação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e constitui-se em uma coleção de publicações que tem como função primordial ser o principal veículo de informação técnica e memória do CONASS/Progestores. Substituiu e englobou as funções dos antigos "Cadernos do CONASS" e dos "Livros da Série Progestores".

Publica, sem periodicidade fixa, textos técnicos, coletânea de artigos, relatórios de gestão e de assembleias, trabalhos produzidos em seminários, oficinas, reuniões de Câmaras Técnicas e outros eventos, além de estudos e pesquisas desenvolvidas pelo CONASS.

© 2006 - 1ª Edição

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE



É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte e a autoria

tiragem deste livro: 3000exemplares

CONASS documenta nº 11
Brasília, abril de 2006

ISBN 85-89545-04-0



Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS - uma parceria do CONASS com o Ministério da Saúde.

PUBLICAÇÕES

- 2006** - CONASS documenta nº 12 - Fórum Saúde e Democracia: uma visão de Futuro para o Brasil.
- 2006** - CONASS documenta nº 11 - Relatório de gestão da diretoria do CONASS - Atividades e resultados. Abril de 2005 a abril de 2006.
- 2005** - CONASS documenta nº 10 - I Encontro do CONASS para troca de experiências.
- 2005** - CONASS documenta nº 9 - I Encontro de gestores estaduais, provinciais e departamentais de sistemas sul-americanos de saúde
- 2005** - CONASS documenta nº 8 - Relatório de gestão da diretoria do CONASS - Atividades e resultados. Abril de 2003 a abril de 2005.
- 2004** - CONASS documenta nº 7 - Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária
- 2004** - CONASS documenta nº 6 - Convergências e divergências sobre Gestão e Regionalização do SUS
- 2004** - CONASS documenta nº 5 - Assistência Farmacêutica: Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional
- 2004** - CONASS documenta nº 4 - Recursos Humanos: um desafio do tamanho do SUS
- 2004** - CONASS documenta nº 3 - Para entender a Gestão do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional.
- 2004** - CONASS documenta nº 2 - Atenção Primária. Seminário do CONASS para construção de consensos.
- 2004** - CONASS documenta nº 1 - Estruturação da área de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal.
- 2003** - 1º Seminário para Construção de Consensos. Organização, gestão e financiamento do SUS.
- 2003** - A saúde na opinião dos brasileiros.
- 2003** - Legislação do SUS.
- 2003** - Para entender a gestão do SUS.
- 2003** - Gestão estadual do SUS: dados selecionados por unidade da federação.
- 2003** - Coleção Progestores: um conjunto de 27 publicações atuais de caráter abrangente já disponíveis no mercado, que compõem uma pequena biblioteca de apoio ao Progestores.
- 2002** - CONASS 20 anos.



FÓRUM SAÚDE E DEMOCRACIA:
uma visão de futuro para o Brasil

13 e 14 de março de 2006, Forte de Copacabana, Rio de Janeiro

Equipe de elaboração

Organização

René Santos

Relatoria

Flávio A. Andrade Goulart (Coordenador)

Lucinéia Moreli Machado

Claudia Filgueiras

Irisrael Maria dos Anjos

Gigliola Mendes

Revisão

Rosi Mariana Kaminski

Edição

Vanessa Pinheiro

Projeto Gráfico

Fernanda Goulart

Arte Final

Fernanda Goulart

Danielle Torrico

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

Fórum Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2006.

136 p. (CONASS Documenta; 12)

ISBN 85-89545-04-0

1. Sistema de Saúde. I Conselho Nacional de Secretários de Saúde. II Título. II. Série.

NLM WA 525

CDD – 20.ed. – 362.1068

DIRETORIA DO CONASS – 2006

Presidente

Jurandi Frutuoso Silva – SES/CE

Vice-presidente Região Norte

Fernando Agostinho Cruz Dourado – SES/PA

Vice-presidente Região Nordeste

José Antônio Rodrigues Alves – SES/BA

Vice-presidente Região Centro-Oeste

Augustinho Moro – SES/MT

Vice-presidente Região Sudeste

Luiz Roberto Barradas Barata – SES/SP

Vice-presidente Região Sul

Claudio Murilo Xavier – SES/PR

Vice-presidentes Adjuntos

Milton Luiz Moreira – RO (Norte)

Geraldo de Almeida Cunha Filho – PB (Nordeste)

José Geraldo Maciel – DF (Centro-oeste)

Marcelo Teixeira – MG (Sudeste)

Carmen Zanotto – SC (Sul)

Diretorias Extraordinárias

PROCESSO NORMATIVO DO SUS

Marcelo Teixeira – SES/MG

RELAÇÕES INTERINSTITUCIONAIS

Gilson Cantarino O’Dwyer – SES/RJ

ASSUNTOS PARLAMENTARES

Geraldo Maciel – SES/DF

SANEAMENTO E MEIO-AMBIENTE

Gentil Porto – SES/PE

ATENÇÃO PRIMÁRIA

Carmen Zanotto – SES/SC

RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Fernando Cupertino – CONASS

Comissão Fiscal

TITULARES

Gentil Porto – SES/PE

Wilson Duarte Alecrim – SES/AM

Adelmaro Cavalcanti Cunha Júnior – SES/RN

SUPLENTES

João Gabbardo dos Reis – SES/RS

Marcelo Teixeira – SES/MG

Milton Luiz Moreira – SES/RO

Representantes do CONASS

Conselho Nacional de Saúde

TITULAR

Jurandi Frutuoso – CE

1º SUPLENTE

Armando Raggio – CONASS

2º SUPLENTE

René Santos – CONASS

Conselho Consultivo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária

TITULAR

Tatiana Vieira Souza Chaves – PI

SUPLENTE

Viviane Rocha de Luiz – CONASS

Câmara de Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde Suplementar

TITULAR

Fernando Cruz Dourado – PA

SUPLENTE

Regina Nicoletti – CONASS

Conselho de Administração da Organização Nacional de Acreditação

TITULAR

Déa Carvalho – CONASS

SUPLENTE

Lívia Costa – CONASS

Mercosul

Matias Gonsales Soares – MS

HEMOBRÁS

Gentil Porto – PE

Secretários Estaduais de Saúde

- AC – Suely de Souza Mello da Costa**
- AL – Jacy Maria Quintella Melo**
- AP – Abelardo da Silva Vaz**
- AM – Wilson Duarte Alecrim**
- BA – José Antônio Rodrigues Alves**
- CE – Jurandi Frutuoso Silva**
- DF – José Geraldo Maciel**
- ES – Anselmo Tose**
- GO – Cairo de Freitas**
- MA – Helena Maria Duailibe Ferreira**
- MT – Augustinho Moro**
- MS – Matias Gonsales Soares**
- MG – Marcelo Teixeira**
- PA – Fernando Agostinho Cruz Dourado**
- PB – Geraldo de Almeida Cunha Filho**
- PR – Claudio Murilo Xavier**
- PE – Gentil Alfredo Magalhães Duque Porto**
- PI – Tatiana Vieira Souza Chaves**
- RJ – Gilson Cantarino O’Dwyer**
- RN – Adelmaro Cavalcanti Cunha Júnior**
- RS – João Gabbardo dos Reis**
- RO – Milton Luiz Moreira**
- RR – Eugênia Glaucy Moura Ferreira**
- SC – Carmen Zanotto**
- SP – Luiz Roberto Barradas Barata**
- SE – Silvani Alves Pereira**
- TO – Gismar Gomes**

Secretaria Executiva do CONASS

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Ricardo Scotti

COORDENADORA DE GABINETE

Eliana Dourado

COORDENADORA FINANCEIRA E DE CONVÊNIOS

Regina Nicoletti

COORDENADOR TÉCNICO

René Santos

COORDENADORA DE ARTICULAÇÃO DOS NÚCLEOS TÉCNICOS

Rita Cataneli

ASSESSORIA TÉCNICA

Déa Carvalho

Gisele Bahia

Júlio Müller

Lore Lamb

Márcia Huçulak

Viviane Luiz

ASSESSORA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Vanessa Pinheiro

JORNALISTAS

Adriana Cruz

Tatiana Rosa

GERENTE FINANCEIRA

Luciana Tolêdo Lopes

GERENTE ADMINISTRATIVA

Lívia Costa

NÚCLEO ADMINISTRATIVO

Adriano Salgado

Ana Lúcia Melo

Carolina Abad

Gabriela Barcello

Gutemberg Geraldino

Ilka Costa

Júlio B. C. Filho

Sheyla Ayala.

CÂMARAS TÉCNICAS

Assistência Farmacêutica

Atenção Primária

Atenção à Saúde

Comunicação Social

Epidemiologia

Gestão e Financiamento

Informação e Informática

Recursos Humanos

Vigilância Sanitária

SUMÁRIO	PG	
Apresentação	9	
	10	Introdução
Consensos e Dissensos	13	
	17	Temas destacados
Propostas	25	
	29	Relatório dos painéis e mesas redondas
Informações gerais sobre o Fórum	105	
	109	O Fórum na Mídia
Feira “O SUS que dá certo - experiências de sucesso no SUS”	123	

Apresentação

A sucessão presidencial é sempre um momento privilegiado para uma reflexão coletiva nacional sobre o processo histórico brasileiro. Com o aprofundamento da democracia, é possível travar um debate sobre o país que queremos e quais caminhos teremos para construí-lo. Temos uma Constituição brasileira ousada no tocante à Saúde. É direito do cidadão o acesso universal, integral e gratuito às ações e aos serviços de Saúde. Contudo, a realidade ainda está aquém do que se deseja, apesar de o Sistema Único de Saúde (SUS) ser o maior programa de inclusão social da história brasileira.

Precisamos aproveitar o momento e discutir temas que estão postos sobre a Saúde Pública, tais como: o avanço na construção do SUS constitucional; a postura diante da ininterrupta revolução tecnológica na Saúde que impõe custos sempre crescentes; a discussão sobre o problema do subfinanciamento na Saúde e as falhas de gestão; assegurar uma cooperação efetiva e harmônica entre as três esferas de governo; perseguir a equidade; e construir qualidade em ambiente de permanente escassez.

Para enfrentar essa agenda é que o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o jornal *O Globo* realizaram, nos dias 13 e 14 de março, no Forte de Copacabana, no Rio de Janeiro, o Fórum "Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil" do qual participaram gestores do SUS, lideranças políticas, sociedade civil e intelectuais. Paralelamente, foi realizada a Feira "O SUS que dá certo", em que foram apresentadas experiências exitosas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Este CONASS Documenta apresenta uma síntese das discussões, bem como os consensos e dissensos, e as principais propostas apresentadas durante o referido evento.

A realização do Fórum "Saúde e Democracia", durante a gestão do Dr. Marcus Pestana à frente do CONASS, foi uma rara e preciosa oportunidade em que discutimos o futuro da Saúde no Brasil e avançamos para a materialização de um país justo e democrático.

Jurandi Frutuoso Silva
Presidente do CONASS

Introdução

Nos dias 13 e 14 de março, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o jornal *O Globo* realizaram o *Fórum Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil*, no Forte de Copacabana, no Rio de Janeiro (RJ).

Seu pressuposto fundamental era que, com a aproximação da sucessão presidencial, abri-se um momento privilegiado para uma reflexão coletiva nacional sobre a saúde dos brasileiros, como parte de um debate sobre o País e sobre os caminhos para o aprofundamento da Democracia.

Estiveram presentes na Mesa de Abertura: Marcus Vinícius Pestana da Silva, Presidente do CONASS e Secretário de Saúde do Estado de Minas Gerais; Agostinho Vieira, Diretor Executivo de *O Globo/Extra*; Paulo Gadelha, Presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco); Jacob Kligerman, Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, representando o Prefeito César Maia; Sílvio Fernandes da Silva, Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); Deputada Jandira Fegali, Vice-presidente da Frente Parlamentar da Saúde; Gilson Cantarino O'Dwyer, Secretário de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, representando a Governadora Rosinha Garotinho; e Saraiva Felipe, Ministro de Estado da Saúde.

Participaram do evento representantes de partidos políticos, ex-Ministros da Saúde, autoridades do Poder Executivo, representante do Ministério Público, representantes do conjunto de gestores das três esferas do governo, entidades representativas de gestores do SUS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), docentes e pesquisadores de distintas organizações acadêmicas, representantes de Organizações não Governamentais (ONGs), profissionais de saúde, representantes do *Terceiro Setor* e analistas oriundos de Instituições de Ensino e de Serviços etc.

Foram realizados três painéis e quatro mesas redondas, nos dois dias de duração do Fórum, oportunidade em que foi feita uma reflexão coletiva sobre o sistema público de saúde no Brasil, a partir de um conjunto de questões. O jornalista de *O Globo*, George Vidor, atuou como moderador nos painéis e nas mesas.

A primeira mesa redonda reuniu representantes dos maiores partidos políticos do país (PMDB, PT, PSDB e PFL) para falar sobre o futuro da saúde no Brasil.

O Painel "Uma Visão de Futuro para o Brasil" teve a participação dos ex-ministros da Saúde, Adib Jatene e Humberto Costa, e do presidente do Conasems, Sílvio Fernandes da Silva.

O Pacto Federativo foi discutido, no segundo dia, na mesa redonda com autoridades das três esferas do governo. Fizeram parte dessa mesa o prefeito de Aracaju, Marcelo Déda,

Marcus Vinícius Pestana da Silva, presidente do CONASS, representando o Governador de São Paulo Geraldo Alckmin e os secretários estaduais de saúde, e a Ministra-chefe da Casa Civil da Presidência da República, Dilma Vana Rousseff.

O tema "Democracia e Controle Social" foi desenvolvido pela coordenadora nacional da Pastoral da Criança, Zilda Arns, pelo presidente da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas, Antônio Luiz Paranhos Ribeiro Leite de Brito e pela subprocuradora-geral da República, Ela Wiecko Volkmer de Castilho.

A Reforma na Reforma Sanitária foi o tema da mesa redonda de encerramento. Participaram deste debate o professor da UNICAMP, Gastão Wagner Campos, o consultor da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, Eugênio Vilaça Mendes, e o presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Paulo Marchiori Buss.

Considerando o tema central do evento, *Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil*, os painelistas e participantes das mesas redondas realizaram a abordagem a partir dos seguintes eixos de discussão:

- Universalidade e Integralidade: equidade social; interpretações; direitos e limites; regulação de acesso; focalização *versus* universalidade; integralidade *versus* escassez fiscal, etc.
- Incorporação tecnológica: ética; mercado; direitos e limites; protocolos; regulação tecnológica; marco normativo e legal, etc.
- O desafio da qualidade: formação de recursos humanos; especialização e fragmentação do conhecimento; necessidades do SUS e mercado privado; subfinanciamento; avaliação do ensino; integração dos níveis primário, secundário e terciário e a assistência farmacêutica; organização dos serviços de saúde.
- Pacto Federativo e saúde: papéis das três esferas de gestão; convergências e divergências; superposição e complementaridade das ações; convivência e arquitetura institucional, etc.
- Gestão e financiamento: Sobram ou faltam recursos para a saúde? As mazelas do Sistema Único de Saúde decorrem de falhas na gestão ou do subfinanciamento? Qual é o papel do Estado e o papel da iniciativa privada, filantrópica e do setor público não estatal? Formas alternativas para o gerenciamento de unidades de saúde.
- Democracia e controle social: democracia representativa *versus* participativa; representatividade e legitimidade das instâncias de controle social; virtudes e problemas na dinâmica do controle social.

Paralelamente ao Fórum, foi realizada a feira *O SUS que dá certo*, em que foram expostas experiências exitosas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Um comentário panorâmico sobre o teor das falas merece ser, preliminarmente, apresentado.

Os partidos políticos representados foram o PFL, o PMDB, o PSDB e o PT. Dos quatro partidos, apenas o PSDB, por intermédio de sua representante, Senadora Lúcia Vânia, apresentou uma proposta oficial, atinente aos termos do evento. O representante do PT apresentou um sumário das realizações do governo federal no campo da saúde. Os demais representantes partidários falaram em nome de suas agremiações, mas fizeram ressalvas quanto a algumas considerações, de caráter mais *pessoal*, em suas falas.

O grupo de ex-Ministros descreveu e analisou suas realizações nas respectivas passagens pela administração pública federal, com grande ênfase em questões ligadas à mudança de modelo assistencial e gerencial na saúde.

O debate sobre pacto federativo, conduzido por representantes da administração pública nas três esferas de governo, teve como participantes, o Prefeito de Aracaju, Marcelo Déda; o Presidente do CONASS, Marcus Pestana e a Ministra Dilma Roussef, da Casa Civil da Presidência da República.

A mesa sobre "Terceiro Setor" contou com a presença da representante da Pastoral da Criança, Dra. Zilda Arns, e do Presidente da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas do Brasil, Sr. Antônio Luiz Paranhos Ribeiro Leite de Brito. Eles abordaram, de forma abrangente, aspectos da atuação histórica e presente de suas entidades, e enfatizaram a importância das respectivas parcerias com o SUS. Fez parte da mesa, também, a Dra. Ela Wiecko Volkmer de Castilho, Subprocuradora-Geral da República e Procuradora Federal dos Direitos do Cidadão. Sua intervenção enfocou as diretrizes e dilemas da atuação do Ministério Público no campo da saúde.

Finalmente, os três analistas convidados, Eugênio Vilaça Mendes, consultor da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; Gastão Wagner de Souza Campos, da Faculdade de Medicina da Unicamp; e Paulo Buss, Presidente da FIOCRUZ, trouxeram contribuições críticas bastante sintonizadas com a diretriz central do evento, qual seja, uma *visão de futuro* para a saúde no Brasil.

Consensus e Dissensus



Consensos e Dissensos

Houve um aspecto bastante notável no evento: **um profundo nível de consenso em torno da idéia-matriz do Sistema Único de Saúde (SUS) e de sua defesa intransigente.**

Foi defendido intensivamente que o SUS representa uma relevante **conquista social** para o conjunto da sociedade brasileira e que não se deve aceitar um sistema apenas *para os mais pobres*, mas sim para todos os cidadãos. "*O SUS nos ensinou a trabalhar na Democracia.*" Essa frase foi proferida pelo ex-ministro da Saúde Adib Jatene, demonstrando aspecto importante do sistema de saúde brasileiro, o que, aliás, ficou explicitado na própria denominação do evento. A frase de Beveridge, "**Políticas exclusivas para os pobres são políticas pobres**", lembrada por Eugênio Vilaça, traduz bem a defesa que se fez no Fórum de um sistema de saúde realmente universal para os brasileiros.

A defesa do SUS incluiu também a ênfase, praticamente consensual, a respeito dos inúmeros ganhos proporcionados pelo sistema nos 15 anos de sua implantação, traduzidos, por exemplo, pela grande produção de serviços, pela ampliação do acesso aos serviços de saúde e pela evolução positiva de importantes indicadores epidemiológicos, como a redução da taxa de mortalidade infantil e da taxa de prevalência de hanseníase, o aumento da esperança de vida ao nascer, etc. Não passaram despercebidas, todavia, algumas das iniquidades ainda presentes no acesso aos serviços de saúde.

Sem embargo, admitiu-se que é fundamental avançar no aperfeiçoamento legal e normativo do sistema, dentro do lema proposto por um dos palestrantes: "**reformular o SUS, não (re)fundá-lo**".

Igualmente, foi enfatizado que a realidade brasileira é muito heterogênea e que o arsenal normativo e a própria condução política do sistema de saúde precisam estar atentos a tal característica, para não uniformizar a gestão em demasia.

Foi também tema de consenso as manifestações contra a precarização das relações de trabalho, aspecto ainda muito presente na realidade brasileira.

O Programa de Farmácia Popular, do governo federal, foi criticado intensivamente pela maioria dos palestrantes e também nos debates, com exceção dos membros do governo.

Outro ponto de consenso bastante extensivo foi o problema do financiamento da saúde, com forte clamor para maior alocação de recursos financeiros na área. De forma correlata, a gestão do SUS foi outro tema fortemente discutido e destacado como prioritário, mas a tendência foi de apontar que a questão da falta de recursos tem precedência sobre a gestão propriamente dita, rejeitando-se a idéia de que o centro do problema estaria na gestão, e não nos recursos, que seriam, supostamente, suficientes.

Houve também forte apelo à intensificação da chamada **responsabilização sanitária**, associando a essa discussão a inclusão dos temas da cooperação e solidariedade como matrizes filosóficas do sistema de saúde.

Ainda como objeto de consenso, diversos palestrantes e debatedores se referiram ao chamado **Pacto pela Saúde**, resultado de uma pactuação entre as três esferas de gestão – Ministério da Saúde, Conasems e CONASS. Tal documento, hoje de circulação ampla, está estruturado em três pilares: **Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão**. No *Pacto pela Vida*, estão enumeradas prioridades básicas em saúde que os três entes federados devem perseguir, com metas e indicadores para avaliação anual. Já o *Pacto em Defesa do SUS* visa iniciar um movimento de (re)politização da saúde, nos moldes da Reforma Sanitária, em defesa do caráter público e universal do sistema de saúde brasileiro. No *Pacto de Gestão*, União, estados, municípios e Distrito Federal acordaram um conjunto de responsabilidades comuns e específicas em relação à descentralização, à regionalização, ao financiamento, ao planejamento, à programação pactuada e integrada, à regulação, à gestão do trabalho, à educação na saúde, à participação e ao controle social.

O grande dissenso do Fórum ocorreu, sem dúvida, em torno de uma questão levantada pelo ex-ministro da Saúde, Adib Jatene, que defendeu a flexibilização das fontes de financiamento para alguns hospitais públicos, de forma a incluir entre seus usuários um público pagante, à semelhança do que já ocorre, por exemplo, no Incor de São Paulo. Não só faltaram outros defensores explícitos, como tal proposta recebeu inúmeras críticas, todas apelando para a possível quebra do princípio do direito universal e da gratuidade dos serviços de saúde do SUS.

Um tanto contraditoriamente, todavia, a defesa do *Programa Farmácia Popular*, do governo federal, que representa também uma forma de incluir co-pagamento do usuário por um determinado insumo de saúde, o medicamento, foi realizada por alguns, *vis-à-vis* à não-aceitação da cobrança de co-participações financeiras nos hospitais.

Outro dissenso, este mais focalizado, deu-se em torno dos papéis dos estados e dos municípios na gestão do sistema de saúde.



Temas destacados



Temas destacados

Sem negar a enorme diversidade das contribuições trazidas pelos palestrantes, foi possível selecionar alguns temas que, além de estarem presentes com intensidade nas apresentações e nos debates, revelaram maior aprofundamento e especial nível de consenso. São eles:

Gestão e Financiamento

Sem dúvida, estes tópicos compuseram o tema central do evento e foram destacados não só isoladamente, mas também de forma associada a outros temas, como *regulação tecnológica, pacto federativo e descentralização*, dentre outros.

Um dos palestrantes se referiu ao financiamento como uma *frustração antiga*, ou seja, um desafio crônico, até hoje não enfrentado e menos ainda equacionado dentro do SUS. Assim, a palavra de ordem **“mais recursos para a saúde”** pode ser considerada como a diretriz principal das apresentações e dos debates. Todos os participantes, fossem parlamentares, ex-ministros ou membros de outros segmentos sociais e institucionais, foram bastante enfáticos quanto a isso.

O ex-ministro da Saúde Humberto Costa admitiu a existência atual de uma *tendência à estagnação* dos gastos públicos com a saúde, ao mesmo tempo em que prevalece um marcante crescimento dos custos no setor. Foi, aliás, bastante destacado o problema da *escalada de custos* que o sistema enfrenta, particularmente em anos recentes, constatação esta que abriu outra frente de consenso nos debates, qual seja, a da **necessidade de políticas regulatórias adequadas**, principalmente no que diz respeito ao consumo de tecnologias.

Em linhas gerais, foram várias as advertências de que a atual tendência de crescimento de gastos nas políticas de saúde *vis-à-vis* à estagnação do financiamento pode comprometer o próprio SUS como política universal. Sendo assim, a resposta à questão “que SUS teremos?” será dada pela disponibilidade de financiamento, se o existente ou o que é proposto por setores fora do governo.

A abordagem do tema do financiamento da saúde acarreta um maior aprofundamento de certas questões correlatas. Nesse sentido, foram lembradas: as políticas de distribuição de renda e de redução da desigualdade e da exclusão; o aperfeiçoamento do processo de descentralização; a melhor definição do papel dos entes federativos no SUS; a necessidade de diferenciação do financiamento em função das diferenças regionais e demográficas, entre outras.

Aspecto especialmente destacado nas apresentações e nos debates foi o das

alocações indevidas, nos orçamentos da saúde, de programas e ações que, na verdade, seriam estranhos a ela.

A questão das tabelas de procedimentos foi levantada com certa intensidade, principalmente pelos representantes de partidos políticos.

Foi lembrado, entretanto, que as distorções existentes provêm de processos históricos e que sua reversão demandaria tempo.

A necessidade da regulamentação da Emenda Constitucional 29 foi outro tema de forte presença. Lembrou-se que determinações da **EC nº 29** devem ser assumidas não como um *teto* para a alocação de recursos, mas sim como **patamar mínimo**.

Ainda referente à EC 29, mesmo em seu estágio atual de regulamentação incompleta, foi lembrada a verdadeira assimetria de sua aplicação e cumprimento verificado nos três níveis de governo.

As implicações financeiras das sentenças judiciais nos orçamentos públicos das três esferas foram também enfatizadas. Mais do que isso, revelou-se um anseio generalizado dos gestores no sentido de que tal situação seja equacionada. O assunto foi objeto de abordagem por parte da representante do Ministério Público.

Uma frase do ex-ministro da Saúde, Adib Jatene, *"oferecer o máximo a alguns só se justificaria quando fosse possível oferecer o mínimo a todos"*, levantou uma das poucas polêmicas do Fórum, não resolvida inteiramente. Seu oposto foi enunciado cabalmente por outros participantes: *"dar para todos tudo o que for necessário"*.

A manifestação também relativamente constante, sob diversas óticas, de um velho dilema dos sistemas de saúde, *descentralizar recursos x poder*, foi abordada enfaticamente, mas seu aprofundamento será feito mais adiante, no item referente a *pacto federativo*. Ainda dentro do tema, a defesa de uma microrregionalização *versus* a municipalização estrita foi apontada, não de todo sem oposição, como um mecanismo eficaz de evitar a pulverização de recursos dentro do sistema de saúde.

Da mesma forma, foi posta em destaque a questão da economia de escala, possibilitada pela organização do sistema em unidades nem sempre correspondentes ao território restrito do município. Como tônica destes debates, destaque-se uma frase de Eugênio Vilaça: *"Final, o dinheiro deve ir atrás do cidadão, não do gestor ou do prestador"*.

Como aspectos adicionais do debate sobre financiamento da saúde podem ser apontados: (a) a natureza da crise não seria apenas financeira, mas também ideológica, de gestão, de modelo, despertando uma frase curiosa de Gastão Wagner: *"O SUS é um santo com pés de barro"*; (b) a simples reivindicação de cada vez mais recursos para a saúde esbarrará sempre nas necessidades de outras áreas – no limite, os orçamentos são relativamente inelásticos; (c) o panorama do financiamento, apesar de suas dificuldades, apresenta inovações e soluções expressivas, como o repasse fundo a fundo, a transferência baseada em cálculos *per capita*.

Pacto Federativo

Foram enfatizadas as particularidades quase *endêmicas* da federação brasileira. Isso representaria um enorme desafio para os legisladores e para os gestores. No campo da saúde, seus efeitos são notáveis e grandes mudanças ainda devem ocorrer para se definir o melhor equilíbrio de um sistema de saúde adequado em termos de co-responsabilização federativa. Exigem-se transformações profundas que, por isso mesmo, têm seu curso potencial lento e complexo. Um caso como o brasileiro, comparado a de outros países, exige também políticas diferenciadas, com necessidade de fortes processos de negociação intergovernamental e mesmo societária para a produção de efeitos duradouros.

O SUS, sem dúvida, parece ter inaugurado novas práticas de pactuação federativa no Brasil, traduzidas, por exemplo, pelos avanços obtidos no controle social, nas transferências fundo a fundo. O sistema de saúde foi, assim, considerado exemplar e bem-sucedido como proposta de arranjo federativo, o que implicaria desenvolvimento de processos voltados para a sustentabilidade sistêmica, no que também ele apresenta soluções interessantes.

Não obstante, a federação brasileira chegou a ser equiparada a *uma ficção, um enigma*, inspirada que foi em modelos estrangeiros que configuram, sem dúvida, propostas generosas, mas incapazes de se adaptar à complexa realidade do País. Foi referida como um sistema em permanente *crise de identidade*, no qual a definição de competência dos entes está incompleta, inclusive na área da saúde, dando lugar à omissão ou ao conflito, principalmente quando está em foco a relação entre o estado e o município.

A Constituição Federal de 1988 levou a ganhos importantes para os municípios em termos de autonomia política e mesmo de aporte de recursos. Ainda assim, ela não parece ter sido capaz de resolver o âmago do problema, que é a oposição entre *descentralização de recursos e descentralização de poder*, o que é patente no campo da saúde.

Foi bastante destacado, seja nas apresentações ou nos debates, que divergências e contraposições ainda subsistem nas relações entre os entes federativos, abrindo caminho para ingerências, aspecto que, na saúde, faz parte da realidade cotidiana dos gestores e cria forte obstáculo à evolução do SUS. Assim, apontou-se, unanimemente, mesmo sem maior especificação quanto aos conteúdos de tal processo, para a necessidade de reconstrução do atual pacto federativo brasileiro, ainda mais diante de uma realidade tão heterogênea e complexa como a do País.

A discussão do **pacto federativo** traz evidentes implicações na questão da melhor responsabilização das esferas de governo.

Houve forte ênfase em tal questão, a da **responsabilização sanitária**.

A responsabilização deveria ser pensada em termos *macro* (nível de sistema de saúde) e *micro* (nível de serviços), a partir do que ela seria também *horizontalizada*, entre as equipes de saúde e a população usuária, na concepção de Gastão Campos.

Proposta concreta de pacto federativo em nível estadual foi apresentada pelo presidente do CONASS e secretário de estado da Saúde de Minas Gerais, Marcus Pestana. Segundo ele, em sua gestão na Secretaria Estadual de Saúde, estão sendo experimentados processos de *microrregionalização solidária*, mediante arbitragem estadual, com vantagens evidentes, principalmente em processos de escala, como, por exemplo, no caso das compras centralizadas e na capacitação e educação permanente. O presidente do CONASS utilizou a expressão “**da responsabilidade difusa à responsabilidade inequívoca**” para validar seus argumentos.

Como aspecto negativo ou desfavorável das relações federativas atuais foi apontada a tendência crescente de retração da União no financiamento do SUS.

Política de Recursos Humanos

Outro tema constante nas apresentações e nos debates. O grande apelo foi contra a precarização das relações trabalhistas em saúde. **Valorizar o trabalho em saúde**, particularmente diante de um quadro em que *as pessoas representam o item mais mal-remunerado no sistema* - na expressão do ex-ministro da Saúde, Adib Jatene.

Os que falaram em nome do atual governo federal conferiram especial ênfase à questão da legalização e regularização do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, nos termos atualmente encaminhados pelo Executivo, inclusive com aprovação de lei específica no Congresso Nacional.

Considerou-se que a política de expansão da Atenção Primária à Saúde no Brasil, no feito que tem sido formulada e executada nos últimos dez anos, com a implantação e marcante expansão do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), representa, também, um forte estímulo ao mercado de trabalho para as profissões de saúde no País, sem embargo da necessária vigilância em torno dos vínculos e das condições de trabalho. Nesse aspecto, não só se recomendou a consolidação de tal política como muito se enfatizou a necessária qualificação dos trabalhadores nela inseridos.

Deplorou-se, por outro lado, a insuficiência de legislação e respectivas normas de ajuste com referência à política de recursos humanos, o que tem acarretado distorções diversas, em termos regionais e dentro das diversas categorias de trabalhadores e profissionais. Trata-se de um assunto que, sem impedimento de um necessário aprofundamento jurídico e técnico, requer fundamentalmente ousadia política na tomada de decisões.

Ainda sobre o tema das modalidades de contrato para o pessoal da saúde, particularmente dos ACS e outros profissionais vinculados ao PSF, foi lembrado que o concurso público, em sua modalidade tradicional, esbarra em determinados aspectos da realidade, por exemplo, na vedação de se colocar como requisito a moradia do

profissional na área de abrangência do programa. Assim, foi feita a defesa, também sem maiores contestações, de que o melhor caminho seria a adoção de formas de seleção mais simplificadas, sem abrir mão, todavia, de garantias de transparência e igualdade de oportunidades quanto aos demais quesitos.

Os problemas do ensino das profissões da saúde, particularmente da medicina, foram destacados.

A especialização precoce nos currículos de medicina foi criticada amplamente. Sugeriu-se que a formação médica estivesse mais atenta às doenças prevalentes na sociedade, como, por exemplo, a tuberculose, doença de muito impacto na realidade brasileira e que, no entanto, receberia pouca importância na formação dos profissionais de saúde. Pediu-se maior aproximação com o SUS, de forma a se construir uma proposta de **formação na perspectiva de um sistema público**, como disse o secretário estadual de Saúde de Goiás, Fernando Cupertino.

A economia da saúde também foi considerada tema fora das preocupações das escolas médicas, apesar de suas fortes repercussões sobre o sistema de saúde. Sua inclusão nos currículos escolares representaria, hoje, uma tendência mundial.

Lembrou-se, como aspecto positivo da atualidade, a existência de programa de financiamento, por parte do Ministério da Saúde, para aqueles cursos da área da saúde que apresentem inovações curriculares compatíveis com as apontadas nas discussões – o chamado PRÓ-SAÚDE.

Além disso, a questão da educação permanente da força de trabalho em saúde foi destacada como um dos alvos daquela atuação mais diferenciada dos estados, objeto de pactuação com os municípios, por fazer parte de um conjunto de ações que apresentariam resultado melhor ao serem executadas em regime de economia de escala.

Incorporação tecnológica

Foi também um tema que recebeu bastante atenção.

Partiu-se da constatação de que a atual escalada de custos na saúde tem correlação direta com os fenômenos de transição epidemiológica, demográfica e cultural, mudanças para as quais não se considerou que o país esteja preparado. Além disso, como lembrou o presidente da Fiocruz, Paulo Buss, são situações cujos determinantes, muitas vezes, se encontram externos à área da saúde propriamente dita.

Enfatizou-se, particularmente, a questão dos equipamentos e insumos bem como a correlação existente com o problema de natureza cultural do consumismo em saúde, uma realidade que afetaria tanto os usuários dos sistemas de saúde como seus operadores.

Além disso, o assunto tem forte interface com a questão da “judicialização”, que acaba forçando, muitas vezes, os gestores, por temor de ações intempestivas na Justiça, a adquirir medicamentos não padronizados ou a autorizar tratamentos de alta

tecnologia desnecessários, abrindo, além do mais, caminho para o indesejável descontrolo da incorporação tecnológica.

O fenómeno também seria bastante agravado pelas distorções da formação médica, com a especialização precoce dos profissionais e a cultura tecnológica e hospitalista neles instilada.

A solução preconizada passa, naturalmente, pelo **incremento dos processos de regulação da incorporação tecnológica**, em todas as esferas de governo e em todos os níveis de complexidade. Os gestores estaduais, representados pelo CONASS, chamaram para si prerrogativas em relação a tal questão, dentro da lógica da economia de escala, já referida anteriormente. **Incorporação, sim, mas regulada** – eis uma palavra de ordem emanada dos debates.

Entre as medidas regulatórias mencionadas, foi defendida a implantação de instrumentos de gestão da clínica, entre eles os protocolos de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, aspecto defendido inclusive pela representante do Ministério Público, que manifestou sua crença em que a existência de tais instrumentos não só seria desejada pela instituição que representa, como viria a facilitar bastante o trabalho dos promotores das diversas instâncias.

Sobre a política de medicamentos e outros insumos, os debates do evento voltaram-se para grandes eixos de ação, quais sejam, desenvolvimento de uma política mais abrangente e equitativa para o setor, manutenção da política de genéricos e implantação de instrumentos reguladores, além de rejeição da política das *Farmácias Populares*.

Ação intersetorial

Este aspecto foi bastante enfatizado não só nas manifestações dos representantes do chamado “terceiro setor”, mas também nas de vários outros apresentadores.

Marcus Pestana, presidente do CONASS, lembrou que o pacto fundamental é aquele *em defesa do SUS* e que, para sua concretização, será essencial um trabalho sistemático de ações intersetoriais e de realização de alianças amplas na sociedade.

Do ponto de vista simbólico, Gastão Campos lembrou que existem hoje desencanto e ceticismo da sociedade em relação ao SUS – resultado de uma *reforma ainda incompleta* do setor – e que é preciso uma ação conjunta visando resgatar a credibilidade do sistema perante todos.

O moderador do Fórum, jornalista George Vidor, lembrou que as manifestações até certo ponto emocionais, e até mesmo agressivas de parte de muitos segmentos do setor da saúde, mesmo que possam ser legítimas, afugentam aliados e tornam mais difícil uma ação de apoio de muitos setores da mídia.

Eugênio Vilaça destacou que existe um *capital social acumulado* na saúde e que agora é preciso também avançar na ampliação da articulação com outros setores e segmentos sociais, configurando-se, assim, o que chamou de o *SUS além da saúde*.

Zilda Arns e Antônio Brito destacaram a tradição da participação do terceiro setor na saúde do País e defenderam a ampliação de tal aliança histórica, enfatizando a obrigação do segmento por eles representado de se submeter aos princípios do SUS.

A promotora federal Ela Wiecko, ao defender a participação do Ministério Público (MP) no campo da saúde, apontou alguns dos princípios fundamentais que regem tal interação. Lembrou, preliminarmente, que há um excesso de demandas para o MP e que aquelas relativas à saúde têm ocupado o primeiro lugar, pelo menos na esfera federal. Apontou também que muitas das demandas que se transformam em sentenças do Judiciário não são emanadas do MP, mas de advogados particulares, com apoio, na origem, de médicos que prestam serviços diretamente ao SUS.

Defendeu que a ênfase na apuração de irregularidades e desvios é fato superado, tendo em vista a qualificação crescente da ação do MP.

Da mesma forma, o foco em demandas individuais caminha para ser substituído pelas questões mais coletivas, embora isso ainda represente um dilema para a ação dos promotores, que têm sob seu encargo tanto o direito de cada um como o direito de todos.

Aceitou a crítica à *judicialização da saúde* e seu impacto sobre os custos do sistema, mas fez alguns esclarecimentos sobre a questão. O MP federal já reuniu especialistas e produziu um Manual de Orientação aos seus membros e, também, aos promotores estaduais, embora sem caráter *vinculativo*. Isso significa que sua utilização não é obrigatória por parte dos promotores, dada a autonomia da instituição. Defendeu, ainda, a aceitação dos protocolos e consensos elaborados por especialistas da saúde como matéria de referência para os promotores, principalmente nos casos de demanda reprimida. Acrescentou que o mais importante seria tentar evitar o encaminhamento das questões ao Judiciário, buscando obter soluções entre demandantes e demandados, mediante intervenção do MP.

Em suma, a Dra. Ela Wiecko defendeu a cooperação do MP com os gestores, visando à superação dos conflitos, que admite, até hoje existem. O lema de todos deve ser a oposição sistemática às restrições de acesso à saúde bem como o tratamento diferenciado dos desiguais.

Propostas



Propostas

A presente seção propõe-se a organizar os conteúdos das propostas surgidas durante o Fórum, seja de autoria dos palestrantes, dos debatedores ou oriundas dos debates com o plenário. Ao contrário da seção anterior, a preocupação não foi a de destacar pontos de consenso ou mesmo de aprofundamento dos temas. Aqui, o que se procurou foi resgatar a riqueza e a diversidade das propostas trazidas ao evento, sem qualquer foco estatístico, de forma a valorizar igualmente toda a gama de propostas apresentadas, independente do grau de consenso por elas alcançado ou mesmo do fato de terem ou não sido debatidas profundamente.

Para efeito de organizar a apresentação, as propostas estão agrupadas em três categorias: **Articulação e defesa pró-SUS; Ações envolvendo outros setores, além da Saúde; Ações programáticas em Saúde.**

Articulação e defesa pró-SUS

- O grande lema a conduzir a defesa e o aperfeiçoamento do sistema de saúde no Brasil deve ser: **a vida acima de tudo;**
- A defesa do SUS deve ter como argumento principal sua característica de **conquista social**, sem impedimento de que ocorra seu aperfeiçoamento jurídico, porém sempre mantendo os princípios fundamentais de: **unicidade; direito e acesso universal; dever do Estado; equidade; integralidade; financiamento público; relevância pública; controle social; descentralização;**
- A *partidarização* e outras formas de *ideologização da saúde* bem como seu cortejo de práticas condenáveis de clientelismo, barganha política e banalização dos princípios do SUS devem ser amplamente denunciados e combatidos com os instrumentos administrativos e jurídicos vigentes e, principalmente, mediante **o controle da sociedade** e de outras instâncias formais;
- As ações de governo em Saúde terão, também, como diretriz o **foco na humanização**, no respeito às diferenças e nos direitos das pessoas.
- Pela valorização *material, política e ética* da Saúde nas ações de governo;
- Pela garantia de recursos e depuração, nos *orçamentos públicos*, de tudo que é estranho à saúde;
- Pela defesa intransigente do **Pacto pela Saúde**, nos termos firmados pelas três esferas de gestão e aprovado no Conselho Nacional de Saúde;
- Pela discussão e implantação de um **Plano Nacional de Saúde**, com gestão solidária e responsável entre as três esferas de governo;

- Pela valorização da **eficiência, da eficácia e da qualidade nas ações de Saúde**;
- Pela inclusão, no **planejamento das ações de Saúde**, das questões derivadas das *transições*: (a) *demográfica* (envelhecimento e migrações, por exemplo); (b) *epidemiológica* (doenças não transmissíveis e violências, por exemplo) e (c) *cultural* (nova estrutura familiar, hábitos de vida e mudanças na conduta sexual, por exemplo);
- Pela ampliação da política de **alianças na saúde**, com intensificação da ação intersetorial, da interação com os diversos segmentos sociais e com a mídia e da articulação com o Ministério Público;
- Pela retomada das discussões referentes à *Lei de Responsabilidade Sanitária* envolvendo os diversos segmentos interessados;

Ações envolvendo outros setores, além da Saúde

- Pela **regulamentação da Emenda Constitucional nº 29** e a assunção de que suas implicações sobre os orçamentos da saúde devem ser não em termos de teto, mas de patamar mínimo de recursos alocados;
- Pela **rejeição das políticas focais**, na Saúde e fora dela, que restrinjam o acesso e direitos fundamentais já consagrados nas leis vigentes;
- Pela ampliação da **discussão sobre as características da federação** brasileira e suas limitações na implementação de políticas públicas;
- Pela **negociação e pactuação solidária e co-responsável** entre as três esferas de governo, com amplo reconhecimento das diferenças e heterogeneidades que marcam a Federação Brasileira;
- Em defesa da **manutenção das políticas de transferência de renda e de combate à exclusão social e à pobreza**, bem como das políticas urbanas;
- Pela ênfase crescente na implementação de políticas intersetoriais coerentes e articuladas, visando a **redução das iniquidades sociais em saúde**, com ação das três esferas de governo, realizando a pactuação intra e intergovernamental e a mobilização da sociedade civil.

Ações programáticas em Saúde

- Incentivo ao **desenvolvimento e à implementação de instrumentos de gestão inovadora**, como, por exemplo: contratos de gestão, pactos de metas, parcerias, instrumentos de gestão clínica e protocolos assistenciais, cartão SUS, microrregionalização cooperativa.
- Pelo fim dos vínculos precários dos trabalhadores de saúde e **pela normalização das demais questões relativas ao processo de trabalho em saúde** e sua valorização política e material;
- Pela **ampliação da regulação da incorporação tecnológica e pelo desenvolvimento de instrumentos adequados relativos à sua gestão**, com afirmação da ação estatal em face dos mecanismos

de mercado que dominam o setor, incluindo, também, a implementação do cartão nacional de identificação dos usuários, de prontuários eletrônicos, Centrais de Regulação, sistemas de protocolos e sistemas de transporte sanitário;

■ Pela discussão ampla e implementação de um **marco regulatório para a Política Nacional de Saneamento**;

■ Pela **eliminação das distorções nas tabelas de procedimentos do SUS**, inclusive da valorização desigual e iníqua entre a remuneração dos procedimentos mediados por equipamentos *versus* os que envolvem contato direto e não intermediado com pacientes;

■ Pelo **fortalecimento dos prestadores de serviços que sejam comprovadamente filantrópicos**;

■ Por uma **Política de Medicamentos no SUS** que tenha como postulados: o direito de todos ao acesso, o incentivo à produção de genéricos, a inclusão de terapias complementares, a regulação por instrumentos de gestão clínica;

■ Pelo foco na **Atenção Primária à Saúde como matriz do modelo assistencial**, com a defesa de: prosseguimento da implantação do PSF; ampliação da capacidade resolutiva, inclusive clínica, do sistema; gestão por territórios; responsabilização local (micro) e sistêmica (macro); enfoque na Promoção da Saúde; evolução de um sistema voltado para *condições agudas entre jovens* para outro com foco nas doenças *crônicas de pessoas mais velhas*; e implementação de redes integradas de atenção à saúde, entre outros aspectos;

■ Pela **ampliação das parcerias entre os serviços de saúde e os órgãos de formação técnica e acadêmica**, com o prosseguimento dos atuais programas de financiamento e apoio técnico e político, por parte do MS, para reformas curriculares;

■ Pela **maior responsabilidade e racionalidade nos investimentos públicos**, por exemplo, na construção de novos hospitais, principalmente de pequeno porte;

■ Pelo envolvimento do setor saúde na **elaboração e na manutenção de uma agenda específica para a questão da violência**.

Relatório dos painéis e mesas redondas



Relatório dos painéis e mesas redondas

A seguir apresentamos uma síntese dos painéis e das mesas redondas do fórum.

Solenidade de abertura

Marcus Vinícius Pestana da Silva

**Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e
Secretário de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG)**

A sucessão presidencial é um momento privilegiado, singular, único, em que a sociedade se defronta consigo mesma. Não é um momento de pirotecnia ou de *marketing*. É um momento de discutir conteúdos e perspectivas; de renovação; de esperanças; de revelação; de perplexidades; de preocupações; de reafirmação de convicções; de uma reflexão coletiva para se avaliar o passado, o trajeto histórico, e se fazer a projeção do futuro, consolidando a democracia e construindo, a cada passo, o projeto de país e de nação.

Ocorreram muitos avanços. Nunca houve tanta liberdade neste país e, além disso, houve a estabilização da economia, mas um grande desafio está colocado neste início do século XXI: é insuportável conviver com as tamanhas, abissais, inaceitáveis diferenças sociais, desigualdades e iniquidades. Um sistema público de saúde de qualidade é elemento essencial na construção de uma cidadania plena para todos os brasileiros.

O balanço do SUS é vitorioso, é um sonho generoso, ambicioso, que os constituintes colocaram para as futuras gerações. Ao projetarem um sistema baseado na universalidade e na integralidade, colocaram a ferramenta para o maior programa de inclusão social já visto no país.

É preciso fazer um balanço sereno e tranquilo, evitando o simplismo e o maniqueísmo, mas também análises ufanistas, de que é o melhor sistema do mundo, o paraíso na terra. Efetivamente, a arquitetura institucional, a concepção do SUS é talvez a mais avançada de todo o mundo. A produção desse sistema, os números do SUS, dadas as situações concretas, são fantásticos. Neste evento também ocorre uma feira, para que sejam vistas experiências, em cada estado brasileiro, do *SUS que dá certo* e que promove justiça social.

Também é preciso evitar o outro extremo: aquele que coloca uma perspectiva catastrófica, associando o SUS a um caos contínuo e permanente. Existem gargalos, filas

para cirurgias, para consultas especializadas, para alguns tratamentos, mas o SUS não é caótico. Ele oferece, dentro das condições reais e concretas em que está colocado, um projeto que deve orgulhar o povo e a nação brasileira.

A agenda colocada por este Fórum inclui vários pontos: a questão do subfinanciamento *vis-à-vis* aos problemas de gestão; os desafios tecnológicos; os custos crescentes; a relação com o mercado; a escassez fiscal orçamentária; a questão complexa dos recursos humanos e sua formação profissional; a interiorização dos profissionais de saúde em um país continental; a relação com o mercado de trabalho e também a despreciação das relações de trabalho.

Outra questão a ser discutida no Fórum é o Pacto Federativo: qual o papel de cada ente federado? É preciso transitar da responsabilização difusa para a inequívoca. Mas a grande questão, o pano de fundo que se propõe aqui, para a realização de uma reflexão coletiva, é a escolha estratégica que a sociedade fará nesta sucessão presidencial.

Se o caminho é vitorioso, é preciso, com coragem, ter um posicionamento e enfrentar esta agenda: a discussão do futuro do SUS. Existem três cenários possíveis. O primeiro, ao qual me filio, de reafirmação dos princípios constitucionais, de aprofundamento do SUS e de garantia das pré-condições para se promover a universalidade e a integralidade.

O outro cenário, que é uma opção corajosa, mas que critico de forma contundente, é composto por aqueles que, enxergando limitações no SUS, timidamente colocam a revisão dos princípios constitucionais com políticas focalistas, defendendo a concepção de que o SUS deveria ser apenas para as camadas mais pobres da população. Isso é muito perigoso, porque a qualidade, a força do sistema, depende da universalidade. O SUS será segmentado? Será realizado o fornecimento de medicamentos e serviços a preços subsidiados para uma certa camada da população, como perigosamente já está sendo feito na Farmácia Popular? Ou a proposta será reafirmar e discutir com o Congresso Nacional e a sociedade a necessidade de prover os recursos, de dar as condições para que o SUS realize o sonho constitucional?

A outra opção, a pior de todas, é a da dissimulação, a de sustentar na retórica os princípios do SUS, e cotidianamente, ano a ano, na discussão orçamentária, ir dinamitando a sua possibilidade de sucesso. É mais corajoso quem propõe a revisão.

Os gestores de saúde, os sanitaristas e o movimento comunitário a favor da saúde precisam defender, junto à sociedade, aos candidatos a presidente e aos partidos, a reafirmação dos princípios constitucionais e também a materialização das condições para que o SUS consolide o seu sucesso e aprofunde suas vitórias. É por isso que o CONASS e O Globo organizaram este Fórum: para discutir essas questões. Este é o momento de sensibilização dos atores sociais relevantes.

Março, abril e maio é o período em que ainda há serenidade para a realização de uma reflexão plural, visando à sensibilização daqueles que têm poder de decisão nos partidos e nas correntes de opinião, porque, depois de junho, acontece a convenção partidária e a disputa eleitoral. O momento é agora.

Deste seminário resultarão duas grandes publicações: um caderno especial do Globo e um CONASS Documenta, que serão entregues solenemente a todos os candidatos à Presidência da República.

A democracia transfere permanentemente as rédeas do destino para a própria sociedade. Que este seja um momento importante, que dê uma contribuição efetiva para que as próximas eleições se convertam em uma verdadeira alavanca, que resulte em um impulso, em um salto de qualidade rumo ao Brasil justo e democrático, para o qual é indispensável uma saúde pública de qualidade para todos os brasileiros. Que seja possível demarcar algumas posições com aqueles que têm capacidade de influir nos sistemas partidários e nas candidaturas presidenciais, para que esta Agenda seja efetivamente discutida na sucessão presidencial.

Agostinho Vieira

Diretor Executivo de *O Globo/Extra*

É com muita honra que *O Globo* ajuda a promover este I Fórum de Saúde, tema tão sensível e sempre presente em todas as pesquisas sobre as grandes prioridades nacionais.

Quando o Dr. Marcus Pestana procurou pela primeira vez *O Globo*, para falar sobre as propostas de realização deste evento, dois pontos chamaram a atenção. O primeiro foi a garantia de que seria um Fórum suprapartidário, que colocaria a questão da saúde acima de qualquer interesse eleitoral. O segundo que não seria um Fórum de lamúrias e reclamações, mas um espaço para a discussão de propostas concretas, para a apresentação de experiências que efetivamente funcionam, ou seja, seriam dois dias de trabalho em busca de soluções. Daí veio também a excelente idéia de realizar a feira *O SUS que dá certo*, que funcionará paralelamente à realização deste Fórum.

O Globo completou, no ano passado, 80 anos de vida, uma história de muita luta inspirada na determinação do jornalista Roberto Marinho. É uma história que também se confunde com a história do Brasil e do Rio de Janeiro. Portanto, sempre que um grupo de pessoas - sejam autoridades ou não, e independentemente de suas crenças políticas - se reunirem com o objetivo de tornar o país e o Estado do Rio de Janeiro lugares melhores para se viver, *O Globo* terá muito prazer em estar presente.

Paulo Gadelha

Presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)

Trazer como lema, para um encontro como este, a idéia de um *Fórum de Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil*, é de fato colocar a centralidade que o tema tem como questão não setorial, mas fundamental para o desenvolvimento econômico e social e, conseqüentemente, para o bem-estar da população brasileira.

Essa tem sido a tônica desta caminhada, desses anos todos de militância que vem gerando o SUS, as suas revisões e a reafirmação de seus valores centrais. Basta lembrar que a proposta da Constituinte, que gerou os marcos fundadores do SUS, foi fruto de uma proposta popular então encabeçada e manifestada no Parlamento pelo saudoso Sérgio Arouca. Promover, portanto, como nesta iniciativa do CONASS e do Globo, a discussão de posicionamentos plurais para serem posteriormente discutidos com a sociedade é a questão central e o desafio deste Fórum. É preciso realizar o esforço de recolocar a questão da saúde como uma questão social, recolocar a população como o agente central dos rumos da questão saúde, promover o debate e acompanhar todos os desdobramentos deste Fórum.

Também é preciso ressaltar que, entre 21 e 25 de agosto, pela primeira vez no Hemisfério Sul, ocorrerá o Congresso Mundial das Organizações de Saúde Pública juntamente com o Congresso da ABRASCO.

Para se aquilatar a importância que a saúde pública tem, atualmente, mais de dez mil trabalhos já estão inscritos, tendo como autores pessoas vinculadas à academia, servidores que estão na ponta, nos serviços, e também representantes da sociedade civil. E esse Congresso será uma oportunidade para divulgar aquilo que está sendo realizado, conjuntamente com a Frente Parlamentar da Saúde, com o CONASS, o CONASEMS e as entidades da sociedade civil, podendo dar voz e, ao mesmo tempo, repercussão a este Fórum e às suas resoluções, às suas recomendações plurais, eventualmente conflitivas, mas todas centradas fundamentalmente no compromisso do direcionamento das atividades de defesa do SUS para aquele que importa, o cidadão brasileiro, usuário desse sistema, que, infelizmente, com todo o sucesso que tem, ainda precisa vencer muitos desafios para ser universal, equitativo e cumprir as suas finalidades e o seu destino.

Jacob Kligerman

**Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro,
representando o prefeito do Rio de Janeiro César Maia**

Pilotando, talvez, o maior serviço público da América Latina, com 174 unidades de administração direta, considero este momento de grande felicidade, pois se tornam públicas as discussões sobre a administração direta, a gestão participante e a gestão partilhada.

Cirurgião militante, da área de grande complexidade, a exemplo do professor Adib Jatene, abracei a causa pública, de gestão pública. É uma situação realmente esquizofrênica. Na verdade, as pessoas ficam preocupadas querendo saber como um oncologista, cirurgião de cabeça e pescoço, vai enfrentar a saúde pública. Respondo: sendo um defensor, desde a adolescência, da causa pública.

O SUS se encontra num momento de discussão, de enfrentamento de problemas e busca de soluções. No papel de diretor do Inca também vivenciei grandes problemas, como

o da incorporação tecnológica acrítica e o da Justiça *fazendo* saúde pública. Este é um momento de grande reflexão e, especialmente para o Rio de Janeiro, um momento muito importante, já que a cidade recebe todos estes gestores, teóricos e funcionários da Saúde Pública. Que este Fórum cumpra seus objetivos!

Sílvia Fernandes da Silva

Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems)

É importante discutir o SUS em qualquer momento, mas, particularmente, neste período, neste ano eleitoral, fazendo uma avaliação profunda sobre os rumos que a saúde brasileira tem tomado nas últimas décadas.

Como representante dos Secretários Municipais de Saúde, é preciso ressaltar que os posicionamentos que serão aqui levantados não são pessoais, já que os temas que serão discutidos neste Fórum são objeto de debate freqüente entre os Secretários Municipais de Saúde do Brasil.

O Sistema Único de Saúde Brasileiro, pelo que foi construído da Constituição de 1988 até hoje, já é um dos grandes e mais importantes patrimônios da sociedade brasileira. É importante lembrar que o Brasil, o Canadá e Cuba são os únicos três países das Américas que estão de fato fazendo intensos esforços no sentido de manter um sistema de saúde de acesso universal.

Certamente, se não tivessem sido construídas as formulações teóricas do SUS na década de 1970 e viabilizado politicamente o sistema na década de 1980, muito provavelmente o Brasil, assim como a maioria dos países da América Latina, não teria focalizado a atenção na saúde e não existiria hoje esse sistema com as características que tem.

Portanto, é fundamental, assim como pensam os Secretários Estaduais de Saúde, nas recentes palavras do Dr. Pestana, aperfeiçoar o SUS, mas jamais colocar em dúvida a importância de ser ele uma política de acesso universal, como tem sido construída até o momento. Da parte das Secretarias Municipais de Saúde, uma das grandes etapas de construção do SUS que mais avançou, na década passada, foi a descentralização da saúde.

Apenas para apresentar-lhes um dado, na década de 1970, os postos de trabalho municipais no setor de saúde correspondiam a praticamente zero. Hoje, 66% dos postos de trabalho na área da saúde estão na esfera municipal. E, graças a essa expansão dos sistemas municipais de saúde, ampliou-se o acesso da população a esses serviços e existem hoje milhares de equipes de saúde da família. Esse aspecto precisa ser ressaltado.

Mas este Fórum, evidentemente, não pode ser ufanista, como disseram há pouco. Não pode apenas analisar os avanços; precisa se debruçar também sobre os problemas que constituem dificuldades para o avanço do sistema. O financiamento da saúde, sem dúvida, é um deles, e a política de recursos humanos de uma maneira ampliada é outra.

O SUS é patrimônio que precisa ser aperfeiçoado. A expectativa com este Fórum é exatamente esta: analisar os diferentes aspectos, as diferentes dimensões do sistema de saúde brasileiro em uma discussão aprofundada, crítica, mas tendo como pressuposto fundamental o direito à saúde de toda a população do país. É preciso se debruçar sobre esses grandes obstáculos, verificando o que pode ser feito para superá-los e fazer o sistema avançar ainda mais. Com certeza, o Fórum atingirá esse objetivo.

Deputada Federal Jandira Fegali

Vice-Presidente da Frente Parlamentar da Saúde

A Frente Parlamentar da Saúde é a maior Frente que o Congresso Nacional possui, com a participação de quase trezentos parlamentares, entre deputados e senadores.

Em nome desta Frente, que tem atuado de forma plural, suprapartidária, e vem muito eficientemente defendendo o SUS no Brasil, é preciso lembrar a realização do último Simpósio Nacional de Saúde, no ano passado, que na minha opinião deveria ter agregado o seu conteúdo aos debates que aqui serão realizados, porque foi um Simpósio muito representativo, no qual, de fato, se discutiram muitos assuntos referentes a gestão e a recursos humanos.

Gostaria de me posicionar em nome desta Frente diante do desafio que foi colocado pelo Dr. Marcus Pestana nas diversas diretrizes que aqui se impõem. Já houve a tentativa de desprofissionalizar o SUS e foi exatamente a resistência de um sistema capilar, descentralizado e democratizado que impediu que isso acontecesse. Foi uma resistência bonita.

Apesar de todos os problemas de gestão que são enfrentados em todos os níveis e das dificuldades que são vivenciadas, a Frente Parlamentar se posiciona muito claramente como defensora do SUS e do sistema público de saúde como uma grande saída para a maioria da população brasileira.

Não há na Frente Parlamentar de Saúde o predomínio de uma visão de que o SUS deva ser um sistema focal ou "a cesta básica de saúde" para uma população miserável, porque, na verdade, o sistema complementar tem o seu lugar, o seu papel, mas jamais responderá pelo conjunto de demandas da sociedade brasileira.

Também nunca interessou a determinados segmentos mercantis - e não digo todos, porque há pessoas sérias e comprometidas no sistema complementar privado deste País, ideologicamente contrários ao SUS, que o sistema acabasse. Isso é uma ilusão. Na verdade, sempre se quis um SUS fragilizado, mas que garantisse aquilo que não dá lucro ao segmento mercantil: a atenção básica e a própria alta complexidade que é feita dentro do SUS.

Esse embate, por mais que seja suprapartidário, está no plano político e ideológico. O SUS é uma ideologia de universalidade, de atenção coletiva, de solidariedade, inclusive

financeira, mas também tem que ser um sistema que valorize aqueles que fazem a saúde, porque a saúde jamais poderá ser feita pelo computador. Ela sempre será feita por gente, por recursos humanos, que precisam ser valorizados e qualificados.

O relatório *Investindo em Saúde*, que, se não me engano, é de 1993, do Banco Mundial – aliás foi quando o Banco Mundial resolveu entrar no debate social –, claramente expunha um projeto, que foi aqui apelidado, sem nenhuma visão panfletária, de “cesta básica da saúde”. Então, há um embate de fato.

O SUS é uma política de Estado, não uma política de um Governo, não uma política do Ministro da Saúde ou do conjunto das forças políticas e das representações de governo. Ou o SUS passa a ser compreendido como uma política de Estado, ou sempre existirão alguns embates, entre eles um, que é inadmissível, a asfixia financeira vivenciada pelo sistema de saúde neste País.

A Frente Parlamentar de Saúde tem feito um imenso esforço para garantir que recursos financeiros, de fato, sejam aplicados na saúde nos três níveis de governo. O trabalho da Frente Parlamentar de Saúde se dá nos dois campos: no de definir ideologicamente o seu papel, de defesa do SUS como sistema universal, e no de lutar por recursos e também denunciar os desvios e os desmandos decorrentes da não-prioridade da saúde.

A discussão no âmbito econômico, sem um tempo necessário para o debate, pareceria panfletária e não será aqui realizada. Mas, além disso, também nos preocupamos com o modelo de gestão, com a forma como a gestão é desenvolvida, e a Frente Parlamentar de Saúde tem muito a contribuir com este debate, na medida em que seja chamada para expor a sua experiência, o seu acúmulo e a sua possibilidade de solução.

Desejo sucesso a este Fórum e, com os objetivos que ele tem, de apresentar diretrizes aos candidatos a Presidente, pode cumprir um importante papel. Vocês podem ter certeza de que, como sempre, a parceria suprapartidária da Frente Parlamentar na Área de Saúde não faltará a nenhum embate de defesa do SUS neste País.

Gilson Cantarino ÓDwyer

**Secretário de Estado de Saúde do Rio de Janeiro,
representando a governadora do Rio de Janeiro, Rosinha Garotinho**

Esta não é uma fala da Governadora, já que, devido a outros compromissos anteriormente assumidos, não seria ela quem viria a este evento, e sim eu, representando o Governo do Estado.

Esta gestão do CONASS está dando seqüência a uma preocupação que os secretários estaduais de saúde tinham de politizar o debate em torno da saúde, o que significa colocar a saúde em uma agenda nacional.

Na saúde, houve um momento de grande conquista, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e com a Constituinte. Depois, iniciou-se um processo de

regulamentação, e talvez exista um excesso de normas, para um país tão amplo e com tanta desigualdade. Esse sistema que foi construído tem a sua face democrática, a sua face igualitária, claro, em um país extremamente desigual, e agora é preciso recolocar o debate em torno do seu futuro.

Foi criado um sistema universal, pautado na inclusão social; houve a redução da mortalidade infantil e da materna; as doenças imunopreveníveis foram controladas; houve avanços na vigilância sanitária; uma política de sangue e hemoderivados foi implementada (eu, particularmente, festejo com ênfase o Hemo-Rio, que está ganhando mais um prêmio de qualidade do Governo Federal); existe a responsabilidade de uma política difícilíssima de fornecimento de medicamentos; existe também uma mediação, um embate permanente com o Ministério Público, com a Justiça, cumprindo eles o seu papel de assegurar direitos ao cidadão.

Mas, é preciso pensar em como recolocar o debate para que o financiamento não seja visto somente como um problema de gestão. É preciso recolocar o debate para que as classes média e média alta se apropriem do SUS como aquele sistema que controla e vigia a doença, que faz a vigilância sanitária, e ao qual elas têm acesso no momento da alta complexidade, quando a medicina de grupo e o seguro-saúde se retiram, como se aquele paciente não tivesse, durante anos e anos de sua vida, realizado uma contribuição.

É preciso pensar como regular toda essa massa de responsabilidades, não numa visão focal, não no risco de uma cesta básica do Banco Mundial, mas no enfoque de que é preciso maior interseção e interlocução com os conselhos profissionais, para que possa haver um ajuste entre a oferta e a prescrição. Às vezes, as prescrições não correspondem absolutamente aos protocolos clínicos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Já existe uma mobilização nacional e dela participam: a Frente Parlamentar de Saúde, as entidades representativas da população, os Conselhos Municipais de Saúde, as próprias entidades que trabalham contratadas pelo SUS, as universidades, etc.

É necessário fazer uma agenda que vislumbre o enfrentamento da desigualdade e que não a aprofunde. E como a discriminação positiva não é tratamento focal, é necessário saber trabalhar com muita clareza quais são as prioridades, as discriminações positivas que beneficiam aquelas pessoas que mais precisam. Penso que algumas coisas são incompreendidas na minha ação: por exemplo, o projeto de Farmácia Popular que, no estado do Rio de Janeiro, foi implementado com algumas especificidades. Políticas não focais com discriminação positiva serão necessárias, senão a desigualdade não será reduzida.

Este debate abre o caminho para uma nova frente. Primeiro, pela parceria de um jornal do porte do *O Globo*; segundo, pela construção de uma agenda a que, com certeza, o Conasems, a Abrasco e todas as outras entidades darão seqüência.

Desejo a vocês as boas-vindas, não só a esta cidade, a este estado do Rio de Janeiro, que é maravilhoso, mas principalmente a este encontro. Espero que aconteça aqui uma reflexão na lógica suprapartidária, na lógica da ideologia do SUS.

Para encerrar, fiz um pequeno texto, para que pudesse ser fiel ao meu pensamento; é uma esperança de futuro e um reflexo de preocupação: Espero que o futuro do SUS não seja mediado pela arrogância da tecnocracia, a insensibilidade da pior burocracia e os interesses mercadológicos, porque, nesses interesses, sempre perdem aqueles que já estão em desvantagem.

Saraiva Felipe

Ministro do Estado da Saúde do Brasil

Um conterrâneo meu, o Conde Affonso Celso de Assis Figueiredo Júnior, escreveu um livro que foi pouquíssimo lido, chamado "Por que me ufano do meu país". Todo mundo usa esta expressão: ufanista. Como ministro da Saúde e, mais, ministro apaixonado pelo SUS, vou explicar aqui por que me ufano do SUS. É uma provocação. A partir daí, gostaria de receber puxões de orelha: por que eu não deveria ufanar-me tanto do Sistema Único de Saúde?

Primeiro, muita gente aqui conviveu comigo e me conhece há pelo menos trinta anos. Comecei desde que me formei na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Abandonei uma residência de cirurgia, fugi da escola do Prof. Adib Jatene e me embrenhei no norte de Minas Gerais, onde acabei por me tornar coordenador de um programa que foi um dos pioneiros e, de alguma forma, referência na área de Saúde Pública, no sentido de trabalhar modelos alternativos de atenção primária.

Claro que já tinha uma tendência para isso, porque, durante o movimento estudantil, participei das organizações das Semanas de Saúde Comunitária e, após abandonar a residência de cirurgia, acabei, antes de concluir minha formação profissional, coordenando esse programa. Era um programa financiado por um organismo americano e foi curioso, porque ali criamos um espaço, a exemplo do que aconteceu em outros municípios, como Niterói e Londrina na época do Nelson Rodrigues dos Santos (Nelsão).

Eram referências municipais, mas criamos algo regional, uma referência que virou espaço de utopia, ou seja, em plena ditadura, lá podíamos fazer tudo. Foi muito interessante! Isso está contado num livro, editado pela Hucitec e coordenado pela Professora Sônia Fleury, chamado *Ascensão e queda da República Socialista de Montes Claros ou Montes Claros: a utopia revisitada*.

O Hésio Cordeiro passou por lá; o Carlile Guerra de Macedo supervisionava a primeira experiência de integração docente e assistencial com a Faculdade de Medicina de Montes Claros; o Sérgio Arouca era assessor permanente desse projeto; e acho que muita gente na época tinha quase que o sonho de passar por lá, pois era um espaço de discussão permanente. E muita gente tinha a consciência de que havia muito de utopia naquele projeto, mas também de que era necessário que reforçássemos um espaço alternativo de discussão de um projeto diferente de saúde.

Vou me lembrar da diáspora. Naquele momento, a atenção médico-hospitalar era prestada pelo INAMPS para as pessoas inseridas no mercado de trabalho, e tínhamos as ações de promoção e prevenção, essas ações típicas de Saúde Pública, no Ministério da Saúde. E inventamos que isso tinha que ser diferente. Imaginem, sem cobertura legal ou institucional, a guerra que compramos com os prestadores da região, querendo misturar essa rede de atenção básica, garantindo a referência no atendimento hospitalar.

O certo é que, dessas experiências, aconteceram acumulações importantes e se criou, talvez, uma coisa que acho fantástica, fenomenal – isso já foi lembrado por pessoas que me antecederam, deixando aqui sua mensagem –, um movimento suprapartidário, cujo compromisso era com a criação de um modelo novo de Saúde Pública.

Tive a oportunidade de viver essas duas situações: quando das gestões dos Ministros Waldir Pires, Rafael de Almeida Magalhães e Renato Archer, na Previdência Social, pudemos tentar, antes da lei, antes de estar preconizado na Constituição de 1988, criar o Sistema Único Descentralizado de Saúde, o SUDS. O José Gomes Temporão, o Hésio Cordeiro, que aqui se encontram, todos trabalhamos nessa questão. Não tínhamos cobertura constitucional, assim não conseguimos encaminhar a fusão da rede regional, da estrutura administrativa do INAMPS com as Secretarias Estaduais de Saúde.

Lembro que, em Minas Gerais, resolvemos fazer o seguinte: levamos o INAMPS para dentro do prédio da Secretaria de Saúde. Isso aconteceu em vários estados. Havia a convicção de que a separação, na verdade, deixaria sempre a visão de conjunto da atenção à saúde no Brasil comprometida.

Já tínhamos, através dessas experiências regionais e municipais e também do aproveitamento de experiências internacionais de atenção primária – óbvio, não há por que estar o tempo todo preocupado em reinventar a roda, já tínhamos tido Alma Ata –, um arcabouço de sistema, pelo menos do ponto de vista de sua formulação legal, o qual veio, em 1988, a ser consolidado dentro da Constituição Brasileira, que, diga-se de passagem, acho que é a única no mundo que dedica aqueles artigos especificamente à organização de um sistema de saúde.

Em relação a projetos anteriores, muitas coisas interessantes aconteceram em virtude dessa mobilização. Em Montes Claros, foi criada uma rede fantástica de Postos e Centros de Saúde e sistemas de abastecimento de água, aproveitando esse financiamento internacional. Muita gente perguntava: *Está bom, vocês conseguiram os recursos e vão conseguir abrir esses serviços, mas como conseguirão financiá-los depois?* Ao que Dario Faria Tavares respondia: *Vamos abrir o máximo, porque depois quero ver quem é que vai fechar esses serviços! Desde que eles estejam funcionando e prestando atendimento à população, não vamos ter dificuldade em abri-los, mas politicamente criar-se-á uma situação de inviabilidade em fechá-los.*

Foi o primeiro projeto em que politicamente houve uma mobilização do Governo do Estado de Minas Gerais, em que se *arrancou* dinheiro do INAMPS para financiar um projeto de Atenção Primária à Saúde. Na época, aconteceram muitas discussões. Eu me

lembro de que participei de algumas, com os dirigentes do INSS, para poder conseguir os recursos e garantir o funcionamento. Acho que isso foi construído com muito esforço e com um espírito suprapartidário. O próprio Presidente Lula lembra que, durante a Constituinte, deputados tidos como conservadores, do Centrão, na hora de discutir a questão da saúde, faziam discursos mais à *esquerda* do que os então tidos como progressistas. Ou seja, conseguimos mobilizar, de alguma forma, a sociedade para a construção do Sistema Único de Saúde.

Tenho viajado, muito mais em função da ameaça de pandemia de influenza, que pode chegar na esteira da gripe aviária, e em todo lugar do mundo onde vou, ainda que este não seja o objeto da minha fala, tenho que dar uma *palhinha*, como se diz, sobre duas situações brasileiras: primeiro, as pessoas se mostram interessadas em conhecer o Sistema Único de Saúde, e segundo, o programa brasileiro de controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e AIDS. É claro que isso é uma surpresa para mim.

Outra situação interessante é que onde vou como Ministro da Saúde, os jornais, naquela semana inteira, trazem matérias sobre a crise na saúde naquele lugar. Fiquei no Canadá durante uma semana e os jornais noticiavam que a saúde estava cheia de problemas. Claro que algumas pessoas aqui já viram a caricatura feita no filme *Invasões Bárbaras*, mas era uma caricatura e, quando a gente vai lá, vê o seguinte: o sistema é público, estatal, dispõe de 2000 dólares canadenses *per capita* para gastar com a população, mas aí vêm as contradições. Como o salário dos médicos foi se defasando ao longo do tempo, uma boa parte deles atravessou os Grandes Lagos e foi fazer Medicina nos Estados Unidos. É preciso refletir sobre essas questões.

Ninguém quer tocar numa ferida do SUS nas três esferas de governo: a questão dos recursos humanos.

Estou deixando aqui, para que vocês tomem conhecimento, informações sobre o volume de recursos financeiros que o Ministério da Saúde está investindo no Rio de Janeiro. É muito dinheiro! Seis hospitais públicos estão sendo recuperados. Por exemplo: o Niemeyer foi a Laranjeiras, que é um hospital público cujo projeto ele havia feito e lá há, só em obras, mais de 300 milhões de reais sendo investidos. Há mais 100 milhões na Baixada Fluminense. Mas, existe uma incoerência, pois está sendo aberto um concurso em que o salário do médico é apenas R\$1.300,00 por mês. Como isso vai funcionar? Numa pesquisa aqui realizada, apenas um terço dos profissionais, num determinado momento, estava onde deveria estar nos locais de trabalho. Esta fala não contém nenhuma crítica a eles. Ou descobrimos uma forma criativa de remunerar os recursos humanos, ou vamos gastar e gastar dinheiro...

E ainda temos algumas situações, como, por exemplo: o que mantém o Instituto Nacional de Câncer (INCA) aberto são fundações que têm flexibilidade administrativa. Tais fundações remuneram por produção, com alguma flexibilidade.

Uma questão grave é a *judicialização* dos serviços de saúde, com determinação para comprar este ou aquele medicamento, que não estão numa lista básica do SUS.

Muitos desses medicamentos não têm registro internacional, são experimentais, ou seja, não se tem nenhuma convicção de que se revertam em benefícios para a população. Às vezes isso acontece muito mais em razão do desespero de alguém, em geral da classe média, mais *relacionada*, que tem acesso a um promotor ou a um juiz. Chegou-se ao absurdo de, no Paraná, o secretário de saúde dizer que 30% do que ele dispensa em produtos farmacêuticos deriva dessa necessidade de aquisições emergenciais, pelas quais depois ele responde, num outro processo, porque comprou sem licitação, em função de o juiz ter estipulado o prazo de 48 horas para que o medicamento fosse fornecido ao paciente.

Estamos discutindo com o Ministério Público. Dentro desse pacto que foi firmado está a idéia de um protocolo, indicando os medicamentos pelos quais o SUS tem que se responsabilizar, fugindo dessa questão que é chamada – o termo pode ser impróprio, mas ainda não se descobriu um melhor – de *judicialização* do sistema de saúde no Brasil.

Os números do SUS são muito interessantes. Ele conta atualmente com uma rede de 63.000 unidades ambulatoriais e 6.800 hospitais, mais de 440.000 leitos. O SUS produz anualmente 12.000.000 internações, 1.400.000 procedimentos de atenção básica à saúde, 625.000.000 consultas médicas, 2.500.000 partos, 300.000.000 exames laboratoriais, 132.000.000 atendimentos de alta complexidade e 12.000 dos 16.000 transplantes realizados no país.

A China tem mais de 1.200.000.000 de habitantes, a Índia mais de 1.000.000.000, mas o Brasil faz o segundo maior número de transplantes do mundo, só perdendo para os Estados Unidos. E é interessante que – ao contrário de lá, onde há uma inversão – aqui 80% desses transplantes, sobretudo os de órgãos sólidos, mais dispendiosos, são feitos pelo Sistema Único de Saúde. Os dados, por exemplo, de imunização são fantásticos, como a cobertura vacinal de crianças até cinco anos, que chega a 95%, apesar da dispersão da população, e a vacinação de idosos, que atinge cerca de 85% (em 2004 foram 86% e, em 2005, 85%; para se ter uma idéia, a Organização Mundial de Saúde recomenda, como cobertura mínima, 70% da população com mais de 60 anos de idade).

E aqui chamaria a atenção para um fato que ocorreu na minha última ida aos Estados Unidos: funcionários do Departamento de Saúde estavam interessados em saber como, no Brasil, se consegue a cobertura vacinal de pessoas com mais de 60 anos, porque eles não conseguem atingir 50%. Eu disse que há duas diferenças: a primeira é que, no Brasil, a vacina é gratuita e, nos Estados Unidos, é paga; a segunda advém de uma questão cultural, pois, nos Estados Unidos, a maioria dos idosos ou moram sozinhos ou estão em asilos, ou seja, eles não têm o afeto, a relação familiar que ainda mantemos esse tipo de vínculo, que é próprio do nosso país.

Sobre a Farmácia Popular, é preciso que o programa seja amplamente discutido e este Fórum é uma grande oportunidade para refletirmos sobre o assunto. Estou absolutamente aberto e disposto a que tiremos, das conclusões a que chegarmos, matéria para aprofundarmos a discussão acerca da condução das políticas pelo próprio Ministério da Saúde.

Houve um salto de qualidade com a inclusão da equipe de saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF), com o crescimento, em três anos e meio, de 12.000 para 16.000 equipes; no Programa de Saúde da Família também houve um aumento de 16.000 para 26.000 equipes.

O Programa Farmácia Popular foi o mais bem avaliado em uma pesquisa nacional realizada. Para ter uma situação de continuidade e não faltar medicamento, o valor é quase que um fator moderador, tal a diferença entre o valor do medicamento no circuito comercial e o oferecido na Farmácia Popular, ou agora na extensão do programa, quando colocaremos medicamentos que, por pesquisa, são os mais procurados na Farmácia Popular. Isso já existia na gestão anterior, já estava implantado; a única coisa que fizemos foi expandir o programa.

É interessante lembrar que 80% da demanda da Farmácia Popular é por anti-hipertensivo e por hipoglicemiante. Então, esses medicamentos serão disponibilizados no circuito comercial com o valor do genérico. Essa proposta já está sendo implementada e será anunciada pelo Presidente Lula, ainda esta semana. Teremos o Ministério da Saúde cobrindo 90% dos custos, e o paciente apenas 10%. Porém, é preciso enfatizar que uma coisa não tem nada a ver com a outra: é necessário melhorar a dispensação gratuita dentro do SUS e também apoiar a iniciativa da Farmácia Popular e a possibilidade da adesão das farmácias e drogarias a esse processo de oferecer alternativas à população para o acesso a medicamentos.

Chamo a atenção para relatórios internacionais que prevêem para daqui a dez anos – o Prof. Jatene sabe disso como ninguém – uma situação explosiva, em termos epidemiológicos, com doenças crônico-degenerativas, e particularmente com doenças cardiovasculares e diabetes. Essa questão deve ser objeto de profunda discussão e de mobilização da área da saúde.

Quanto à questão do financiamento, estamos trabalhando juntamente com a Frente Nacional de Saúde, de que faço parte como parlamentar e com a qual tenho tido uma excelente interlocução. A confecção do orçamento foi realizada numa discussão quase diária, e acho que, nesse aspecto, a minha condição de sanitarista, de alguém envolvido com o SUS desde a sua origem, e de parlamentar há vários anos, sempre na Comissão de Seguridade Social e Família, em que se discutem as questões da saúde, sem dúvida nenhuma, é um fator facilitador para que possamos trabalhar e avançar juntos, evitando a desconstrução do orçamento da saúde, apesar das resistências, que são sempre as mesmas em todos os governos, e trabalhar a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29.

Chamo a atenção para o fato de que temos distorções homéricas, pois, tudo é saúde, esporte, turismo e lazer, mas se não for definido o que são ações típicas de saúde, lá se vão parcelas consideráveis do orçamento do Ministério da Saúde.

Temos estudos que dizem que apenas 7 dos 27 estados da Federação gastam os 12% previstos na Emenda Constitucional nº 29. Eu posso até admitir, porque

conheço diversas realidades, mas acho que é fundamental que se estabeleça, nessa regulamentação, até mesmo um prazo para o cumprimento. Por outro lado, os municípios estão sobrecarregados. Cerca de 70% deles participavam com os 15%, e esse percentual até aumentou, sobretudo para municípios de pequeno porte, porque eles não agüentam a demanda e acabam tendo que se comprometer com gastos maiores.

Na questão do financiamento, vamos discutir como aumentar os recursos do Sistema Único de Saúde, regulamentando a Emenda nº 29, estudando como podemos sair dessa *camisa de força* dos R\$43 bilhões, que implica gastos anuais de R\$311,00 *per capita*. Claro que estamos tentando acabar com disparidades regionais. A forma de repasse está avançando por repasse per capita, para corrigir essa distorção de distribuição de rede e de oferta de serviços.

É preciso lembrar que, desses R\$311,00, mais da metade são gastos privados, feitos através dos planos e seguros de saúde, seja plano individual, coletivo, empresarial, corporativo, e gastos diretos das pessoas. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), os gastos com medicamento, feitos diretamente, são o quarto item na despesa das famílias, vindo após os gastos com habitação, alimentação e transporte.

Então, se temos 7% do PIB sendo gastos com saúde, mais da metade são gastos por 40 milhões de brasileiros que têm algum tipo de acesso à medicina suplementar ou complementar. O SUS é responsável exclusivo pelo atendimento de 120 milhões de brasileiros, que não têm alternativa. Se não existisse o SUS, teríamos que viver uma situação como a dos Estados Unidos, onde existem 50 milhões de pessoas que não têm direito, não têm acesso e nem se discute isso, porque o Estado americano não tem essa obrigação legal.

Para encerrar, gostaria de lembrar algumas coisas. Acho que, em muitos itens da programação, a discussão deve ser a da parceria público-privada, lembrando que 60% dos leitos são classificados como filantrópicos ou privados contratados pelo SUS.

Gostaria de lembrar que foi assinado, na semana passada, um *Pacto pela Saúde 2006*, visando à consolidação do SUS, com três vertentes: o *Pacto pela Vida*, estabelecendo metas de redução de indicadores de saúde, redução de prevalência de doenças; o *Pacto em Defesa do SUS*, este sistema que está sempre ameaçado, apesar de termos pesquisas que demonstram que quem usa o SUS o avalia muito melhor do que quem nunca o usou; e o *Pacto de Gestão*, pelo qual aprofundamos a descentralização.

Gilson Cantarino sabe o esforço que está sendo realizado em relação ao Rio de Janeiro, mas é que são muitos os problemas acumulados. Existe ainda uma situação curiosa: na última campanha política, o meu partido, PMDB, fez uma avaliação de todas as capitais do país e, em Belo Horizonte, constatou que a saúde era percebida pela população como o sétimo ou oitavo problema. Na capital mineira, há mais de 500 equipes de Saúde da Família funcionando em todas as favelas e também existem dados fantásticos da redução da hospitalização.

Aqui no Rio de Janeiro, a saúde é percebida como um problema que ocupa o mesmo patamar que a segurança. Daí esse interesse da área federal em ajudar: estamos fazendo, em parceria com as Secretarias Estadual e Municipal, vários investimentos na tentativa de melhorar a situação. Estamos investindo no Souza Aguiar, no Miguel Couto, principalmente nos hospitais federais, investindo pesadamente, e, sobretudo, na Baixada Fluminense, onde há mais de quinze anos não se aplicavam recursos financeiros no atendimento 24 horas. O Hospital da Posse também precisava de melhorias. Estamos retomando o Hospital de Queimados, atuando também na região de São Gonçalo, Niterói, tudo dentro de um processo, para conseguir aliviar o atendimento, em especial, nos serviços de emergência.

A partir do *Pacto de Gestão*, estamos eliminando ao máximo a questão das *caixinhas*, do dinheiro *carimbado*, dando mais liberdade aos gestores. Só para esclarecimento, acho importante mencionar que, inclusive na questão das cirurgias chamadas de *mutirão*, estamos ampliando para sessenta cirurgias, além das quatro que já eram realizadas. Estamos ampliando o recurso de R\$170 milhões, gastos em 2005, para R\$400 milhões este ano, cobrindo outros tipos de cirurgia, como a de hérnia, que também gera fila, devido ao acúmulo de demanda.

Por último, devo enfatizar que estamos num período pré-eleitoral, ótimo para realizar discussões com os candidatos sobre planos e programas. É nosso objetivo, inclusive, que os candidatos explicitem as suas posições sobre as questões da saúde.

Gostaria, também, como ufanista do SUS, de reforçar: o SUS, em termos sistemáticos, é a maior conquista da esmagadora maioria da população brasileira. É um exemplo de política social que integra, e que também tem problemas - de financiamento, de gerenciamento -, mas é preciso lembrar que, muito antes de ser um programa de governo, neste ou em qualquer outro momento, o SUS é um programa do Estado brasileiro que precisa ser aprimorado.

Mesa redonda

Os partidos políticos e o futuro da saúde no Brasil

Moderador: George Vidor - Jornalista de O Globo

Deputado Federal Ronaldo Caiado

Partido da Frente Liberal (PFL)

Dentre os temas propostos no *Fórum Saúde e Democracia*, o Partido da Frente Liberal (PFL) focaliza o debate na premente questão dos partidos políticos e o futuro da saúde no Brasil.

Segundo a colocação do Ministro da Saúde, Saraiva Felipe, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) acaba de aprovar um documento de quarenta e oito laudas, no qual são definidas as diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do Sistema Único de Saúde e de gestão do SUS, documento este extremamente bem-elaborado, inquestionável em relação à sua consistência, por parte dos parlamentares presentes à mesa.

Contudo, é apontada, enfaticamente, a existência de um fosso enorme entre o que está colocado no documento e a realidade atual do SUS no Brasil. Portanto, acredita-se que não seriam os parlamentares presentes nesta mesa as pessoas mais qualificadas para detalhar e discutir cada um desses pontos, visto que centenas de pessoas na platéia conhecem, com muito mais profundidade, não na teoria, mas na prática, o SUS, desde a sua discussão até sua instalação, o que foi, de acordo com o Ministro, a maior conquista que a sociedade brasileira alcançou, ao longo desses anos, com o atendimento de 70% da população carente do País.

Entretanto, o que está sendo levado em consideração é, que no momento em que se aperfeiçoaram os atendimentos, melhorou-se a atenção básica e possibilitaram-se a prevenção e o diagnóstico precoce, aumentou, logicamente, a demanda em toda a área de saúde pública brasileira.

É aí que ocorre o grande ponto de estrangulamento, que é justamente o financiamento. Considerando o avanço em prevenção e diagnóstico que vem acontecendo, através da utilização de métodos extremamente modernos, expandidos para outros estados além do Rio de Janeiro e São Paulo; a sofisticação do material empregado nas cirurgias, como ligas de titânio, no lugar de aço inoxidável, ou marca-passos com desfibriladores, que custam até cinquenta mil reais; e a necessidade de se investir em prevenção e diagnóstico de câncer de colo de útero e mama, em nível nacional, devido ao alto percentual de óbitos, pode-se dizer que o custo operacional da máquina do SUS aumentou significativamente.

É impressionante o quadro de desespero dos gestores que estão à frente das Secretarias de Saúde Municipais ou Estaduais. Em Goiás, por exemplo, o Secretário de Saúde deu uma entrevista, revelando a sua angústia com a política de medicamentos de alto custo, implantada pelo Ministério da Saúde, que gera um gasto em torno de 5 milhões de reais por mês, quando, em contrapartida, a União lhe repassa apenas 2,4 milhões de reais. Ele confessou que perde grande parte do seu tempo *correndo* de decisões judiciais, já que, por não atender à compra dos medicamentos de alto custo, tem até pedido de prisão em seu desfavor.

Esses desafios precisam ser revelados, para ampliar a discussão sobre o planejamento das estratégias a serem traçadas para corrigir as incongruências do sistema.

Entretanto, é preciso reconhecer o que o SUS fez, em nível nacional, em termos de saúde pública, como algo jamais visto, apesar da limitação de verbas e da abrangência do atendimento, alcançando resultados surpreendentes; tudo à custa de um sacrifício enorme, seja dos médicos, dos prestadores de serviços e de todos os funcionários da área de saúde. Pode se constatar que os salários achatados e os repasses defasados desestimulam o médico a realizar uma cirurgia de alto risco, de alta complexidade, pois os honorários vêm limitados em trezentos, quatrocentos reais, dificultando a atualização ou mesmo a manutenção da prática da Medicina que dele se espera. Em contrapartida, aqueles que fornecem os materiais para ser implantados estão tendo grandes lucros, o que reforça um quadro de contraste e injustiça.

Enfim, diante desse cenário, o ponto central da discussão é: O que se espera de um partido político é uma ação forte e uma definição clara em relação à saúde no Brasil? Sim, mas e os partidos políticos, hoje, no Brasil, são instituições fortes, capazes de formar diretrizes e fazer com que prevaleçam no Congresso Nacional? Ou os partidos políticos são instituições às quais os cidadãos se filiam, formulam as suas propostas de pré-candidatos, saem de uma convenção, se elegem e, ao chegarem ao Congresso Nacional, simplesmente esquecem?

Um dado importante: em três anos, 176 deputados federais mudaram de partido 278 vezes. O que se questiona em relação ao Congresso é que, se ele é a representação do povo e se mais de 30% dos parlamentares já mudaram de partido, como pode continuar representando a vontade popular? Na realidade, o atual sistema eleitoral brasileiro produz essas deformidades enormes, que nenhum excelente profissional será capaz de corrigir se não ocorrer a mais importante reforma de todas, que é exatamente a política.

O orçamento de saúde, todo ano, vem enxertado com *penduricalhos* que não estão relacionados diretamente com a ação de saúde, tratando de cesta básica, de problema de saneamento básico, de atendimento médico-hospitalar de militares, etc. É absolutamente necessário que isso seja retirado para dar lugar àquilo que a Emenda Constitucional determina.

Na verdade, foi mantido aquilo que foi aprovado desde 2000, que é a Emenda Constitucional nº 29, porque ela não avança na sua parte de regulamentação, que é exatamente o Projeto de Lei Complementar nº 1, de 2003. Logo, vai fazer três anos que este projeto está pronto, definindo os gastos na saúde, o percentual do orçamento sobre a receita corrente bruta da União, de 12% sobre os impostos dos estados e de 15% sobre os impostos dos municípios. Aí sim, se teria um resultado final que aumentaria alguma coisa em termos de *per capita* para atendimento de saúde. Mas por que isso não funciona? Não funciona porque na reunião de líderes, depois de tudo acertado, o governo se posiciona contrário a essa votação, com interesse em ampliar, cada vez mais, os gastos com a saúde.

Assim, se não for feita uma reforma política, o Ministério da Saúde será sempre discutido de acordo com os interesses do Congresso Nacional. E ficam as perguntas: É o técnico mais qualificado que vai assumir o Ministério da Saúde? Ou é o político que dará, naquele momento, melhores condições para o Presidente poder ter suas matérias aprovadas no Congresso Nacional?

Este é o grande desafio que demanda a reforma política. É preciso evitar que, em nome de interesses eleitoreiros, o orçamento apresentado descumpra um planejamento realizado por quem realmente conhece as reais necessidades da saúde.

É imperativo tirar esse cunho da área da saúde e da educação; Ministros, nessas duas áreas, deveriam ser sabatinados pelo Congresso Nacional e, como o Presidencialismo determina, nomeados pelo Presidente da República, tendo que passar por uma quarentena, sem poder sair dali e se candidatar a um cargo na política nacional. Assim, saberiam exatamente que não ficariam vulneráveis às pressões políticas do seu estado.

O Brasil teve, em quinze anos, onze Ministros de Saúde. Como ter um planejamento se, a cada troca de Ministro, cada um quer deixar sua *marca*, independente das reais necessidades do País?

Como será realizada a mudança das centenas de cargos comissionados do Ministério da Saúde, ao mudar o Ministro? Pela competência, pelo mérito de cada uma dessas pessoas ou pelo aparelhamento da máquina do Estado, utilizando exatamente a representação partidária e a simpatia que se tem pelo candidato ao cargo?

É por essas razões que o PFL, sem o menor risco de errar, defende uma reforma do sistema eleitoral, com a implantação de um financiamento público e exclusivo de campanhas, como forma de controle de suas despesas; uma reforma para evitar a existência de candidatos sem conteúdo, alheios aos problemas de seus municípios, dos estados, da nação, ou pior, vinculados a organizações criminosas ou de narcotráfico, tráfico de armas, jogo do bicho, etc., que chegam ao Congresso Nacional e muito bem votados.

É preciso acabar com o troca-troca partidário, fazendo com que os partidos sejam respeitados e fortalecidos, com as listas fechadas e pré-ordenadas, de forma que o político, ao mudar de partido, perca o seu mandato. Só assim será possível construir um partido blindado ao mensalão e a qualquer proposta de governo que induza à mudança

de parlamentares de partido. Dessa maneira, estará sendo pavimentado o caminho para se implantar aquilo que se espera de um partido político, para que pessoas qualificadas estejam à frente do Ministério da Saúde, fazendo política de saúde, e não política na saúde.

Deputado Federal Jorge Alberto

Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB)

A questão do financiamento é um dos maiores gargalos do SUS.

Após inúmeras reuniões, a subcomissão especial para tratar do reajuste dos valores dos procedimentos pagos pelas tabelas de honorários médicos-hospitalares-ambulatoriais do SUS com, aproximadamente, quinze entidades representativas da classe médica, dos prestadores de serviços e da sociedade civil, chegou à seguinte questão: Como corrigir os valores se não existem fontes perenes de recursos?

Apontava-se para a Constituição Brasileira como uma solução para garantir a perenidade de recursos, através da aprovação da proposta da Emenda Constitucional nº 29, de autoria do Deputado Eduardo Jorge, do PT de São Paulo.

Uma grande mobilização aconteceu, levando em torno de sete mil pessoas para a Esplanada dos Ministérios, para reivindicar a ampliação e reajuste de recursos para pagar os procedimentos.

A Emenda foi aprovada na Câmara e no Senado, mas a queda de braço continua. Não se sabe quanto do orçamento da União vai ser repassado, com a agravante de que, a cada dia, à medida que a tecnologia avança, deixando os equipamentos rapidamente obsoletos, aumentam os custos da assistência à saúde.

Um outro grande problema que se enfrenta é a falta de regulamentação de uma política de saneamento no Brasil. Não se dispõe de uma legislação interna específica para criar um marco regulatório de saneamento, e sua existência reduziria consideravelmente o custo da assistência à saúde. Porém, existe um conflito de interesses, que impede a implantação de uma política sanitária, em parceria com estados e municípios, com participação da Comissão de Seguridade Social, para controle dos gastos públicos.

O parlamentar pode dar sua contribuição ao SUS de várias formas: seja junto à Frente Parlamentar de Saúde, em defesa do Sistema Único de Saúde, seja na Comissão de Seguridade Social, ou interagindo na discussão pela defesa da reforma política, na luta para modificar o sistema eleitoral e partidário brasileiro.

A expectativa neste debate é de que o Legislativo traga fórmulas prontas, e ela não será correspondida. O Executivo é que poderia fazê-lo, pois ao Legislativo cabe elaborar e fiscalizar a aplicação das leis.

A presença do PMDB neste evento, em função de ser um ano eleitoral, visa defender que um partido político, ao se fazer representar, deve trazer em suas posições a

convicção de que, somente com o fortalecimento dos partidos, poderá ser aprovada uma reforma política capaz de viabilizar uma visão realmente otimista do futuro do sistema de saúde no Brasil.

Deputado Federal Dr. Rosinha (Florisvaldo Fier)

Partido dos Trabalhadores (PT)

É preciso recordar a história do Partido dos Trabalhadores, assim como a origem e o significado do movimento social e popular.

O PT lutou pela redemocratização do Brasil, lutou por uma Constituinte e participou dela com um número limitado de parlamentares. Suas posições foram fundamentais para assegurar a defesa da democracia e das liberdades individuais e coletivas, com a perspectiva de eliminar a desigualdade, a exploração, a dominação e a miséria.

O Partido tinha como objetivo a construção do Socialismo Democrático, uma posição distinta dos demais (a maioria deles), na luta pela democratização do Estado Brasileiro.

Defendeu a construção do SUS inteiramente público e estatal e se colocou contra qualquer ação constitucional que visasse tirar o direito do cidadão à saúde, uma obrigação do Estado.

Por isso, a história do PT *cruza*, num momento diferencial, extraordinário, com a história da saúde pública, com a implementação do SUS, em vários municípios da administração petista, alcançando resultados muito expressivos e inéditos nesta área.

Após três anos de governo Lula, pode-se dizer que muito do que foi colocado no Programa de Saúde foi concretizado; não tudo, porque, depois de vinte anos de receituário neoliberal, encontrou-se um Estado frágil, debilitado, com 30% do seu Produto Interno Bruto (PIB) transferido da iniciativa pública para a privada.

Mesmo dentro dessa conjuntura, era primordial dar uma resposta política, econômica e social à sociedade, o que deu origem à proposta de uma gestão solidária, nas três esferas de governo. A prioridade da ação foi a de trabalhar a pactuação, construindo o primeiro Plano Nacional de Saúde, que vem sendo executado, com projetos a serem concluídos até 2007.

No programa de governo, apesar das acentuadas desigualdades sociais do modelo econômico, conquistou-se a redução da miséria em 8%, dado obtido sem alterar a metodologia do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nos últimos dez anos. São duas as razões dessa redução: o Programa Bolsa Família e a recuperação do salário mínimo real, cujo valor é hoje 23% maior do que o de 2002. Assim, ações diretas na economia indiretamente se refletem na saúde.

As questões do financiamento, agravadas pela ausência de correção de 400 (quatrocentos) procedimentos da Tabela SUS, durante dez anos, foram equacionadas com

reajustes, não obstante tal tabela ainda esteja defasada, por não ser possível corrigir a defasagem de décadas em tão poucos anos.

Poderia ser feita uma listagem de outros programas de governo, compromissos partidários, checando o que foi realizado até hoje. Foram obtidos significativos avanços, como na área de saúde bucal e saúde da família; houve o enfrentamento da questão dos agentes comunitários e sua vinculação, com a possibilidade de uma contratação efetiva; implantou-se o Serviço Médico Móvel de Urgência (SAMU), que veio atender a uma demanda reprimida; ampliou-se o número de leitos e a remuneração da Tabela SUS; avanços também foram registrados na mudança da política da assistência farmacêutica e no fortalecimento de laboratórios oficiais.

Assim, o PT, como partido, elaborava projetos; e agora, como partido do governo, trabalha para executar programas de governo.

E como uma das propostas deste Fórum é debater o *futuro da saúde no Brasil*, o Partido coloca condições consideradas como requisitos básicos para se obterem resultados eficazes:

- Garantir que a responsabilidade do SUS seja do Estado, sem transferi-la mediante terceirização para organizações sociais;
- Avançar, radicalizando no controle social, já que vários municípios têm um *deficit* de controle;
- Regulamentar a Emenda Constitucional nº 29;
- Priorizar a reforma política como a mais importante das reformas;
- Rever a questão do Pacto Federativo, considerando o tamanho e a capacidade econômica dos estados e municípios;
- Aprofundar um debate sobre o Pacto Federativo, que está se mostrando deficiente, com o objetivo de fazer uma reforma administrativa, grande desafio para os estados e municípios;
- Discutir a questão do servidor público, atualmente preso no seu plano de carreira, sem poder migrar do município para a União;
- Trabalhar a responsabilização das três esferas de governo, ainda dentro do Pacto Federativo;
- Debater a política externa, ressaltando o cuidado com os acordos internacionais, que, mal-assinados, podem ser lesivos ao País;
- Fortalecer a saúde no Mercosul;
- Focalizar a questão que está sendo apreciada no Congresso Nacional, estabelecendo uma Assembléia de revisão constitucional, que, dependendo do que for aprovado, pode ser extremamente nociva ao SUS, porque é o momento de lobistas e forças contrárias se oporem e conseguir derrotar o Sistema Único de Saúde, público e de qualidade, que está sendo construído.

Senadora Lúcia Vânia

Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB)*

*A assessoria da senadora Lúcia Vânia gentilmente cedeu seu pronunciamento à comissão de relatoria, o qual se encontra, na íntegra, neste relatório.

Inicialmente, é preciso ressaltar que o documento não é de autoria própria, mas do partido, tendo sido elaborado com a participação do Deputado Federal Rafael Guerra, Presidente da Frente Nacional de Saúde; do Secretário de Saúde do Estado de Goiás, Dr. Fernando Curpertino; do economista José Roberto Afonso; da socióloga Ana Lobato e do sociólogo Heldo Mulatinho, com o apoio da Consultoria Legislativa do Senado. Também é preciso mencionar que ele ainda não está pronto, pois será enriquecido com os debates que ocorrerão neste Fórum.

A sucessão presidencial é um grande momento para a reflexão coletiva nacional sobre o processo histórico brasileiro ocorrido no campo da saúde.

O aprofundamento da democracia permite travar um debate sobre o país que queremos no futuro e quais os caminhos para construí-lo.

A agenda da saúde está repleta de questões para serem discutidas, e nada mais adequado que ela faça parte deste momento de debate.

O PSDB tem, como linha mestra, a concordância e o apoio às diretrizes contidas no título da Ordem Social e, em especial, na seção da saúde, da Constituição Federal, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS) e a consubstanciação de uma política pública de inequívoca vocação democrática. Isso fica demonstrado pelo desempenho de, hoje, grandes líderes do Partido, que tiveram participação fundamental na construção dos preceitos referentes à seguridade social.

Doutrinariamente, o Partido apóia e defende as diretrizes organizacionais do SUS: de atendimento integral, universalidade de acesso, descentralização de gestão, equidade no financiamento e controle social.

Programaticamente, o Partido tem propugnado por: ampliação da atenção pública e melhoria de sua qualidade; revisão do sistema de financiamento; aprofundamento dos processos de descentralização e municipalização; fortalecimento dos prestadores de serviços filantrópicos no âmbito do SUS; ampliação do controle estatal sobre o sistema de saúde complementar; ampliação do papel do Estado no campo do controle de doenças e da vigilância sanitária e ambiental; implementação de uma política de medicamentos com ênfase na assistência no âmbito do SUS e no incentivo ao uso dos medicamentos genéricos; incremento da pesquisa científica e tecnológica em saúde, como forma de buscar soluções para os problemas de saúde prevalentes na população; fortalecimento da política que viabilizou os medicamentos genéricos, em benefício da manutenção da qualidade com baixos custos.

A implantação do SUS e dos seus princípios - integralidade, universalidade e equidade - significou o maior movimento de inclusão social da história brasileira.

Cabe deixar bem claro que o SUS não é uma obra pronta e acabada que não mereça aperfeiçoamentos, mas é um sistema que deu certo. É uma das maiores redes do mundo, ao atender a maior parcela da população brasileira e, o que é melhor, propiciando, há anos, a melhoria dos indicadores sociais, e com esforços reconhecidos internacionalmente. Em suma, a proposta do Partido é reformar, mas não (re)fundar o SUS.

Particularmente, não apequenar o SUS, reduzindo-o, como reza uma tese antiga das reformas sanitárias pelo mundo, a um "sistema pobre para pobres".

Passados quinze anos da implantação da Lei que instituiu o SUS, ainda existem enormes desafios que devem ser vencidos. Para isso, mais à frente, serão apresentadas propostas, com medidas objetivas e concretas.

Os desafios são inúmeros. Como garantir a integralidade da assistência num cenário de restrições orçamentárias e de uma política econômica que privilegia a formação de *superavits* para contemplar o pagamento da dívida brasileira? Como estabelecer o princípio de equidade, em um país tão desigual, sem romper com a universalidade?

É necessário reafirmar os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade e romper, definitivamente, com qualquer tentativa de focalização ou restrição de acesso a direitos.

A saúde tem de ser, de fato, e não apenas no papel, prioridade nas políticas públicas, representada pela utilização de recursos suficientes e adequados na dimensão que a sociedade brasileira definiu em 1988.

O federalismo brasileiro também apresenta algumas especificidades que merecem destaque neste debate, por suas implicações na área de saúde: o peso dos municípios, considerados como entes federativos, com muitas responsabilidades na implantação de políticas públicas; a diversidade dos municípios brasileiros em termos de porte e desenvolvimento público, econômico e social; e, por fim, a capacidade de arrecadação tributária.

Um cálculo bem recente, tomando por base o ano de 2004, último com balanços contábeis das três esferas de governo consolidados pela Secretaria do Tesouro Nacional, informa um montante nacional de gasto com a função saúde de cerca de 61 bilhões de reais, o equivalente a 3,5% do Produto Interno Bruto (PIB) e R\$336,00 por habitante.

A divisão federativa confirma a acentuada descentralização: apenas 20% dos gastos foram realizados diretamente pelo governo federal, 39% pelos estaduais e 41% pelos municipais. Esses percentuais destacam o processo de descentralização do SUS.

O processo de descentralização, como uma diretriz voltada à chamada municipalização da saúde, acabou provocando questionamento a respeito da clara definição do papel dos estados como mediadores das relações intermunicipais e coordenadores do processo de regionalização, tão necessário ao processo de integralidade.

Na realidade, a descentralização demanda a construção de uma relação solidária

e cooperativa, fundamentada na definição de responsabilidades inequívocas a serem assumidas a partir de compromissos e de metas a serem atingidas.

A legislação do SUS e diversas normas editadas nos últimos quinze anos empreenderam esforços no sentido de definir e diferenciar o papel dos gestores de saúde nas três esferas de governo.

Ao lado da descentralização, um dos pontos fundamentais para a gestão do sistema de saúde é a gestão do financiamento. Municípios e estados precisam alocar mais recursos para a saúde. O Ministério da Saúde precisa de um orçamento que garanta mais recursos para ações ambulatoriais e hospitalares, atenção primária, assistência farmacêutica e vigilância em saúde.

Por outro lado, o desafio do Congresso Nacional, hoje, é regulamentar a Emenda Constitucional nº 29, de forma a superar definitivamente as interpretações que levam a uma instabilidade no financiamento do setor. Cabe aqui firmar um posicionamento inequívoco: os percentuais da Emenda não podem ser considerados um teto; eles devem ser entendidos como um patamar mínimo.

Contudo, para que se implante o SUS universal, há que se incrementar, significativamente, o gasto público em saúde, em níveis muito superiores aos valores propiciados pelo cumprimento da Emenda.

Outro aspecto a ser discutido neste Seminário é a crescente incorporação tecnológica que, ao mesmo tempo em que traz avanços para a assistência à saúde, traz a preocupação de como garantir o acesso a novas tecnologias, diante do seu custo crescente.

Para enfrentar esse desafio, são necessárias várias ações, como: o desenvolvimento de pesquisa em saúde pública pautada nas necessidades e prioridades do SUS; a melhora da capacidade de regulação dos órgãos oficiais na avaliação do registro dos medicamentos, considerando o custo/efetividade; a avaliação da questão de quebra de patentes, levando-se em conta as necessidades de saúde da população brasileira; a busca da transferência de tecnologia para produtos patenteados, de forma a fazer frente à possibilidade de produção no país; o desenvolvimento de tecnologia de produção em laboratórios oficiais; o investimento no desenvolvimento industrial e tecnológico para o enfrentamento da questão do direito à propriedade intelectual em áreas prioritárias; o desempenho, por parte da ANVISA, de um papel efetivo em relação à incorporação de tecnologia na área de medicamentos.

Uma área em que a tecnologia tem avançado, com custos enormes para o sistema de saúde, é a assistência farmacêutica. Novos medicamentos, com elevados custos, têm sido desafio freqüente dos gestores da saúde. Por isso, faz-se necessário aprovar a Lei que define a utilização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas como critério de acesso aos chamados medicamentos excepcionais.

Numa sociedade democrática, o controle social assume papel fundamental no acompanhamento da execução das políticas públicas. Nesse sentido, é preciso ressaltar a

importância dos Conselhos de Saúde, com seu caráter permanente e deliberativo em cada esfera de governo.

Sem dúvida, um dos pontos fundamentais para o bom funcionamento dos Conselhos de Saúde é a sua legitimidade. Para evitar os conflitos de competência, devem ser observadas atribuições, responsabilidades e prerrogativas tanto das instâncias gestoras quanto dos Conselhos.

Existe uma enorme distância entre o discurso e a prática, entre o populismo inútil e a ação eficiente, e a proposta do Partido é mudar o eixo desta campanha eleitoral que ora se avizinha, a começar pelo debate da saúde. Neste debate, ao apontar princípios e realizar críticas, serão apresentadas, igualmente, sugestões de medidas concretas e objetivas.

São pontos para recuperação da trajetória de melhoria da saúde brasileira:

- Regulação da relação entre a rede pública e a privada, que atende pacientes custeados por convênios, planos e seguros ou que efetuam pagamentos diretos;
- Fortalecimento das estruturas de regulação do setor privado tanto sob a ótica da saúde quanto do ponto de vista da adequada remuneração dos procedimentos hospitalares;
- Montagem de sistemas regionais, com participação dos municípios e coordenação estadual, nos quais os custos sejam diluídos e as escalas de atendimento observadas;
- Expansão do Programa de Saúde da Família nos centros urbanos, de forma a coordenar suas atividades e valorizar a atuação dos agentes de saúde;
- Melhoria da qualidade de atendimento à população e dos serviços de saúde em geral, mediante a conscientização e a melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde e o incremento da rede hospitalar, por meio da certificação para hospitais públicos e privados;
- Reorganização da política de acesso a medicamentos, inclusive aos genéricos;
- Estruturação da rede de suporte ao Programa de Saúde da Família, que consiste numa rede de atendimento dotada de capacidade para diagnósticos em especialidades, serviços clínicos e pequenas intervenções cirúrgicas;
- Fortalecimento de ações que levem a um patamar de excelência na redução da mortalidade infantil e materna a níveis compatíveis com países desenvolvidos;
- Consolidação do programa de controle da Aids e das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs);
- Retomada e intensificação da implantação do Cartão Nacional de Saúde em escala nacional, coligada ao reforço das mudanças gerenciais e de sistemas de informação e regulação.

Por último, é preciso enfatizar a necessidade de aperfeiçoar e fortalecer o SUS, transformando-o num sistema de qualidade e abrangência, de fato, universal.

Painel

Uma visão de futuro para o Brasil (I)

Debatedor: Luis Roberto Barradas – Vice-presidente do CONASS na Região Sudeste e Secretário de Estado da Saúde de São Paulo

Moderador: George Vidor – Jornalista de *O Globo*

Adib Jatene

Ex-Ministro de Estado da Saúde

Na condição de ex-Presidente do CONASS, o primeiro da história desta entidade, é importante ressaltar a importância do papel deste conselho na trajetória do sistema de saúde brasileiro.

O tema proposto neste Fórum - *Uma visão de futuro para o Brasil* - não é uma abstração; é o resultado do que foi feito no passado e das decisões tomadas no presente.

Quando, em 1979, o conceito de Atenção Primária foi difundido no encontro da Organização Mundial de Saúde (OMS), em Alma Ata, os secretários de saúde, fortemente influenciados por essa idéia, defenderam a proposta de ampliá-la para suas populações.

Em 1980, na VII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, cujo tema era a expansão dos serviços básicos em áreas metropolitanas, depois de um profundo debate, chegou-se à seguinte conclusão: só temos o direito de oferecer o máximo a alguns quando oferecermos o mínimo a toda a população.

Naquela época, a assistência médico-hospitalar-ambulatorial era oferecida pela Previdência Social; as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) se dedicavam a medidas de ordem geral, como combate às epidemias e imunizações. Como os centros de saúde estavam começando a ser implantados, tudo isso foi transferido para eles.

O sistema estava distribuído de tal maneira que, nos estados, os superintendentes do Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS) tinham mais poder que as SES, porque possuíam mais recursos financeiros.

Existia um pleito: a unificação dos serviços de saúde no Ministério da Saúde. Essa discussão em defesa da universalização evoluiu e, na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília, desembocou na Constituinte.

Se, na Constituição de 1988, deu-se o início da organização do sistema, em 1989,

a luta pela unificação se intensificou e, em 1990, o INAMPS foi para o Ministério da Saúde, com mais da metade dos recursos que tinha até então. Já no governo de Itamar Franco, em 1993, com o ministro Antônio Brito, foi cancelada, totalmente, a contribuição da Previdência para a saúde, com a argumentação de que o número de aposentados cresceu, inclusive, com a incorporação daqueles das áreas rurais, e não se buscaram no orçamento outras fontes que suprissem a falta desse recurso.

No auge da crise da Previdência, que não tinha uma folga financeira para destinar à saúde, em 1992, na IX CNS, o SUS começou a ser estruturado, com o estabelecimento dos pressupostos básicos de descentralização e participação popular. E, então, na gestão do ministro Jamil Adad, Gilson Carvalho lançou a idéia dos municípios em gestão semi-plena, parcial e incipiente.

Em 1994, Henrique Santilho havia lançado a idéia do médico de família e outras iniciativas também estavam sendo implementadas. Em 1995, vinte e quatro municípios já praticavam o novo tipo de gestão descentralizada.

Nessa época, no Ministério da Saúde, havia um grupo que defendia a criação de agentes de saúde, com o argumento de que no Brasil não se podia oferecer à população de baixa renda atendimento baseado no médico.

Diferentemente de Cuba, que possui um sistema baseado no médico, com a formação de dez mil profissionais, na proporção de um para seiscentas pessoas, sendo que o médico mora, com sua família, na própria comunidade onde trabalha, em locais desfavorecidos, no Brasil, a adesão é pequena. Aqui, os médicos buscam, para morar, as áreas mais estruturadas, trabalhando, geralmente, num lugar e residindo em outro, distante da comunidade onde atuam. Daí, a necessidade de o agente comunitário de saúde ser uma pessoa que resida na comunidade há, no mínimo, dois anos.

Deparou-se, então, com um enorme problema: o ingresso no sistema deveria ser realizado por via de concurso público, o que significava que iriam se inscrever pessoas com qualificação acima da desejável e que não residiam na localidade onde iriam trabalhar.

Como era evidente, os agentes tinham que morar e trabalhar na comunidade; isso demandou a criação de um sistema diferente, com a participação das entidades que lidavam com a saúde, na área, passando a ser financiadas pelo poder público.

Assim nasceu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que, logo em seguida, foi acoplado ao Programa Saúde da Família: seiscentas famílias tinham um médico e uma enfermeira que não precisavam morar naquelas áreas, mas que cuidavam da saúde daquela população em tempo integral.

Para que se tenha uma idéia da importância desse programa em áreas metropolitanas, já que a sua proposta não se restringia apenas a pequenos municípios, vejamos um pequeno exemplo: quando se resolveu implantá-lo em São Paulo, na gestão do Sr. Paulo Maluf, todas as entidades da área de saúde se manifestaram contra. Como o Prefeito tinha a maioria na Câmara, não houve a penetração do PSF junto à SMS da cidade, sendo, então, implantado em Itaquera, onde logo surgiram dados muito significativos.

Havia apenas sete casos de tuberculose cadastrados, mas os agentes comunitários de saúde encontraram sessenta e dois e, como eram vizinhos dos pacientes, iam diariamente dar-lhes remédios, em suas próprias casas.

Porém, o sistema era mais amplo e foi sendo progressivamente descentralizado em nível municipal. Foi estruturado um modelo com comando único em cada esfera de governo, sendo criadas a Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestora Tripartite (CIT). Também é importante ressaltar a participação popular, com a realização das conferências e a implantação dos conselhos de saúde.

Com certeza, O SUS está ensinando a todos a trabalhar em um sistema democrático, dentro do qual as pessoas ainda não estão acostumadas a interagir.

Só quem é honestamente e intelectualmente democrático pode dizer que seu argumento é melhor e trabalhar na solução dos problemas.

O que se observa atualmente é a utilização de espaços democráticos para impor posições pessoais ou de grupos, consequência inevitável do fato de um país com estrutura autoritária se dispor a trabalhar num sistema democrático.

É, sem dúvida, oportuno este Fórum se chamar *Saúde e Democracia*. A federação é uma reunião de estados independentes, o município é autônomo. O Secretário Municipal não é subordinado ao Secretário Estadual, que não é subordinado ao Ministro da Saúde, mas todos têm que trabalhar juntos dentro do sistema único. O SUS é a única política de saúde clara, estabelecida e em funcionamento.

Em 1995, um grave problema enfrentado foi o da corrupção, porque o sistema de processamento de contas não tinha críticas. O SUS começou a identificar um grande número de casos com pacientes tendo alta médica em apenas um dia, com diagnósticos de bronco-pneumonia, queimaduras, etc. Foram implementadas cento e trinta e cinco críticas por gênero e tempo de internação e, além disso, houve uma reestruturação das auditorias federais, estaduais e municipais. Com isso, diminuíram as fraudes. Nada começa pronto. À medida que o sistema foi evoluindo, foi sendo aprimorado e, apesar de ainda existirem irregularidades, é possível corrigi-las progressivamente.

Segundo declarações do ministro Saraiva Felipe neste Fórum, o SUS é responsável por 80% dos transplantes cardíacos e de alta complexidade, paga doze milhões de internações e 620 milhões de consultas. Porém, existe uma visibilidade de que o sistema não funciona e este ponto cego está no atendimento médico-hospitalar-ambulatorial. Não é verdade que o sistema não funciona; ele funciona e vem sendo ampliado, mas as demandas são muito superiores às ofertas, porque as cidades cresceram, a partir de 1960, de maneira explosiva.

Numa visita a Mauá, na grande São Paulo, pode-se constatar que, num período de dez anos, houve um gigantesco aumento da população e um desenvolvimento industrial com enorme incremento da tecnologia das indústrias, mas com seus empregados vivendo em favelas, sem saneamento. Fica claro que, na verdade, as pessoas não são prioritárias. À medida que o avanço científico e tecnológico foi trazendo técnicas de automação e

informação, com uma incorporação tecnológica brutal, as pessoas não qualificadas foram sendo dispensadas. Esse é um grave problema que vem sendo enfrentado pelas grandes metrópoles ao longo dos últimos anos.

No ano de 2000, foi realizado um estudo sobre a distribuição de leitos hospitalares em São Paulo. A cidade tinha 10 milhões de habitantes e estava dividida em 96 distritos; em 25 distritos, com populações de alto poder aquisitivo, onde moravam 1.800.000 pessoas, existiam 25 mil leitos, ou seja, 13 leitos por mil habitantes. Já nos outros 71 distritos, onde moravam 8.200.000 pessoas de baixa renda, havia 0,6 leitos por mil habitantes. Esse quadro demonstra a desigualdade social presente na realidade brasileira.

Então, qual seria a decisão política a ser tomada pelo poder público? Existem medidas a serem adotadas para contornar algumas situações mais críticas, mas, como nada acontece, a diferença vai aumentando, assim como aumenta a concentração de renda e de poder. E não é apenas a política de saúde que vai resolver esse problema, cuja solução demanda decisão do governo, que precisa realizar mudanças estruturais para facilitar o acesso e reduzir as desigualdades.

Outra agravante para a saúde são os problemas relacionados aos recursos humanos. Um levantamento realizado em São Paulo confirmou que os funcionários da área da saúde são os que têm a menor remuneração no estado. Houve, nos últimos anos, uma significativa redução dos salários do pessoal que atua nesse setor.

Os hospitais e ambulatórios públicos sofreram o reflexo dessa redução. Um hospital, para se manter atualizado, além do custeio, precisa de uma reserva financeira para reformas, adaptações, reposição de equipamentos, etc. Se, durante décadas, não é possível oferecer recursos para custeio, é natural que as instituições se deteriorem.

Este problema do desgaste da estrutura física do sistema público, que se incorporou ao SUS, é um ônus que está sendo carregado e que tem que ser corrigido com maciços investimentos financeiros. A questão do financiamento é, portanto, fundamental para equacioná-lo.

Em 1995, na gestão Adib Jatene, existiam propósitos muito claros, como: combater fraudes e irregularidades; revalorizar os procedimentos; reduzir a mortalidade infantil; combater os números escandalosos da malária e, também, erradicar a dengue. Ao se examinar, porém, o orçamento, ficou constatado que não havia folga nem para as ações de saúde convencionais, tampouco para essas novas propostas; era preciso buscar recursos em alguma fonte alternativa.

Assim, não tendo como pleitear recursos, surgiu a idéia da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF).

O cálculo feito foi que, com a CPMF, seria possível arrecadar 1/3 do orçamento do Ministério da Saúde, o acréscimo necessário para executar as ações planejadas. Depois de inúmeros desvios, grandes dificuldades e promessas de reforma tributária como solução para o problema, a Emenda Constitucional no 29 foi aprovada. Porém, o cerco continua, porque sempre querem tirar parcelas do orçamento para outras ações que nunca foram financiadas pela saúde.

É bom lembrar a fragilidade das leis no País, já que alguns setores interessados se apropriam, facilmente, delas. A elite econômica financia as campanhas e o troco é inserir na legislação medidas que a beneficiem, favorecendo setores hegemônicos da sociedade. Como lei no Brasil é coisa que se ajeita, a população tem que ficar atenta para impedir as distorções. É preciso fiscalizar. A saúde pública não depende só do governo, mas também da participação social.

O futuro do SUS pode ser muito bom. Depende da tomada de consciência da elite intelectual para barrar o processo de mercantilização da medicina; depende, também, de um juízo crítico para não se ficar na dependência desta tecnologia exacerbada, que propicia mais riscos e custos do que benefícios.

A saúde não pode ficar nas mãos das grandes empresas de equipamentos e dos poderosos laboratórios, que submetem a população ao consumo daquilo que ela não precisa e não pode pagar.

Para finalizar, esta idéia de que não faltam recursos financeiros, e sim gestão, é uma distorção da realidade. O sistema pode se consolidar com a mobilização de cada vez mais pessoas envolvidas e conscientes, que lutam para corrigir as falhas, minimizar os problemas e perseguir os recursos necessários para garantir o seu bom funcionamento. Quando a massa crítica destes que efetivamente ajudam for maior que a massa crítica dos que só reivindicam, será possível construir um sistema que possibilite a uma parcela da população ter o máximo enquanto o mínimo já esteja garantido para a maioria.

Luis Roberto Barradas

Vice-presidente do CONASS/região Sudeste e Secretário de Estado da Saúde de São Paulo

A definição de futuro colocada pelo Dr. Adib Jatene é muito pertinente: "O futuro não é uma abstração, o futuro é uma reflexão sobre o passado e as decisões que serão tomadas no presente".

Este Fórum tem a intenção de refletir sobre as experiências de ex-Ministros e Secretários de Saúde e também sobre as decisões a serem tomadas neste ano eleitoral para garantir o futuro do sistema de saúde no País.

A abordagem do passado recente do sistema de saúde brasileiro será realizada com o mesmo ufanismo expressado pelo Ministro da Saúde Saraiva Felipe neste Fórum.

Um país continental como o Brasil, com toda a sua diversidade e complexidade, conseguiu eliminar a poliomielite e o sarampo.

Num curto espaço de tempo, o SUS conseguiu descentralizar as ações. Hoje, todos os cinco mil municípios brasileiros têm suas secretarias de saúde e o País possui cerca de vinte e cinco mil equipes implantadas do Programa Saúde da Família.

Esses são alguns frutos do SUS, construído ao longo dos últimos dezoito anos.

Falar das conquistas e avanços, de acordo com a proposta deste debate, leva à reflexão de quais decisões tomar, para manter e, sobretudo, melhorar o sistema de saúde num futuro próximo.

A primeira questão que se coloca é a da incorporação tecnológica. Esta deve se dar com base em preceitos técnicos, pois é preciso ter consciência de que a tecnologia só pode ser incorporada de maneira racional.

Se o planejamento de aquisição de novos equipamentos, exames, medicamentos, serviços, etc. não for pautado na ética e no senso de justiça bem como na liberdade de questionar o risco, o custo, a necessidade e a eficiência da nova tecnologia, esta será incorporada de forma irracional, absorvendo uma grande parte dos recursos financeiros que poderiam ser melhor aproveitados em outro local.

É mais fácil ficar a serviço do produtor do equipamento ou do banco que o financia; difícil é romper com esta indústria do consumo neste processo de mercantilização da saúde.

Também não é possível ficar submetido ao poder das ordens judiciais, que determinam até mesmo a compra de medicamentos que, muitas vezes, nem foram aprovados em outros países.

O segundo ponto fundamental é a garantia dos recursos financeiros. Essa é uma luta antiga, conhecida daqueles que construíram o SUS.

É preciso estar atento para que outros setores não peguem carona na Emenda no 29, incorporando ao orçamento recursos que não são da área de saúde. Portanto, quanto mais se trabalhar, maiores serão os avanços conquistados na garantia dos recursos financeiros para a saúde.

O terceiro ponto foi levantado neste Fórum por Marcus Pestana, ao questionar o que se pretende criar: um SUS para os pobres ou um SUS universal?

A idéia de dar aos pobres o mínimo é uma fantasia. O SUS é universal e integral; sua proposta é "dar tudo para todos".

O quarto ponto refere-se à questão do Pacto Federativo. A construção do SUS envolveu o governo federal, os estados e os municípios. Se a iniciativa fosse de se implantar política de governo e não política de Estado, não se construiria o SUS. O muito que se avançou nesses dezoito anos foi pelo cuidado, acima de tudo, de ser democrático.

Finalmente, é importante discutir a questão das mudanças legais, da regulamentação, porque atualmente ainda são seguidos parâmetros e regras de quinze anos atrás. Não existe uma legislação atual e mudar as leis é imprescindível.

A trajetória do SUS foi de conquistas, desafios e inúmeros obstáculos, mas vários foram vencidos com garra, dedicação e muito trabalho. Como defendia o Dr. Zerbini: Nada resiste ao trabalho.

Portanto, ao trabalho, brasileiros!

Painel

Uma visão de futuro para o Brasil (2)

Debatedor: Fernando Passos Cupertino de Barros – Vice-presidente do CONASS /Região Centro-oeste e Secretário de Estado da Saúde do Estado de Goiás

Moderador: George Vidor – Jornalista de *O Globo*

Sílvio Fernandes da Silva

Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems)

As discussões que estão sendo realizadas neste evento trazem importantes reflexões sobre o sistema público de saúde no Brasil, abordando questões que têm sido freqüentemente discutidas no âmbito das Secretarias Municipais de saúde.

Conforme já mencionado por Adib Jatene, fica difícil abordar o presente sem considerar o processo histórico que levou à sua construção. A abordagem da história do SUS será feita tanto na visão pessoal como na do conjunto de reflexões que são realizadas pelos Secretários Municipais de Saúde.

O processo de construção do SUS passou por fases peculiares.

Na década de 70, foi construído o ideário da reforma sanitária.

Na década de 80, ocorreu um amplo movimento político de redemocratização do país, com a participação de vários atores, podendo-se apontar como fatos marcantes a realização da VIII Conferência Nacional da Saúde e a aprovação da Constituição.

Tanto na década de 70 como na de 80, o processo de construção do SUS foi vitorioso.

É importante enfatizar que a década de 90 se caracterizou por uma ofensiva neoliberal, tendo a redução dos gastos do Estado como uma de suas diretrizes. A garantia do direito à saúde no contexto do neoliberalismo dos anos 90, em face da proposta dos pacotes de serviços para pobres, das agências internacionais e da atenção primária seletiva, também representou uma vitória no processo de construção do SUS. É preciso, ainda, destacar, nesta década, a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (8.080), que normatiza o Sistema Único de Saúde (SUS), e da Lei 8.142, que dispõe sobre o controle social por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde.

Adib Jatene comentou as dificuldades enfrentadas no início da década de 90, quando houve uma redução do financiamento das principais políticas de saúde no País. País que, ao mesmo tempo, assumia o desafio de eliminar a carteira de Instituto Nacional de

Previdência Social (INPS) e de garantir a implementação dos princípios da Constituição de 1988, como integralidade, universalidade e equidade.

Muitas vitórias ocorreram nesse ambiente de contradição, pois a proposta de focalização das políticas sociais com a implantação de pacotes básicos de serviços não foi a vitoriosa, mas sim a da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado.

Nessa trajetória histórica, é preciso destacar aspectos positivos da construção do SUS, como a ampliação do acesso da população aos serviços de média e alta complexidade, a redução de doenças imunopreveníveis, a ênfase na descentralização e municipalização, dentre outros. Também é preciso enfatizar a magnitude deste sistema, facilmente comprovada pelo impressionante número de atendimentos por ele realizados.

Por outro lado, existem muitos desafios e grande parte deles está vinculada ao financiamento, principalmente na assistência ambulatorial e hospitalar, áreas em que a falta de recursos é mais visível.

O SUS não pode ser analisado como uma reforma de Estado concluída, mas deve ser visto como um processo ainda em construção. Esta discussão será objeto de debate de uma mesa neste evento - A reforma na reforma sanitária e o futuro do SUS -, um futuro a ser construído por todos: gestores, parlamentares, servidores, representantes de Organizações não Governamentais (ONGs), usuários do sistema, etc.

O CONASEMS elaborou um documento, denominado *Teses e Planos de Ação – 2005/2007*, sobre a condução e o futuro do SUS na perspectiva dos Secretários Municipais de Saúde de todo o País.

Na questão do financiamento, é preciso reafirmar que os recursos atualmente alocados não são suficientes e que quem atribui as dificuldades do SUS ao sistema de gestão, e não ao de financiamento, incorre em uma grande falácia.

Nesta questão, também existem problemas vinculados à reforma mais ampla do sistema de saúde brasileiro, pois os municípios assumiram a tarefa de ser os executores das políticas de saúde, mas a descentralização ocorreu sem o necessário aumento do financiamento.

Na década de 80, com a municipalização, aumentou a responsabilidade dos municípios na execução da política de saúde. Houve uma expansão dos postos de trabalho, atingindo a possibilidade financeira dos municípios, enquanto a União diminuiu a sua participação no financiamento do SUS. Os municípios atingiram seu limite de gastos, inclusive segundo a Lei de Responsabilidade Fiscal.

Ainda quanto ao financiamento, é preciso trabalhar com uma meta de futuro, considerando vários aspectos, como, por exemplo, o envelhecimento da população brasileira.

Também é preciso lembrar que existem aspectos da reforma de saúde do Brasil que são tipicamente setoriais e outros que, por sua magnitude, ultrapassam o âmbito do setor. Quando da realização do congresso em Belo Horizonte, há dois anos, 16% da receita tributária ficavam com os municípios. Hoje, apesar de a responsabilidade dos municípios

na execução da política de saúde bem como sua participação nos gastos com o SUS terem aumentado, esse percentual é menor.

Outro aspecto de fundamental importância a ser enfrentado é a formação de recursos humanos. Vale aqui ressaltar que será realizada, em Brasília, a Terceira Conferência Nacional de Gestão de Trabalho e da Educação na Saúde – CNTGES, no final do mês de março, momento em que esta questão será intensamente debatida.

Fazer um balanço neste momento talvez seja principalmente considerar que, se, por um lado, muitos avanços ocorreram e muitas vitórias foram conquistadas, por outro, muitos são os desafios a ser superados e é imprescindível a união de todos os defensores deste sistema para que nossa caminhada continue a acontecer com êxito.

Deputado Federal Rafael Guerra

Presidente da Frente Parlamentar da Saúde

Na mesa sobre os partidos políticos e o futuro da saúde no Brasil, houve a participação de quatro parlamentares, representando quatro partidos, o que foi bastante simbólico e mostra como a Frente Parlamentar trabalha as questões da saúde, sem partidarismo político e com muita seriedade.

O objetivo da Frente é o de trabalhar, solidária e coordenadamente, para transformar em realidade viva e concreta do povo brasileiro os princípios doutrinários e constitucionais que entendem a saúde como o bem mais precioso da vida, direito social inalienável e responsabilidade maior do Estado.

Existe um discurso bastante coerente e coeso de defesa do SUS e o que se tem procurado todos estes anos é buscar a união de todos os setores e entidades envolvidas com o seu processo de construção, como os parlamentares, o CONASS, o Conasems e as ONGs, pois é preciso força política para lutar pela concretização de seus princípios e diretrizes.

Quanto às escolas médicas, não será preciso repetir o que disse o ex-ministro Adib Jatene, mas apenas lembrar que elas não formam, necessariamente, recursos humanos adequados às necessidades do SUS.

A Emenda Constitucional nº 29, que assegura os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, foi uma das maiores lutas empreendidas por uma entidade suprapartidária ocorrida no Congresso Nacional.

Quanto à regulamentação da Emenda pelo Congresso Nacional, isso é extremamente importante, e o projeto de emenda parlamentar já foi aprovado na Comissão de Mérito e Finanças e na de Constituição e Justiça, tendo sido incluído na pauta da última convocação extraordinária, mas infelizmente não na de votação.

Está sendo organizada uma grande mobilização em Brasília, na semana do dia internacional da saúde, com a realização de uma grande marcha, e, se for preciso, a Frente

Parlamentar da Saúde, juntamente com as demais entidades que lutam pela regulamentação da Emenda nº 29, vai mostrar força política e obstruir a pauta de votações. Isso depende da sociedade, pois o Congresso Nacional é uma casa que decide sob pressão, sobretudo em ano eleitoral.

Ainda sobre a Emenda nº 29, existem algumas discussões que precisam ser realizadas.

A referida regulamentação também representa uma boa oportunidade de nos livrarmos daquelas situações de aplicação inadequada dos recursos da saúde, o que poderia ser chamado de um verdadeiro contrabando, que vem ocorrendo há muitos anos, com desvio de recursos financeiros para programas correlatos.

O orçamento chegou no limite do que era possível e é preciso retirar definitivamente da fonte de custeio da saúde os recursos para o Programa Bolsa Família, que tem mais de doze bilhões alocados e que é, sem dúvida alguma, muito importante para minimizar os problemas da desigualdade social existente no país. É preciso retirar, ainda, os recursos que vão para o fundo de combate e erradicação da pobreza.

A reformulação do cálculo do Produto Interno Bruto (PIB) também precisa ser realizada.

Outra questão a ser pensada é que boa parte dos recursos financeiros são destinados a emendas parlamentares, o que pode causar problemas, pois a emenda pode ser eleitoreira, mas, infelizmente, esse cálculo ficou incluído como gasto da saúde.

Também está havendo um problema de desentendimento interno: a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) quer alocar mais R\$2,5 milhões em seu orçamento.

Uma outra questão é que não há consenso para que os recursos da farmácia popular sejam contabilizados, porque não é gratuita e nem universal.

Existem, também, dois outros assuntos muito importantes, uma discussão que o CONASS precisa retomar; aliás, não apenas o CONASS, mas todas as entidades que lutam pela concretização do SUS. O primeiro é a discussão sobre a implantação do Cartão SUS, que vai facilitar, inclusive, a pactuação da programação. O segundo é que, para corrigir a desigualdade de acesso, é também preciso olhar a capacidade instalada, e este é um momento propício, devido ao ano eleitoral.

Quanto ao Pacto Federativo, é importante deixar as coisas bem esclarecidas, pois tem havido decréscimo da participação da União no financiamento da saúde, sendo que, nos últimos anos, a arrecadação ficou concentrada em suas mãos.

O SUS é o principal exemplo de Pacto Federativo no Brasil e é preciso continuar avançando na sua implementação, o que é tarefa de toda a sociedade.

Fernando Passos Cupertino de Barros

Vice-Presidente do CONASS /região Centro-Oeste e Secretário de Estado de Saúde do Estado de Goiás

Com experiência de gestor há sete anos, é possível levantar algumas questões para provocar a reflexão, pois é sempre necessário repensar ou tentar aprimorar o que se faz, por melhor que se faça.

Este Fórum acontece num momento muito propício ao debate, tanto pelo momento político, como pela idade do SUS, que possibilita uma avaliação de sua história por parte dos pensadores que fizeram parte dela e se encontram no evento.

As questões do dia-a-dia se fazem presentes através da discussão da incorporação tecnológica e das despesas desnecessárias que dela decorrem. É preciso filtrar aquilo que é essencial, sem se curvar aos interesses que impedem que os recursos sejam alocados onde exista maior necessidade de aplicá-los.

Também é grave a questão dos medicamentos de alto custo, sujeitos a liminares para serem adquiridos, mesmo sem registro no País, assim como a dos excepcionais, que têm uma demanda crescente e um financiamento insuficiente.

Essa seria uma responsabilidade típica do gestor federal, fazendo, em economia de escala, com que os recursos tão escassos fossem mais bem aproveitados, através da negociação direta com os grandes fornecedores, com qualidade e preços melhores.

Porém, enquanto isso não acontece, o CONASS realiza consórcio entre os estados, que, em conjunto, dimensionam seu orçamento para adquirir o que é necessário.

Outro problema, que deveria ter começado a ser enfrentado há mais tempo, é o do envelhecimento da população, já que, segundo as previsões, em um quarto de século, dobrará o número de idosos no País.

É preciso, ainda, questionar a formação dos profissionais de saúde, bem como pesquisar a demanda e a necessidade da população, para direcionar a formação e investir na qualidade dos cursos de graduação e pós-graduação.

Quanto à provocação *se é um subfinanciamento ou falha de gestão*, pode-se dizer que são as duas coisas. Se o financiamento não está sendo suficiente para garantir o mínimo, como investir na qualidade da gestão?

Para finalizar, é possível concluir que há um *deficit* de financiamento, sobretudo em comparação com outros países que aplicam de duas a dez vezes mais recursos na saúde. Portanto, é fundamental colocar a saúde em pauta, tanto na esfera política quanto na social, e conquistar mais aliados para essa luta, que vale pelos resultados que são materializados na vida de cada cidadão.

Painel**Uma visão de futuro para o Brasil (3)**

Debatedor: Jurandi Frutuoso Silva – Vice-presidente do CONASS/região Nordeste e Secretário de Estado da Saúde do Ceará

Moderador: George Vidor – Jornalista de *O Globo*

Humberto Costa**Ex-Ministro do Estado da Saúde**

Para tratar do tema deste Fórum é preciso fazer um balanço dos desafios do presente que ainda estão em processo de enfrentamento para a sua superação. Este olhar para o futuro precisa levar em consideração o que é o SUS hoje.

O SUS é uma política social como nenhuma outra que o País já teve ou tem.

A Constituição de 1988, quando garantiu o acesso universal ao sistema público de saúde, viabilizou para um terço da população brasileira, cerca de 50 milhões de pessoas, a possibilidade do acesso à saúde como um direito, e não mais como algo vinculado ao espaço formal que cada um ocupava no mercado de trabalho. A implantação do SUS representou um processo de inclusão acelerado, em curto espaço de tempo; por isso, mesmo existindo sistemas de saúde parecidos em outros países, sabe-se tanto das suas dificuldades quanto de sua grandiosidade.

Dentro do quadro de conquistas, destacam-se: a implementação do PSF; o programa de saúde bucal; o sistema de imunização como um dos mais avançados do mundo (como, por exemplo, o programa de vacinação dos idosos, a vacinação contra o rotavírus e os programas de vacinação das crianças, com um papel fundamental na redução da mortalidade infantil, na erradicação do sarampo e no controle de outras doenças da infância); a política brasileira no que diz respeito à prevenção, controle e tratamento, num ataque frontal à ameaça do poder destrutivo da epidemia de AIDS; o acesso à atenção de alta complexidade (o País é hoje o que mais realiza transplante gratuito em larga escala); o acesso a medicamentos de alto custo; a reestruturação do sistema de urgência e emergência; e as pesquisas de vanguarda com células tronco.

Também é relevante a questão do acesso à assistência farmacêutica, porque, apesar de os gastos durante o governo Lula terem aumentado muito, ainda é algo que precisa ser trabalhado do ponto de vista de uma política pública eficaz.

O foco na prevenção e o fortalecimento das ações preventivas podem contribuir

para reduzir, em grande escala, a incidência de inúmeras doenças. O Ministério da Saúde (MS) deve se responsabilizar pela distribuição de medicamentos estratégicos contra diabetes e hipertensão.

Ainda existem problemas com o enfrentamento de doenças como a hanseníase, a dengue e a malária – esta com um alto grau de dificuldade de eliminação –, sendo preciso destacar a reestruturação do programa de combate à tuberculose.

O SUS foi um sistema construído com forte base de sustentação social e é também um exemplo de reforma do Estado. Enquanto no Brasil, em diversas áreas, inclusive sociais, retirou-se do Estado a execução de políticas, transformando-o num mero e mau regulador, em contrapartida, diante da resistência, na área de saúde, aumentou a sua participação, e seu papel acabou crescendo durante a década de 90.

Os números estatísticos do SUS são impressionantes, tanto em procedimentos na Atenção Básica (AB), quanto ambulatoriais, internações hospitalares, etc.

Diante desse quadro, não existe nada que possa ter maior relevância do que a própria implementação do SUS dentro das diretrizes de sua criação.

Para discutir o futuro do SUS, não está em debate o questionamento dos seus princípios fundamentais e de suas diretrizes básicas. O foco deve estar no que necessita ser fortalecido; é preciso responder aos desafios presentes para que este sistema se legitime perante a população e os governantes.

Em primeiro lugar, estão as questões relativas ao acesso, não da AB, mas da alta e da média complexidade – um importante gargalo do SUS.

Quanto ao tema do financiamento, embora exista uma tendência à estagnação dos gastos com a saúde, há, ao mesmo tempo, uma necessidade de seu crescimento. Foi recentemente aprovado o Pacto de Gestão, que dá maior autonomia ao gestor para utilização dos recursos oriundos do MS.

O processo de ampliação dos gastos dos estados com a saúde, seja pelo incremento dos impostos estaduais ou federais, não corresponde ao incremento dos gastos com as políticas de saúde. Além disso, é grande a polêmica em torno da utilização dos recursos em ações de natureza questionável – se são da área da saúde ou não.

Outro desafio é a qualidade, porque somente se terá força para obter os recursos necessários, principalmente considerando que a tendência é de gasto crescente, se o sistema tiver legitimidade. Para isso, é preciso trabalhar com a melhoria da qualidade da atenção para os usuários, garantindo um funcionamento mais eficiente e humanizado.

Com relação ao tema dos Recursos Humanos (RH), é preciso ressaltar que não se faz política social sem a criação de políticas de RH adequadas ao exercício profissional. Um significativo avanço foi a Emenda votada pelo congresso, garantindo os direitos trabalhistas aos agentes comunitários de saúde.

Na premente questão do Pacto Federativo, é preciso entender a função dos instrumentos que o façam sair do campo da informalidade e se tornar objeto de cobrança, com a Carta de Intenções, além de outras ações. Sem a Lei de Responsabilidade

Sanitária, que saiu da pauta do MS e precisa ser resgatada pelo Congresso Nacional, a responsabilização dos gestores não vai acontecer.

Quanto à descentralização, quando se trata do estado, fica uma lacuna para saber qual papel este ente federativo tem na assistência, tema que precisa ser enfrentado.

Assim, antecipar os desafios para o futuro significa pensar no que fazer para enfrentar os desafios no presente, sendo o financiamento, sem dúvida, o maior deles. Mas, vale lembrar que tão importante quanto conseguir os recursos é saber usá-los, ou seja, racionalizar a forma de gastar. A incorporação tecnológica se impõe sob severos critérios, para que a sua utilização otimize o sistema sem onerá-lo.

Não se pode abrir mão das conquistas alcançadas com a regulamentação da Emenda nº 29, da vinculação dos recursos em saúde à previsão constitucional.

Na questão da judicialização, para se garantir o acesso a medicamentos e tratamentos de alto custo, as regras têm que ser claras, com a obrigatoriedade do respeito aos protocolos do MS.

Sobre a Lei de Responsabilidade Fiscal, é preciso reconhecer o seu papel na busca de recursos como mais um instrumento de fiscalização que estabelece mecanismos de cobrança das responsabilidades, até para identificar as diferenças entre o bom e o mau gestor, pela inexistência de instrumentos formais jurídicos que os obriguem a cumprir a lei.

Por último, o tema da democracia e controle social. É necessário investimento para o seu fortalecimento e para a efetiva implementação do SUS como política avançada de inclusão social.

Como palavra de ordem para o futuro: Implementar o SUS, com todas as suas características de política de universalidade, de inclusão e bem-estar social, sempre foi, ao longo da história, um objetivo muito distante de ser alcançado.

Jurandi Frutuoso Silva

Vice-Presidente do CONASS/região Nordeste e Secretário de Estado da Saúde do Ceará

A história da criação do SUS é um processo que nasceu das entranhas do povo brasileiro, que hoje vive o dilema de querer o serviço, mas duvida da viabilidade dele, pela falta de recursos para financiá-lo.

Atualmente, mesmo com a consciência da importância da defesa do sistema, a marca SUS não está sendo bem tratada, não aparece nos postos, clínicas e hospitais, principalmente nos conveniados, que fingem não depender dela para sustentar seus serviços. Quase não existe divulgação das conquistas do SUS nos últimos vinte anos, o que faz com que seus feitos sejam ignorados e suas falhas sobressaiam.

Com relação à farmácia popular, se seus recursos fossem alocados na farmácia básica, que já existe, seria possível atender a 70% da população, de maneira regular, no PSF. Possibilitar à população mais pobre ter acesso aos medicamentos, próximo de suas

casas, é a maneira mais eficiente de distribuí-los.

Para abordar o futuro do SUS, é preciso destacar alguns temas fundamentais para a sua consolidação.

Sua sustentabilidade deve ser pensada em termos do aprofundamento da questão do ensino, nas mudanças dos currículos escolares, introduzindo os novos acadêmicos nas matérias básicas da saúde, para, posteriormente, focalizar a especialização. O aluno precisa conhecer a maioria das patologias que acometem o povo brasileiro bem como a realidade em que este vive; deve, através do sistema escolar, aprender no local onde vai futuramente trabalhar.

O financiamento do SUS, reduzido como sempre foi no País, carece de um planejamento para racionalizar os gastos, pois todos, além do gestor, precisam ter consciência do desafio que é usar bem os recursos na saúde. Se não se souber gastar direito, o dinheiro será sempre pouco e os avanços serão nulos.

Finalmente, a humanização do serviço é que vai abrir as portas para a população aderir ao sistema, o que só ocorrerá se ela se sentir acolhida, respeitada e bem-tratada.

Mesa redonda

A saúde, o pacto federativo e o futuro

Moderador:

George Vidor – Jornalista de *O Globo*

Marcelo Déda

Prefeito de Aracaju (Sergipe)

Uma questão que tem permanecido como grande enigma da democracia brasileira é o Pacto Federativo e as suas implicações para a construção do Sistema Único de Saúde, com um perfil coerente com o que se buscou dar-lhe ao longo da sua história.

A federação brasileira sempre freqüentou o campo da ficção política e constitucional. O Brasil é uma república federativa e, desde as suas origens, os revolucionários republicanos, ao desenhar o modelo que queriam para o País, se inspiraram nos EUA, talvez a mais conhecida e mais estudada das federações do planeta.

Essa idéia generosa de consolidar um modelo que preservasse a unidade e que estimulasse, fortalecesse e garantisse as autonomias dos entes federados sempre freqüentou a luta política e esteve presente, com maior ou menor intensidade, nos debates dos constituintes na formação das constituições. Até mesmo com os momentos de autoritarismo, com a pujança centralizadora, por exemplo, do Estado Novo, ou com a supressão de garantias políticas que simbolizavam a autonomia municipal, durante o regime de 1964, na verdade, o Pacto Federativo foi muito mais um desenho jurídico e uma vontade política do que uma realidade efetiva na vida institucional brasileira.

Com a Constituição de 1988, vieram importantes avanços. Houve, pela primeira vez, a inclusão dos municípios na condição de entes federados, numa excepcionalidade que não se vê em nenhuma outra constituição federada do mundo. Ao descrever os entes federados, o constituinte estabeleceu que o Brasil é a união formada pelos estados e pelos municípios, na condição de entes federativos. Foi o maior ganho constitucional que os municípios brasileiros tiveram dentro da institucionalidade constitucional do Brasil, pois, desde 1988, a República Brasileira os reconhece como entes federados.

Houve, outrossim, um processo de ampliação da autonomia municipal e uma maior participação dos entes municipais no processo de apropriação das receitas tributárias, por um lado, dos fundos de compartilhamento dos recursos federais oriundos dos tributos cobrados pela União e, por outro, na definição de tributos a serem criados e cobrados pelos municípios.

Essa preliminar se faz necessária porque, não obstante esses avanços, a realidade brasileira apresenta uma relação extremamente desequilibrada entre os entes federados.

Existe um novo município no Brasil do ponto de vista jurídico, constitucional, político e social. E não poderia ser diferente, já que, ao examinar o crescimento da população urbana nos últimos 60, 70 anos da história, constata-se que o Brasil deixou de ser um país rural, para se tornar urbano. Isso potencializou o crescimento desordenado das capitais, das regiões metropolitanas e dos municípios-pólo, mas, ao mesmo tempo, construiu uma opinião pública essencialmente urbana no país.

Assim, no Brasil, o conceito de mobilização, organização social e exercício de cidadania, não obstante o fenômeno do Movimento dos Sem Terra (MST) e da ordenação das populações do campo, ainda é urbano.

Portanto, é nesse quadro que o SUS e o Pacto Federativo devem ser discutidos: um país urbano, com mais de 75% da população nas cidades, uma imensa concentração nas regiões metropolitanas e nas grandes cidades do interior, uma opinião pública atuante e uma cidadania militante cada vez mais contundente atuando no cenário urbano. Além disso, com as prefeituras municipais, apesar dos avanços institucionais e financeiros obtidos em 1988, ainda sem músculos para resolver essa equação política, financeira e social da realidade urbana brasileira.

É fundamental que as perspectivas de futuro para a construção efetiva de um sistema único descentralizado de saúde sejam discutidas dentro do contexto atual, para que se transforme a saúde em realidade, como um direito universal brasileiro.

Quando a Constituinte de 1986 se reúne, encontra no campo da saúde um movimento extremamente ativo, qualificado, com uma formulação já bastante amadurecida da área, especialmente do novo conceito de política sanitária. Diversos estados haviam construído uma formulação política e tinham acumulado um apoio efetivo do incipiente movimento social, que permitiu que a Constituinte tivesse como um de seus principais pontos de discussão a chamada reforma sanitária. E esse debate foi travado a partir da realidade do sistema de saúde do Brasil, a partir das demandas da sociedade e da compreensão de que as respostas para um país com tamanha desigualdade dependeriam da formulação de um sistema que priorizasse agregar recursos de todas as fontes; desenvolver, gerenciar e comandar ações integradas; descentralizar não apenas recursos, mas o poder, e, além disso, incorporar a nova realidade.

Assim, a Constituinte abriu as portas para a reconquista das liberdades democráticas e para o nascimento de um vigoroso movimento social, que tinha na bandeira da saúde uma de suas mais fortes expressões.

Portanto, o SUS que a Constituição consolida, o sistema que ela incorpora e institucionaliza, muito mais que uma formulação sanitária de esquerda ou, ainda, uma expressão da conjuntura política e da efervescência das idéias que acompanharam o processo constituinte, é a expressão de um momento social, de uma formulação madura e de um processo capaz de dar respostas a um sistema de saúde que se debatia em modelos anacrônicos, politicamente defasados, incompatíveis com aquele momento de reconstrução democrática e gerencialmente falidos.

Por isso, o SUS foi construído como uma alternativa àquela situação que ali se encontrava e como uma perspectiva da saúde pública no Brasil, a partir da reconstrução democrática. Mas para que este sistema fosse realmente uma alternativa àquele quadro e pudesse dar resposta às demandas da sociedade, ele precisava da modelagem que foi rascunhada na Constituição. Além disso, dois valores foram fundamentais: o conceito de descentralização e o conceito de controle social e participação popular.

O primeiro, para dar respostas políticas à nova realidade institucional, muito embora ainda mais teórica do que prática, do fortalecimento da República Federativa Brasileira. E o outro, pelo fato de o movimento social, através das conferências nacionais de saúde, ter incorporado à sua agenda a questão da saúde pública.

Era fundamental que esse modelo tivesse como suporte a descentralização, o controle social e a participação. Só assim seria possível transformar a saúde, de fato, em direito universal, incorporá-la ao capítulo da Seguridade Social, construir esse modelo de forma a não desprezar a potencialidade dos serviços privados de saúde, mas subordinando-os a um planejamento centralizado do ponto de vista da formulação estratégica e da concepção nacional e federativa e, ao mesmo tempo, descentralizado do ponto de vista do gerenciamento dos estados, dos territórios e municípios.

É indiscutível que, apesar dos avanços extraordinários desses dezoito anos, capazes de mover indicadores que pareciam condenados à perpetuação, a situação atual deixa muito a desejar.

Existem grandes problemas a serem resolvidos, não obstante as pactuações, a Emenda Constitucional e os projetos de lei, visto que o Pacto Federativo ainda precisa ser definido, de forma a ser agregado à realidade brasileira.

Como Prefeito de Aracaju - há cinco anos e três meses - onde, em 2001, existia apenas a gestão das ações básicas de saúde, a primeira decisão política de meu governo, na área de saúde, buscando profissionais do estado, qualificados, de carreira e com o próprio Secretário em busca de negociações políticas - apesar de nem sempre haver a compreensão de que a saúde deve ser posta a salvo de ingerências políticas, como um requisito indispensável para o êxito de um programa que está sendo elaborado, já discutido com a sociedade e aprovado nas urnas -, foi a luta pela municipalização plena, para que o município de Aracaju fosse o gestor do seu território. Sem dúvida, tratou-se de uma batalha difícil, mas vitoriosa, com negociações profícuas com a Secretaria de Estado da Saúde, na pessoa da Secretária Dra. Marta, e com o Ministério da Saúde, com a colaboração efetiva do Ministro José Serra, para viabilizar o pacto que permitiu a Aracaju avançar nesse sentido.

Os resultados foram alcançados gradativamente, a partir de pactuações, cronogramas, prazos e, sobretudo, com o cuidado de não efetivar uma municipalização plena, já que a unidade de saúde ainda se encontrava sob gestão do estado. A negociação foi realizada com cautela, para que a transferência de responsabilidade não gerasse uma sobrecarga que comprometesse a capacidade de cumprir as tarefas tradicionais e ampliar os objetivos estratégicos que a gestão tinha estabelecido para sua política pública.

Graças à execução dessas ações, hoje existe um sistema que confere a Aracaju a condição de único gestor do serviço no seu território. Isso num estado como Sergipe, onde 70% a 80% da média e 100% da alta complexidade estão instalados no município.

Também é preciso considerar que existem alguns fatores facilitadores no estado: é o menor dos estados federados, com uma área de 22.000 km², uma malha viária eficaz e boa comunicação com a capital do País.

Esta é a realidade de hoje: a concentração do serviço de alta e média complexidade na capital. Ao instalar a média e alta complexidade na capital, o sistema, muito embora não tivesse sido maquiavelmente concebido para isso, terminava por dar suporte ao clientelismo como instrumento de dominação política e à política de saúde como moeda de troca na construção da dominação política nos estados, porque o Prefeito dependia de atendimento e dependia de Governadores, de Presidentes ou de candidatos a Presidentes.

A história registra que a capacidade de distribuir ambulâncias era a maior política de saúde que um Prefeito do interior podia oferecer à sua população e o maior ganho de qualidade para esta. A *política da ambulância*, que abria a possibilidade de transferência do doente para as cidades, se sobrepunha a qualquer política resolutiva de saúde ou às ações de atenção básica e preventiva.

A municipalização da saúde em Aracaju e a gestão plena do município estão entre as maiores vitórias do movimento da reforma sanitária do Brasil, conquistadas ao longo de cinco anos. Os indicadores que a cidade foi capaz de superar, com a redução de 35%, em média, da mortalidade infantil, avanços na oferta de serviços, triplicação do PSF e aumento da resolutividade são ganhos ainda precários, porque dependem de pactuações que não estão abrigadas por regras transparentes e claras oriundas do Congresso Nacional.

Hoje, há uma crise de identidade nos estados federados com relação à política pública de saúde, não obstante a Constituição estabelecer a descrição das atribuições de cada ente federado, não obstante existir um consenso que se espalha pelo País, na área de saúde, de assistência social e em outras políticas públicas, como a educação. Portanto, a União deve assumir o planejamento, o gerenciamento e a definição de metas nacionais. Os estados, por sua vez, devem adequar este papel regulador, de gerenciamento do conjunto do território, às suas realidades locais, na regionalização e na adoção de instrumentos que permitam o entendimento entre vários municípios com interesses comuns.

Esta crise de identidade se revela no fato de serem pouquíssimos os municípios que têm a gestão plena ou que têm o comando único, porque, na prática, a ausência de definições institucionais, especialmente sobre o papel do estado federado, inviabiliza que se avance na municipalização. É preciso admitir que, sem o município como o foco efetivo da política de descentralização, os objetivos generosos do SUS não terão como se realizar, por mais competentes que sejam os gestores estaduais e por mais desejo político que tenha o gestor federal. Sem o protagonismo dos municípios comandando o processo, na ponta das políticas e na oferta dos serviços aos cidadãos, não se avançará, porque nem o controle social nem a participação popular se efetivam.

A sociedade organizada ou cidadãos que não participam de sindicatos e/ou movimentos sociais, mas que acompanham ou informam a opinião pública, só podem agir de forma eficaz para mudar o que está errado, para agregar mais vitórias e mais direitos neste processo, com a efetivação da descentralização e a construção verdadeiramente federativa do sistema.

A luta dos Prefeitos brasileiros não é para travar disputas com os governos estaduais e nem pode ser compreendida apenas como uma luta por recursos financeiros, embora isso ocorra muitas vezes. A descentralização não pode ser encarada como, meramente, uma descentralização no financiamento, um acesso mais fácil dos municípios a recursos estaduais e federais.

Quantos estados até hoje não cumpriram efetivamente a Emenda Constitucional quanto à vinculação de recursos para a saúde? E praticamente 100% dos municípios brasileiros estão praticando essa descentralização. Quantos problemas são enfrentados, todo ano, mesmo com a União, quando o governo central busca incorporar aos custos, à despesa com a saúde, por exemplo, ações de saneamento e outras?

Atualmente, se há um ente federado que tem contribuído, na prática, não apenas na efetivação do serviço, não apenas na aplicação de recursos da União, não apenas em convênios com o governo central, mas com aplicação de recursos das suas receitas próprias, garantindo a construção do SUS, este ente federado é o município brasileiro. Seu papel é inegável, mas também é preciso registrar os grandes esforços da União, nos últimos cinco anos, e, especialmente agora, com uma nítida e clara definição de governo, de construção desse processo e de institucionalização do SUS.

Portanto, ou avança-se na definição dos papéis e especialmente no papel dos estados federados e avança-se na municipalização, ou a realização efetiva do SUS fica cada vez mais utópica e menos concreta.

Marcus Vinicus Pestana da Silva

Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)

Nesta análise do SUS, é preciso realçar alguns aspectos positivos, porque é importante, na realização de um processo crítico, não jogar a criança junto com a água do banho.

A avaliação sobre a concepção teórica e a arquitetura sistêmica do SUS revela uma construção extremamente sofisticada e bem-elaborada.

Não é por acaso que outras políticas públicas, como a cultura, a assistência social e a segurança pública buscam este caminho: a construção de um sistema único. Sem dúvida alguma, o SUS é a política que tem o melhor arranjo federativo e o melhor desenho institucional.

Não há nenhum outro arranjo tão interessante e rico como a política da saúde e

isso se concretiza em dois elementos fundamentais: na existência da Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e da Comissão Intergestora Bipartite (CIB), importantes espaços de pactuação e discussão para a construção de consensos. Em Minas Gerais, o estado está avançando ainda mais, caminhando para as bipartites microrregionais, com o objetivo de superar as debilidades e avançar na construção dos pólos regionais de saúde.

Nenhum outro sistema, nenhuma outra política, consegue ter esta capilaridade do SUS.

Este primeiro elemento, a pactuação, combina com um segundo, a transferência de recursos financeiros fundo a fundo, mecanismo que enfrentou preconceitos e uma longa discussão com os Tribunais de Contas.

O SUS é o único sistema que consegue discutir uma política durante determinado período de tempo, como o Programa Saúde da Família (PSF), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou o Programa da Farmácia Básica e, após discussão e pactuação, elaborar uma portaria ministerial, permitindo que, dois meses depois, o Ministério da Saúde possa implementá-la.

Imaginem se o Ministério da Saúde tivesse que fazer convênios e *enfrentar* a burocracia, a papelada, a lentidão para a implantação de suas políticas e programas.

O SUS possui esse genial mecanismo, que permite que, na Farmácia Básica, aconteça o que parece ser um contra-senso, a transferência de recursos financeiros dos municípios para os estados. Outras políticas públicas têm dificuldade de implementar seus programas por não existir um sistema operacional que permita o financiamento compartilhado e a cooperação técnica.

Porém, para não apenas tecer elogios ao SUS, mas também problematizar acerca da singularidade da federação brasileira, é preciso discutir outros aspectos deste sistema.

A construção do SUS é um processo histórico que está em curso.

É preciso fazer uma discussão, uma problematização, considerando dois aspectos, um de natureza sistêmica e outro de natureza operacional.

O primeiro ponto é que é necessário migrar da municipalização autárquica para a regionalização cooperativa e solidária, da responsabilização difusa para a inequívoca.

O Brasil é um caso único, único modelo em que houve a descentralização e a municipalização radical.

A municipalização revela um aspecto muito positivo ao levar a política para perto do cidadão, pois isso facilita o controle social. Existem evidentes virtudes no avanço do SUS derivadas deste princípio, mas também há problemas.

Na farmácia básica ou na Atenção Básica, independente do tamanho do município, seja ele de três mil habitantes ou de trezentos mil, devem ser oferecidas atenção básica e assistência farmacêutica de qualidade. E isso é perfeitamente possível de ser concretizado.

A questão, ou o problema, começa quando é introduzido o elemento escala. Coloca-se, portanto, na atenção secundária e terciária, na atenção ambulatorial e hospitalar.

Cidadania e saúde não têm fronteira, não podem ter referência no território. O conceito de cidadania, na sua concepção como um direito, não pode ser submetido a circunstâncias geográficas, pois isso se traduz em uma série de contradições.

É claro o papel do estado neste caso, pois ele deve mediar essa relação dialética, que envolve cooperação e conflitos em relação aos municípios. O Prefeito foi eleito para defender os seus cidadãos; esse é o seu papel, esse é o seu compromisso básico. O conceito de cidadania ultrapassa esse paradigma e é preciso que algum ente faça a arbitragem dos conflitos. O Ministério da Saúde está muito distante para fazer isso; ele vai lidar simultaneamente com diferentes realidades, com várias especificidades (com o Amazonas, com o estado do Acre, com o nordeste brasileiro, etc.), mas não lhe é possível fazer tal mediação.

Organizar o sistema de saúde em Sergipe é um desafio, em São Paulo é outro, na Amazônia já existe uma outra realidade e diversidade. Apenas no espaço regional é possível organizar uma completa rede assistencial.

Poucas capitais possuem uma rede assistencial completa. É preciso erguer a regionalização cooperativa, é preciso fazer uma cadeia de solidariedade de mão dupla. Se, por um lado, não é possível ao pequeno município instalar a alta complexidade, por outro, o maior não pode fechar as suas portas, pois o SUS é universal e ninguém pode ser discriminado por renda, sexo ou endereço. Não há para o SUS cidadão de primeira e segunda classe, o do grande e o do pequeno município.

Esta é uma questão complexa, um desafio, que impõe uma importante função reguladora.

Na Itália, por exemplo, o Estado transfere recursos financeiros para as regiões utilizando critérios de equidade social; existem metas nacionais e um poderoso sistema de avaliação, mas a programação do *como fazer* é realizada no espaço regional.

O desafio é aproveitar as virtudes da descentralização e, superando a regionalização autárquica, erguer uma rede solidária e construir espaços de pactuação, pois o Prefeito da pequena cidade tem a mesma autonomia política que o da capital. A Constituição confere esse direito e o jogo é, portanto, entre iguais. É preciso outro ente para fazer a regulação e a mediação, e aí entra o fundamental papel dos estados.

Uma outra questão a ser enfrentada no País é a grande pulverização da estrutura ambulatorial e hospitalar. Mais de 80% dos hospitais no Brasil têm menos de cem leitos. Essa pulverização foi historicamente criada por emendas parlamentares, por doações internacionais, por questões políticas, etc.

O Prefeito quer ter um mamógrafo, porém não consegue dar manutenção ou atrair os profissionais especializados, o que significa que, em algumas localidades, equipamentos sofisticados acabam sendo subutilizados, enquanto em outras existem grandes demandas por exames que os utilizam.

Outra importante herança do passado é que não temos que *demonizar* as ambulâncias. Uma rede assistencial de qualidade implica também a existência de boas estradas e de um bom sistema de transportes. O Prefeito de um pequeno município precisa ter uma Atenção Básica de qualidade, mas, para as consultas especializadas, é melhor se consorciar com um pólo regional.

O que ocorre atualmente é que escassos recursos estão dispersos em uma rede pulverizada, e é preciso transitar da municipalização autárquica para a regionalização cooperativa.

Outra questão é que é preciso transitar da responsabilização difusa para a inequívoca, pois, do ponto de vista da população, ela precisa saber de quem vai cobrar, e é por isso que é preciso erguer esta solidariedade federativa. A responsabilização inequívoca vai abolir a discussão que ocorre quando faltam medicamentos e fica a dúvida: A responsabilidade é do estado ou dos municípios? Atualmente a população tem uma percepção difusa do SUS, pois as responsabilidades desse sistema, dos seus atores, também são difusas.

O Pacto Federativo original presente na constituição do SUS, na sua raiz, previa que as macrodiretrizes seriam responsabilidade da esfera federal e que as ações seriam descentralizadas para os municípios; os estados ficaram, em decorrência do pacto, no início da década de 90, com certa crise de identidade. As SES, sem saber o seu papel no SUS, sofreram um processo de esvaziamento institucional, com cerca de 50% dos servidores migrando para as Secretarias Municipais. Porém, a própria realidade repôs o papel do estado, pois o originalmente pensado era extremamente secundário. É preciso admitir isso.

A realidade mostrou a necessidade de o estado ter este papel regulador. Lidar com saúde, acima da questão geográfica, é lidar com a cidadania, que está presente no Pacto de Gestão, recentemente assinado. A construção deste Pacto foi muito trabalhosa, derivou de um longo processo de discussão, em que se buscou clarear as competências e as responsabilidades dos diferentes atores.

É necessário se buscar o consenso, qual o papel de cada ente da federação, porque às vezes, na área de medicamentos, em situações de oligopólio, é evidente que é melhor o Ministério da Saúde comprar, pois a escala do estado de São Paulo é uma e a de Alagoas é outra. A logística é diferente, pois os preços são diferentes, dependendo do volume de produtos adquiridos.

Bom senso não faz mal a ninguém. Por exemplo, a construção de protocolos clínicos é tarefa típica do Ministério da Saúde, que tem condição de realizar um intercâmbio internacional com o que de melhor existe no mundo. Enquanto isso, os estados podem erguer um sistema próprio e eficiente de educação permanente; essa é uma tarefa típica dos estados, não possuindo os pequenos municípios estrutura para executá-la.

Sem quebrar o paradigma da municipalização e da regulação, existem ricas experiências que requerem mecanismos de pactuação, e pensar a descentralização tendo uma visão de futuro para o Brasil aponta que estamos em um bom rumo.

O SUS é um grande sucesso, uma grande vitória, mas a população ainda não está totalmente convencida disso, e precisa ser mobilizada.

A massa crítica do SUS tem o dever histórico de não dormir sobre os louros da vitória. É preciso se apropriar desta herança de dezoito anos e politizar o discurso e a ação. Não adianta fazer seminários para nós mesmos, mas é fundamental construir alianças com a sociedade civil, para que, a cada ano, na luta sobre o orçamento, os defensores do SUS não se sintam isolados.

Existe a necessidade de encarar o desafio e superar a visão, o conceito de municipalização autárquica, além dos conflitos que ela produz, porque o cidadão dos pequenos municípios também precisa ser atendido. É necessário, ainda, superar este modelo de municipalização para que todos os atores do SUS, todos os níveis de governo, possam ser cobrados.

É importante se apropriar de um instrumento extremamente rico, este sistema de saúde singular, para o qual todos os atores (Prefeitos, Governadores, Ministros, a academia, as instituições formadoras, as representações sindicais dos trabalhadores da saúde, os trabalhadores, etc.) convergem.

Um longo caminho já foi percorrido pelos defensores do SUS. Agora é só ter criatividade e não se fechar em dogma ou fundamentalismo para que este sistema tenha êxito no futuro.

É necessária esta abertura crítica para que o sonho do futuro seja possível e para que a cidadania seja estabelecida de forma plena e sem fronteiras.

Dilma Vana Rousseff

Ministra-Chefe da Casa Civil da Presidência da República

A questão do Pacto Federativo é, sem dúvida alguma, fundamental, e neste *Fórum Saúde e Democracia* deve ser realizado um rico debate no que diz respeito à universalização do SUS, levando em consideração o estágio atual de desenvolvimento do Brasil.

De fato, o SUS assumiu um caráter de protagonista no processo de universalização, com participação do Estado e grande mobilização da sociedade, o que aconteceu no momento em que esta conquistou certos níveis de produtividade para financiar tal processo.

Essa condição vale tanto para o sistema de saúde quanto para outros sistemas, como educação e infra-estrutura básica (água, luz, telefone e esgoto). Mas é preciso levar em conta que, em países continentais, como o Brasil, os agentes têm papéis diferentes. E, logicamente, o grau de integração e de efetividade passa pela capacidade de gestão e governança.

Da Constituição de 1988 para cá, é fundamental fazer um balanço das conquistas dessa política, que provocou uma mudança de paradigma na área de desenvolvimento

social. Tanto na área de saúde, como na de segurança pública, a proposta de unificar nacionalmente culminou na construção de um novo modelo de universalização, com participação e controle popular.

O Pacto Federativo precisa buscar um papel que estava perdido no Estado, por parte do planejamento das regionais, em que existia um vácuo de ação, sendo desconsiderado o que deveria ter sido seu foco, ou seja, a importância da incidência direta do serviço sobre a população.

Considerando a saúde como um direito de todos, é primordial aumentar a possibilidade de que haja um efeito sinérgico de todas as políticas – sociais, econômicas, etc. – em favor da garantia dessa prioridade.

Esse conceito foi incorporado na Lei Orgânica da Saúde. A questão da universalização dos serviços e ações depende de um ambiente favorável, respeitando a autonomia, mas buscando sinergia com as demais políticas de universalização e inclusão social.

Como exemplo, no governo do Presidente Lula, o Programa Bolsa Família contribuiu para a criação de um ambiente propício às ações do SUS, que ganhou mais espaço de penetração e, ao mesmo tempo, contribuiu para o Bolsa Família. Assim aconteceu também em relação à educação, ao saneamento e outros.

Os dados atuais do Brasil são bastante inspiradores, mas insuficientes. Porém, já é possível identificar o caminho correto a ser seguido para impactar a qualidade de vida da população, através da garantia de um mínimo de renda, que possa criar um vetor que viabilize e potencialize, entre outros processos, o do SUS.

Os números comprovam a significativa redução dos pobres e extremamente pobres, dado que interessa aos militantes do SUS, que também são militantes do desafio que é a inclusão da saúde, para que se possa ter um país com um nível de desenvolvimento sustentável.

Quanto aos avanços do SUS, podem ser destacados, ao longo desses dezoito anos: aumento dos índices de cobertura, com contribuições de governos federais e municipais, para 140 milhões de brasileiros, diferentemente de outros países da América Latina, ainda distantes desse limiar; ações intensivas em alguns tratamentos, como combate à Aids e programas de imunizações (a vacina do rotavírus, por exemplo, com impacto sobre os óbitos infantis); no caso do PSF, quase 80 milhões de pessoas atendidas em casa ou próximo de casa, o que implicou a redução de índices de mortalidade de menores de um ano; continuidade de políticas de governo anteriores exitosas, que foram ampliadas; aumento da quantidade dos recursos repassados dos estados para os municípios na área de atenção básica; ampliação do programa da farmácia popular, além do credenciamento de farmácias privadas para o fornecimento de medicamentos de uso continuado (para hipertensão e diabetes), como programa complementar; ampliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); e implantação do programa “Brasil Sorridente”, com importantes resultados a comemorar.

Voltando ao Pacto Federativo, o Brasil, por ser um país continental, tem uma característica distinta de países como o Chile, por exemplo, que encontrou uma solução mais simples, unificada, de âmbito federal, para o seu sistema, em contraposição à articulação de cadeias de saúde que se fazem necessárias em países com maior dimensão.

Assumir o Pacto Federativo – 50% dos recursos da União e 50% dos estados e municípios – requer um processo de discussão, comprometido com a sustentabilidade dessa política de universalidade, tão exitosa e significativa, em um país continental. Para tanto, é fundamental manter e sustentar o padrão atingido, identificando a linha de expansão do programa financiado pela União. O futuro do SUS depende do Pacto Federativo.

Finalizando, é preciso ressaltar não só a importância da saúde para o governo federal, mas também o compromisso deste com as políticas de saúde.

Mesa redonda

O terceiro setor, a sociedade e os horizontes da saúde no Brasil

Moderador: George Vidor – Jornalista de O Globo

Zilda Arns

Coordenadora Nacional da Pastoral da Criança

A Pastoral da Criança foi fundada há 23 anos, embalada por um grande sonho: o de salvar vidas e ver crianças saudáveis, promovendo a inclusão pelo conhecimento.

A semente desse trabalho foi lançada em maio de 1982, por Dom Paulo Evaristo Arns, Cardeal Arcebispo de São Paulo, e Mr. James Grant, então diretor executivo do Unicef em Genebra, durante debate sobre os problemas da pobreza e a paz no Mundo.

Em setembro de 1983, a Pastoral da Criança iniciava suas atividades no município de Florestópolis, no Paraná, onde houve redução da mortalidade infantil; a experiência se expandiu para Maceió, onde a mortalidade também foi reduzida, sendo que o Unicef mandou, na época, consultores para avaliar a experiência.

O trabalho começou com quatro ações básicas: reidratação oral; acompanhamento da gestante; vigilância nutricional; aleitamento materno e imunização.

Hoje, presente em todo o Brasil, a Pastoral da Criança criou metodologia própria e desenvolveu uma mística de fé e vida, tendo como centro a criança dentro do contexto familiar e comunitário.

O grande desafio era como fazer com que a informação e a solidariedade chegassem em larga escala com pouquíssimo ou nenhum recurso financeiro. O desafio era contribuir para a construção de uma família que soubesse como cuidar bem da saúde das suas crianças, tendo autonomia e sabendo prevenir as doenças.

A base de todo o trabalho da Pastoral da Criança é a comunidade e a família. A pastoral trabalha, em primeiro lugar, com a comunidade, organizando-a. O trabalho é realizado com as lideranças que querem trabalhar com a vida. A Pastoral está presente especialmente nas periferias das grandes cidades e nos bolsões de miséria dos pequenos e médios municípios brasileiros, tanto no meio urbano quanto rural.

Os estados brasileiros que possuem menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) são: Maranhão, Piauí, Pernambuco, Sergipe e Alagoas (0,636 a 0,682).

No Brasil, há 19.767.600 crianças menores de seis anos, das quais 9.607.443 são pobres, ou seja, 48,6% (Indicadores Sociais Municipais, 2000 Brasil. RJ, IBGE, 2002). A meta da Pastoral é acompanhar todas as crianças pobres dependentes de um chefe de família cuja renda é menor ou igual a dois salários mínimos.

Para exemplificar a atuação da Pastoral, serão apresentados dados sobre a situação de abrangência no terceiro trimestre de 2005.

De um total de 9.607.218 crianças menores de seis anos pobres no Brasil (Censo 2000), são acompanhadas 1.884.316, ou seja, 20%. Existem 262 dioceses e 6.380 paróquias com Pastoral da Criança. No país, a Pastoral está presente em 4.058 municípios, ou seja, em sua grande maioria. São acompanhadas 40.970 comunidades por 146.398 líderes comunitários atuantes, existindo também 119.784 outros voluntários na comunidade, ou seja, 266.182 voluntários no total. A média mensal de famílias acompanhadas é de 1.425.126 e, a de gestantes, de 100.004.

A Pastoral trabalha com todas as religiões, todos juntos pela criança, pelo seu desenvolvimento integral, e tem um grande objetivo: a redução da mortalidade infantil.

Segundo os registros, até 06/03/2006, do Sistema de Informação da Pastoral da Criança (FABS), são responsáveis pela mortalidade infantil: as afecções neonatais (41,3%); as doenças no aparelho respiratório (15,8%); as causas maldefinidas (13,1%); a má formação severa (10,5%); a infecção intestinal (9,6%); outras causas (9,7%) (Brasil, 2005).

A evolução histórica de crianças com baixo peso ao nascer, ou seja, que nascem com menos de 2.500 gramas, caiu, nas comunidades com a Pastoral da Criança, de 7,9%, em 1991, para 6,6%, em 2005. A evolução histórica da desnutrição demonstra que ela caiu de 9,1%, em 1991, para 4,2%, em 2005.

O percentual de crianças desnutridas na Pastoral da Criança é maior no estado de Alagoas (6,5%), no Maranhão e Sergipe (6,2%), no Rio Grande do Norte e Pernambuco (5,3%) (2005).

Segundo os nutricionistas, é preciso cuidar da obesidade, que ocorre principalmente por alimentação inadequada, porém, se as Secretarias Municipais de Saúde realizassem pesquisas, provavelmente detectariam um alto percentual de anemia nas crianças de todas as classes sociais.

O gasto mensal por criança desnutrida para a Pastoral, em 2005, foi de R\$1,44 (um real e quarenta e quatro centavos). Em 2004, foi de R\$1,37 (um real e trinta e sete centavos), ou seja, é extremamente baixo.

Como fontes de recursos financeiros entre 10/10/2004 e 30/09/2005, a entidade recebeu: em voluntariado e recursos não monetários, R\$78.462.237,82; em outras fontes de recursos, R\$1.818.177,52; em doação de mercadorias, R\$1.064.966,69; em recursos financeiros captados pelas Associações de Amigos da Pastoral da Criança R\$33.023.700,00. Os recursos recebidos no período totalizaram R\$114.369.082,03.

A Pastoral da Criança recebe apoio nacional e internacional, tanto de entidades ligadas à Igreja, como de órgãos governamentais e não governamentais. Entre as diversas entidades que dão suporte técnico e financeiro para que a Pastoral da Criança possa viabilizar suas ações nas áreas de saúde, nutrição e educação está o Ministério da Saúde, um parceiro de, aproximadamente, 20 anos.

A Pastoral também recebeu doações do ministério da Educação, Banco de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), Gol Linhas Aéreas, Banco HSBC, Vivo e vários outros parceiros (2004/2005).

A partir de 1995, a campanha Criança Esperança, promovida pela Rede Globo/Unicef, passou a ser um novo parceiro, destinando parte dos recursos arrecadados para o Projeto Criança Viva, desenvolvido em todos os estados brasileiros.

Quanto à aplicação dos recursos financeiros, o maior percentual, cerca de 50%, vai para as bases, para o acompanhamento em serviço das ações básicas de saúde, nutrição e educação. Com a capacitação de líderes, treinamento e acompanhamento das equipes de coordenação local, são gastos cerca de 13%. O restante é destinado para despesas operacionais (cerca de 13%), material educativo (cerca de 10%), educação de jovens e adultos (cerca de 3%), entre outros (01/10/2004 e 30/09/2005).

Por que a Pastoral da Criança é bem-sucedida? Para responder a essa pergunta, alguns aspectos devem ser mencionados: a Pastoral possui objetivos bem definidos e 23 anos de fidelidade a eles; trabalha com uma mística de fraternidade, cidadania, promoção humana e auto-estima; possui um sistema que recebe os dados da base e para lá retorna a informação, sendo realizado o acompanhamento trimestral das metas e dos resultados, com conhecimento democratizado. Também é importante mencionar a articulação formal com o governo e a sociedade, sendo que a Pastoral nunca teve como objetivo substituir o serviço público, mas sim contribuir e fazer com que ele funcione bem. Além disso, seu trabalho é realizado de forma inclusiva, supra-religiosa, suprapartidária, supra-racial e congregando todas as classes sociais.

Outros fatores de sucesso que merecem ser mencionados são: a transparência na utilização dos recursos e no uso do sistema de informação; a simplicidade das ações, que podem ser realizadas em larga escala por pessoas com baixa escolaridade; e a seleção de prioridades sob o ponto de vista epidemiológico.

O trabalho da Pastoral é executado principalmente pelas mulheres. Existem atualmente cerca de 150 mil voluntários, dos quais 92% são do sexo feminino. É preciso ressaltar a força das mulheres, que têm uma sensibilidade e uma inteligência difusa, mas também é preciso mencionar que os homens começam a se aproximar cada vez mais desse trabalho.

Em 2000, a Pastoral passou a trabalhar no conceito de ciclo vital, com o método "Ver, Julgar, Agir, Avaliar e Celebrar", ampliando as informações sobre o desenvolvimento integral da criança – desenvolvimento físico, social, mental, espiritual e cognitivo (neuropsicossocial).

Outro aspecto que deve ser ressaltado é que o trabalho desenvolvido é uma experiência inovadora de aproximação para trazer mudanças substanciais à comunidade. A Pastoral acompanha a criança desde o ventre materno até os seis anos em seu ambiente familiar e comunitário.

O trabalho é voluntário, ou seja, é feito com amor. A religiosidade está presente no

trabalho desenvolvido, que tem a capilaridade da Igreja Católica. Aproveita-se a estrutura da igreja para um trabalho inter-religioso, mas predominantemente cristão, pois 90% dos brasileiros são cristãos, 85% são católicos e apenas 7% não têm religião.

A carga de trabalho é compatível com o voluntariado. Cada líder comunitário é responsável, em média, por 12,9 crianças e 0,7 grávidas. O líder mora na comunidade em que trabalha e dedica, em média, 24 horas mensais à Pastoral.

Outra questão importante é a capacidade de enfrentar a enorme rotatividade de agentes voluntários, com a produção de material educativo apropriado em escala muito superior à estritamente necessária, de forma a saturar a estrutura e permitir que os mais pobres tenham acesso. Desde o ano 2000, foram impressos 630 mil Guias do Líder, estando ativos atualmente cerca de 150 mil líderes. Existem equipes de capacitação em número suficiente para preparar os novos agentes, tanto para reposição em comunidades que já têm Pastoral da Criança quanto para ampliação em novas comunidades.

É preciso ressaltar o trabalho desenvolvido em outros países. A ação internacional consiste na transferência de metodologia e no estímulo ao surgimento de experiências semelhantes à brasileira em outros países. São dezesseis os países da América Latina, África e Ásia que conhecem a experiência da Pastoral da Criança no Brasil. Na África: Angola, Guiné-Bissau e Moçambique; na América Latina: Argentina, Bolívia, Honduras, Paraguai, Venezuela, México, Guatemala, República Dominicana, Colômbia, Panamá e Uruguai; na Ásia: Timor Leste e Filipinas.

Também é preciso destacar a ação da Pastoral em outras áreas, como a sua mobilização contra a tuberculose. A Pastoral da Criança integra o grupo Parceria Brasileira pelo Controle da Tuberculose, junto com outras entidades da sociedade civil e o Ministério da Saúde. Seu compromisso é divulgar informações sobre a tuberculose e motivar os líderes comunitários a identificar os sinais da doença, orientando os eventuais portadores a buscar o serviço de saúde.

A mobilização da Pastoral da Criança para eliminação da hanseníase também deve ser enfatizada. O esforço para identificar os casos de hanseníase deve começar na família e na comunidade. É atividade prioritária da Pastoral colaborar, de maneira concentrada e mobilizada, em 130 municípios onde existem muitos casos da doença - acima de 10 casos por cada dez mil habitantes. É necessária a articulação com os programas de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, padres, pastores, Pastoral da Saúde, Associação de Moradores, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN) e, também, com os Conselhos de Saúde, para inclusão da eliminação da hanseníase como prioridade dos estados e municípios.

Os objetivos da educação permanente para o controle social são: dar visibilidade aos direitos e deveres da população em relação aos serviços de saúde e ao controle social; informar sobre recursos aplicados em saúde; fortalecer a crítica construtiva; motivar os cidadãos para o exercício da cidadania e a fiscalização das responsabilidades dos gestores e prestadores de serviços de saúde (Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação

Permanente no Controle Social do SUS, aprovado pelo plenário do CNS na 158ª Reunião Ordinária, dias 14 e 15 de setembro de 2005).

Quanto ao financiamento da educação permanente para o controle social, a partir da aprovação do Pacto pela Vida, do Pacto em Defesa do SUS e do Pacto de Gestão, é preciso incluir o controle social como bloco para repasse de recursos fundo a fundo para as ações de educação permanente.

Antônio Luiz Paranhos Leite de Brito

Presidente da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas

A primeira Santa Casa de Misericórdia do Brasil é a de Santos (SP). Fundada em 1543, há quase 500 anos, tinha a missão voltada para a Promoção da Saúde e Assistência Social.

As dez primeiras Santas Casas fundadas no Brasil foram: Olinda (PE), em 1539 (como não existe documento oficial, Santos é considerada oficialmente a primeira); Salvador (BA), em 1549; Vitória (ES), em 1551; Rio de Janeiro (RJ), em 1553; São Paulo (SP), em 1599; João Pessoa (PB), em 1602; Belém (PA), em 1619; São Luís (MA), em 1657; Campos (RJ), em 1792.

O cenário 463 anos depois é bem diferente. Existem, no país, cerca de 2.100 estabelecimentos de saúde (santas casas e hospitais filantrópicos), dos quais 56% são os únicos hospitais existentes em municípios do interior. Das internações realizadas pelo SUS, em 2005, 39,88% foram nos hospitais filantrópicos, sendo que 64% da receita destes vêm do SUS. O setor filantrópico de saúde gera 450 mil empregos diretos, possui milhares de voluntários e, além disso, conta com a atuação de 140 mil médicos autônomos.

Visando ao fortalecimento institucional, foi criada a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB) há 42 anos, sediada em Brasília (DF). Atualmente, existem 14 (quatorze) Federações Estaduais, localizadas nos seguintes estados: Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraná, Piauí, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo e Tocantins. A maioria das Federações Estaduais está localizada no eixo Sudeste e Sul.

A filantropia tem início com a criação da Lei nº 91, de 28 de agosto de 1935, que determina as regras pelas quais as sociedades são declaradas de utilidade pública, ou seja, começa ainda no governo de Getúlio Vargas.

Entidade filantrópica é aquela sem fins econômicos, ou lucrativos, portadora do certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, concedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS).

Para ser considerada entidade filantrópica, é preciso percorrer um caminho burocrático para a obtenção do certificado de utilidade pública. Filantrópica é uma titulação concedida pelo governo.

O registro é a certidão de nascimento da entidade.

A Utilidade Pública Municipal é concedida pela Câmara de Vereadores, possui prazo determinado, dá direito a benefícios, imunidades e isenções municipais e permite a realização de parcerias com o poder público municipal.

A Utilidade Pública Estadual é concedida pela Assembléia Legislativa, possui prazo determinado, dá direito a benefícios, imunidades e isenções estaduais e permite a realização de parcerias com o poder público estadual.

A Utilidade Pública Federal é concedida pelo Ministério da Justiça, possui prazo indeterminado, dá direito a benefícios federais e a imunidade tributária (Lei nº 91/1935).

O Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEAS), antigo certificado de fins filantrópicos, possui validade de três anos. O certificado é um atestado de idoneidade.

A Inscrição de Entidades Beneficentes e de Assistência Social (assistência social, saúde e educação) é condição essencial para o encaminhamento do pedido de concessão do CEAS e submete as entidades à fiscalização das filantrópicas.

A isenção previdenciária é concedida pela Lei nº 8.212/91.

Para o CEAS/saúde, parágrafo 4º, a instituição de saúde deverá, em substituição ao requisito do inciso VI, ofertar a prestação de todos os seus serviços ao SUS, no percentual mínimo de 60%, e comprovar, anualmente, o mesmo percentual em internações realizadas, medida por paciente-dia, ou ser definida pelo Ministério da Saúde como hospital estratégico, a partir de critérios estabelecidos na forma de decreto específico (Decreto nº 4.327, de 8/08/2002).

As entidades filantrópicas que atuam em outros setores, como a assistência social e a educação, devem comprovar 20% de atendimento; na saúde, esse percentual é bem maior.

A lei preconiza 60% dos atendimentos, ou que seja estratégico, mas o Ministério da Saúde não tem a definição do que seja considerado estratégico. Quem define é o gestor municipal.

Quanto aos programas de governo e a filantropia, é preciso enfatizar que o setor tem tido uma participação muito importante na saúde (na contratualização, no Programa Saúde da Família – PSF, no Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, na farmácia popular, etc.) e nas Organizações Sociais (OS).

Quanto à contratualização, para participar de um novo modelo de gestão de serviços, é preciso que esse procedimento seja realizado e que o governo defina claramente as suas regras. É preciso discutir a contratualização com a participação do CONASS e do Conasems.

O cenário da filantropia no Brasil revela que existe um total de 16.724 entidades beneficentes de assistência social, sendo 9.028 registradas e 7.696 registradas e filantrópicas (Dezembro/2005).

Considerando as áreas de atuação, de um total de 7.696 entidades, 5.363 (69,7%) estão voltadas para a assistência social; 1.213 (15,8%), para a saúde; 866 (11,2%), para a educação; 254 (3,3%), para outras atividades. (Dezembro/2005).

Considerando as entidades beneficentes de assistência social por região, 4.410 estão na Sudeste, 1.728 na Sul, 846 na Nordeste, 506 na Centro-oeste e 136 na Norte. Portanto, como se pode observar, a maioria das entidades não está localizada nas regiões mais pobres do país.

Os estados contemplados com maior número de entidades beneficentes de assistência social são: São Paulo (2.527), Minas Gerais (1.221), Paraná (773), Rio Grande do Sul (659), Rio de Janeiro (525), Santa Catarina (366) e Bahia (242). Santa Catarina tem uma característica peculiar, pois 90% das entidades localizam-se no interior.

O número de entidades filantrópicas cresceu de 6.822, em 2003, para 7.051, em 2004, chegando a 7.696, em 2005.

A situação atual no setor filantrópico de saúde pode ser caracterizada como sendo de crise.

A crise no setor filantrópico pode ser atribuída a vários fatores. O primeiro está vinculado ao financiamento ou à Tabela SUS, item que será abordado posteriormente.

Outros fatores geradores da crise são a considerável queda nas doações de pessoas físicas e jurídicas e a relação de confronto entre alguns provedores e dirigentes de Santas Casas e Hospitais com gestores municipais e estaduais.

A necessidade de uma gestão profissionalizada e contínua, com mudança de foco de gerenciamento de crise *versus* de oportunidade, é uma questão que deve ser enfrentada.

A obrigação legal de atender, no mínimo, 60% de SUS para ser filantrópico, mantendo as isenções e demais vantagens da filantropia, também é um desafio, pois, considerando a necessidade de redução de custos, não é possível que as entidades filantrópicas arquem com despesas como o pagamento de água e de luz.

As filantrópicas fizeram a opção pela saúde suplementar e esse cenário mostra-se desfavorável, consistindo em outro fator gerador da crise.

Quanto ao financiamento do setor filantrópico, é preciso enfatizar o aumento no custo inflacionário *versus* a defasagem na receita oriunda da tabela SUS. A principal agravante do custo é a defasagem acumulada, a partir do plano real, ou seja, desde julho de 1994: a tabela SUS (37,30%), a inflação dos hospitais (366,60%), a gasolina (493,84%), a energia elétrica (547,04%), as comunicações (616,14%), a água (523,99%), o gás de cozinha (612,75%) e o transporte urbano (587,61%). (Variação até agosto de 2005).

Os preços praticados pelo SUS estão bastante defasados, o que pode ser comprovado pelo demonstrativo que compara os custos reais de alguns procedimentos (custo R\$) *versus* o custo SUS (SUS R\$). Alguns exemplos são: consulta básica adulto (R\$18,37 *versus* SUS R\$2,04); consulta em especialidade adulto (R\$18,37 *versus* SUS R\$7,55); emergência obstétrica (R\$31,85 *versus* SUS R\$5,50); urgência/emergência

pediátrica (R\$46,44 *versus* SUS R\$18,04); raio x simples (tórax PA) (R\$32,36 *versus* SUS R\$ 4,91); diária UTI (R\$ 955,61 *versus* SUS R\$213,71).

O principal pleito realizado junto ao governo foi a suplementação orçamentária para 2005, na importância de R\$200 milhões, sendo que houve um aporte de R\$80.000.000 em janeiro de 2006. Outra reivindicação foi a garantia de recursos no orçamento de 2006 que possibilitem o início da adequação das tabelas de preços do SUS, no mínimo em 40%, em média, com vigência a partir de 1º de janeiro de 2006.

A criação de nova linha de crédito do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) para capital de giro das Santas Casas e hospitais filantrópicos, com juros subsidiados pelo segmento (1/2 TJLP), é outra reivindicação, assim como a edição de Medida Provisória dispondo sobre o parcelamento de débitos previdenciários das Santas Casas e hospitais sem fins lucrativos.

Também está sendo reivindicada a revisão da legislação, para se permitir dedução do Imposto de Renda (IR) para doação de pessoas físicas e jurídicas, nos mesmos moldes do FMDCA e da Lei Rouanet.

É preciso ressaltar que a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB) apóia o Movimento Nacional da Frente Parlamentar da Saúde, juntamente com o CONASS e o CONASEMS, pela recomposição do orçamento 2006 e regulamentação da Emenda Constitucional no 29.

A atuação do terceiro setor é importante para o fortalecimento do SUS e para o desenvolvimento social brasileiro e, se existem problemas, precisam ser resolvidos conjuntamente, sejam eles relacionados ao financiamento ou a qualquer outra questão.

Ela Wiecko Volkmer de Castilho

Subprocuradora-Geral da República e Procuradora Federal dos Direitos do Cidadão

Em nome do Procurador-Geral da República, Ela Wiecko Volkmer de Castilho expressa o posicionamento brasileiro, tanto do Ministério Público Federal (MPF) como do Ministério Público Estadual (MPE), em relação ao direito à saúde, abordando a atuação do Ministério Público (MP) na construção da política institucional em defesa desse direito.

No início dos anos 90, o Ministério Público, envolvido com a temática da saúde e, especificamente, com o SUS, instaurou um inquérito civil para apurar desvios de recursos financeiros e, a partir daí, a parceria se efetivou. Foram qualificados membros do Ministério Público Federal, capacitados para *entender* o SUS e seus problemas e participar de comissões do Ministério da Saúde. Houve, inclusive, em algumas cidades, a criação de núcleos especializados, tendo os Procuradores da República representação na matéria.

De 2003 até os dias de hoje, foi possível constatar que as demandas relativas à saúde estão em primeiro lugar, antes da educação ou de questões como deficiência física e discriminação racial. Não existe uma estatística dos temas que se apresentaram, mas o

certo é que o perfil das demandas é no sentido de cobrar acesso à saúde e qualidade dos serviços prestados.

Em segundo lugar, aparecem as representações sobre a utilização irregular do sistema de saúde. O Ministério Público tem o poder de usar a lei penal, e isso lhe confere uma força muito grande. Porém, o MP não quer exercer uma ação apenas reativa, mas agir também de forma pró-ativa, não se pautando unicamente pela demanda por leis, para que possa ir além, fazendo um diagnóstico efetivo da situação.

Há um *deficit* de cidadania que obriga o MP a trabalhar de forma seletiva, priorizando as questões coletivas em detrimento das individuais. Entretanto, a Constituição defende a compatibilização das demandas individuais de natureza indisponível que são indicadores de deficiências nos serviços, delas extraíndo a dimensão coletiva.

Em agosto de 2004, um mês após ter havido a acusação de *judicialização* numa reunião do CONASS, na qual estava presente um grupo de procuradores, foi criado um grupo de trabalho intensificando a atuação do MP na defesa dos direitos à saúde. A proposta era de coletar subsídios que permitissem uma ação integrada e direcionada para duas questões: financiamento do SUS e medicamentos excepcionais de alto custo. Após um ano, o resultado do trabalho foi a produção de um manual de saúde, contendo informações e sugestões, dirigido especificamente aos Procuradores da República.

Esse manual expressava o consenso de que a demanda judicial por medicamentos excepcionais precisaria estar respaldada em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas aprovadas pelo Ministério da Saúde. O MP era considerado o vilão, como se fosse o autor das ações judiciais. No entanto, são os próprios médicos que prescrevem os medicamentos, o que leva à conclusão de que o poder público deve se organizar melhor.

Na verdade, existe um grande desconforto do MP diante dos desvios e das fraudes, já que este órgão preza, acima de tudo, a ordem jurídica. Algumas questões podem ser interpretadas pela Constituição; em outros casos, não se pode dar um *jeitinho* na lei; a solução é enquadrar-se nela ou mudá-la, para não perder a referência.

Como agravante, há uma indefinição com relação aos papéis dos gestores, além de conflitos entre o Ministério Público Federal (MPF) e o Ministério Público Estadual (MPE), o que demanda, de forma conjunta, superar a falta de definição de responsabilidades.

Como a política pública nem sempre *dá conta* da diversidade cultural, cabe ao MP, comprometido com programas de combate ao racismo e de proteção à mulher, dentre outros, ficar atento às negligências e injustiças do sistema.

Finalmente, o MP é um parceiro constante da administração pública e da sociedade civil, fiel aos princípios fundamentais da universalidade, integralidade e equidade, preconizados pela Constituição.

Num futuro próximo, espera-se que o SUS se aprimore na definição de responsabilidades e atue tão bem que os instrumentos de controle interno e social sejam suficientes, de forma a não haver necessidade de intervenção do Ministério Público, na esfera judicial.

Mesa redonda

A reforma sanitária: o desafio do futuro

Moderador: George Vidor – Jornalista

Gastão Wagner de Souza Campos

Professor da Universidade de Campinas (Unicamp)

Este debate se propõe à defesa de uma política pública de saúde bastante generosa, que é o SUS, ao mesmo tempo em que abre o desafio para uma postura reflexiva sobre as dificuldades deste sistema, que é parte da solução dos problemas sociais brasileiros. Por isso, citando Paulo Leminsky, os problemas do SUS podem ser definidos com a frase do poeta: *os problemas das nossas soluções*.

Ao compor a mesa cujo tema é *A reforma da reforma*, é preciso salientar a importância de se reinventar o SUS, repensando seus problemas com criatividade, para chegar a soluções que o consolidem verdadeiramente. É preciso fazer uma reflexão crítica para enxergar que a reforma do SUS foi incompleta, pois *ficamos no meio do caminho*.

A história do SUS sempre foi acompanhada de grandes desafios, a começar pela implantação de uma política pública inovadora no apogeu do pensamento neoliberal, enquanto o socialismo e a intervenção do Estado na economia entravam em crise. Além disso, as reformas das políticas públicas dos países que antecederam o Brasil não foram bem-sucedidas e a reprodução do modelo norte-americano no País era completamente equivocada, com um sistema fragmentado, mas centralizado em hospitais.

Acima de tudo, era preciso enfrentar o desafio da conscientização de que o mercado sozinho não defendia a vida humana; haveria que se lutar pela criação de um sistema de saúde equitativo e universal, vencendo os obstáculos próprios da política brasileira.

Assim como o SUS precisa ser pensado dentro do contexto mundial da globalização, é necessário que seja, sobretudo, repensado pelos gestores, profissionais da saúde, terceiro setor e usuários, para se ter real ciência sobre o que está sendo feito com ele e por ele.

Há que se admitir que a crise do SUS é alimentada por dificuldades que serão relacionadas, a seguir, pelo viés da problemática das políticas de saúde vigentes, incapazes de viabilizar e dar sustentabilidade ao sistema.

Insuficiência de financiamento

Devido à falta de recursos financeiros, a atenção primária cresceu pouco. O Programa Saúde da Família atinge atualmente cerca de 40% de cobertura, quando deveria atingir entre 70% a 80%, e, além disso, apresenta baixa qualidade.

Agravou-se o problema de eficácia e eficiência, já que se gasta mais do que se tem; acentuou-se a irresponsabilidade fiscal, canalizando para a dívida externa recursos sem limite de controle, que poderiam ser aplicados segundo uma nova racionalidade de distribuição de renda; o planejamento integrado é quase virtual e o sistema de rede é fragmentado.

Existe um desencanto ou ceticismo da sociedade brasileira, reforçado pela incapacidade dos gestores de transmitir credibilidade, ao invés de utopia. Para que uma legítima confiança no sistema seja conquistada, é fundamental repensar a sua sustentabilidade, lutar pela Emenda no 29 e ampliar o financiamento do SUS junto ao governo federal, intensificando o discurso pela *redistribuição de renda já*.

Política de saúde e utilização dos recursos financeiros

Existem muitos problemas na utilização e gerenciamento dos recursos, agravados pela apropriação privada do dinheiro público, criação de emendas constitucionais, desvio de verbas para compras superfaturadas, caixa dois, etc.

A ampliação do financiamento só se traduzirá em benefícios reais para o sistema se houver uma reorganização no modelo de repasses de recursos - do Ministério da Saúde para os estados e destes para os municípios, que os passam finalmente para os serviços -, com contratos de gestão mais equilibrados, homogêneos e transparentes.

Sustentabilidade do SUS

Apesar de o SUS ter inovado com o conceito de descentralização, de gestão participativa, algumas questões encontram-se defasadas, demandando uma mudança de paradigma.

A sustentabilidade política e econômica do SUS depende de uma adaptação no modelo da atenção primária, com priorização da atenção, autocuidado e redefinição do papel dos hospitais, possibilitando maior autonomia financeira para garantir a universalidade.

Cobertura do Programa Saúde da Família (PSF)

O Programa Saúde da Família começou em 1994 e possui baixa resolutividade, atingindo apenas 44% de cobertura populacional. É preciso elevar esses números, priorizando prevenção e saúde coletiva, sem abandonar a saúde clínica e aproveitando as equipes de saúde da família já montadas.

Responsabilidade sanitária

Depende de uma luta política e cultural, que vai resultar no aumento da satisfação dos funcionários de saúde e da população. Exige, na prática, uma definição clara dos contratos de gestão, coordenação pelas SES na forma de co-gestão, microrresponsabilidade e macrorresponsabilidade sanitária, com a criação de comissões bipartites regionais e microrregionais.

Modelo de gestão

É fundamental uma mudança no modelo de gestão, conservando, contudo, o que ele tem de bom. É necessário mudar as relações com o contratado, saindo da compra de serviços para os contratos de gestão com co-participação e, também, com o modelo burocrático da administração direta, que foi *importado* para os hospitais e não oferece a menor agilidade e eficiência, para que, terceirizado, possa funcionar melhor. Para tanto, é necessário, respeitando a autonomia dos municípios, repensar a Lei Orgânica da Saúde, envolvendo de forma mais contundente os estados e a União.

Uma grande vantagem do SUS foi estabelecer uma conexão com o setor público/privado muito inovadora e profícua.

Relação do SUS com o mercado

As ligações com estatais, entidades filantrópicas e Organizações não Governamentais (ONGs), o controle social, a incorporação de tecnologia, tudo isso é muito novo na administração do SUS e precisa ser rediscutido.

Finalizando, é preciso ressaltar que trabalhar essas sete diretrizes é investir na defesa da vida. Somente se a sociedade colocar isso como um valor, acima de tudo, políticas públicas de saúde serão criadas, constituindo um meio poderoso de atender, indistintamente, a todos, para garantir a vida.

Eugênio Vilaça Mendes

Consultor da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política muito jovem; tem apenas uma década e meia de existência.

Quanto à estrutura e produção do SUS, em 2004, alguns números podem ser ressaltados, como, por exemplo: o número de hospitais contratados (6.800); de internações (12.046.255); de equipes de saúde da família (21.500); de agentes comunitários de saúde (195.500); de consultas médicas (624.989.424); de exames de patologia clínica

(287.826.616); de doses de vacinas (139.836.973); de quimioterapias (1.337.100); de transplantes (23.400); etc. (Ministério da Saúde, 2005).

Alguns indicadores epidemiológicos apresentaram evolução positiva no período de 1995 a 2003. Entre eles: o aumento da esperança de vida ao nascer (geral, em anos), de 67,22 para 69,27; a queda na mortalidade infantil (óbitos em 1 ano por 1.000 nascidos vivos), de 37,50 para 25,06; a mortalidade proporcional por doença diarreica aguda em menores de cinco anos (% óbitos), de 8,27 para 4,44; a queda na taxa de incidência de tuberculose (casos por 100.000 habitantes), de 58,41 para 40,76; a redução na taxa de prevalência de hanseníase (casos por 10.000 habitantes), de 5,43 para 4,37; e também a redução do índice CPO-D aos 12 anos (número médio de dentes cariados, perdidos e obturados, por escolar examinado), de 3,06 para 2,80. (RIPSA, OPAS/MS – IDB, 1997 e 2004).

A proporção de pessoas que auto-avaliaram seu estado de saúde como ruim e muito ruim, por idade, caiu entre 1998 a 2003 especialmente nas de maior faixa etária. Nas com 50 a 64 anos, de 10,2% para 8,5%, e nas acima de 65 anos, de 18,3% para 15,0%.

A proporção de pessoas que referiram ter serviço de saúde de uso regular por classe de rendimento familiar mensal cresceu no período de 1998 a 2003, especialmente entre os mais pobres. No total, passou de 71,2% para 79,3%, sendo de 69,2% para 79,2% para os que recebem até cinco Salários Mínimos (SM); de 73,9% para 79,8% para os que recebem de cinco até 20 SM; e de 79,1% para 81,5% para os que recebem acima de 20 SM.

Existe, portanto, muito a comemorar.

O tema da mesa é *A reforma na reforma sanitária: o desafio do futuro* e, para discuti-lo, é preciso considerar algumas questões. A primeira é o dilema seminal: universalização ou segmentação? Também é preciso considerar a reforma do modelo de gestão do SUS, da municipalização autárquica para a regionalização cooperativa; a reforma do modelo de atenção do SUS, do modelo fragmentado para as redes integradas de atenção à saúde; e, além disso, não se pode esquecer de que existe o desafio político.

O dilema seminal é: Que SUS será construído no país? Qual o SUS do futuro e para onde caminhamos? Estamos caminhando para uma segmentação, em que o SUS seria um sistema para os pobres?

Existem, basicamente, dois modelos: o sistema público universal, do qual Canadá e Dinamarca são bons exemplos, e o sistema segmentado, cujo exemplo típico são os Estados Unidos.

É preciso considerar que a política de saúde é muito cara e os gastos sanitários nos países da OECD comprovam isso. Em 2002, o gasto total foi de 2,7US\$ trilhões, sendo que o gasto sanitário representou 8,5% do Produto Interno Bruto (PIB). A projeção é de que, em 2020, seja de 10,0US\$ trilhões e represente 16,0% do PIB. (*Pricewaterhousecooper's Health Research Institute – Healthcast 2020*, 2006).

Os determinantes do incremento de custos dos sistemas de serviços de saúde são a inflação econômica (42%), o volume e a intensidade dos procedimentos clínicos (32%), a inflação médica (17%) e o envelhecimento da população (9%). (EDDY, 1993).

É preciso ressaltar o desafio demográfico no Brasil, com o alargamento da pirâmide populacional, devido ao crescimento da população com sessenta anos ou mais.

A comparação dos gastos sanitários em alguns países, em anos próximos a 2002, demonstra que a Argentina teve como gasto sanitário total em dólares internacionais 238, o que corresponde a 7,9% do gasto sanitário total do PIB, a 4,5% do gasto sanitário público do PIB e a 50,2% do gasto sanitário total.

O Canadá teve como gasto sanitário total em dólares internacionais 2.222, o que corresponde a 9,6% do gasto sanitário total do PIB, a 6,7% do gasto sanitário público do PIB e a 69,9% do gasto sanitário público total. Portugal e Reino Unido tiveram, respectivamente, como gasto sanitário público, em percentual do gasto sanitário total, 70,6 e 83,4.

O Brasil teve como gasto sanitário total em dólares internacionais 206, o que corresponde a 7,9% do gasto sanitário total do PIB, a 3,6% do gasto sanitário público do PIB e a 45,9% do gasto sanitário público total. (*World Health Organization – Health Systems Statistics*, 2005).

Para o desenvolvimento de um sistema público universal, é preciso gastar mais, cerca de 70%. Sendo assim, a resposta quanto à questão de que SUS teremos pode ser respondida pelo financiamento existente ou pelo proposto.

Os gastos do SUS por entes federativos demonstram um decréscimo na participação da União de 75,00%, em 1980, para 49,50%, em 2004. Por outro lado, cresceu a participação dos estados, de 17,80% para 24,80%, e também a dos municípios, de 7,20% para 25,70%. (BARROS, PIOLA & VIANNA (1996); SIOPS/MS).

O segundo ponto já mencionado é a mudança do modelo da municipalização autárquica para a regionalização cooperativa. (PESTANA & MENDES, 2004).

O modelo da municipalização autárquica apresenta as seguintes características: possui o foco na oferta, o comando único da oferta territorial, o dinheiro segue o gestor, a responsabilização difusa e a fragmentação dos serviços. Já o modelo da regionalização cooperativa possui o foco na demanda, o comando único da saúde do cidadão, o dinheiro segue o cidadão, a responsabilização inequívoca e a integração regional. (PESTANA & MENDES, 2004).

Outro aspecto a ser discutido é a reforma do modelo de atenção à saúde do SUS, do modelo de atenção voltado para a atenção às condições agudas para o voltado para a atenção às condições crônicas. (MENDES, 2005).

A carga da doença no Brasil por grupos de causas, em 1998, foi a seguinte: doenças não transmissíveis, 66,2%; infecciosas, parasitárias e desnutrição, 14,8%; causas externas, 10,2%; condições maternas e perinatais, 8,8%. (SCHRAMM et al., 2004). A taxa de mortalidade por doenças crônicas é atualmente uma verdadeira epidemia oculta.

Como característica e conseqüências do modelo de atenção à saúde voltado às condições agudas podem ser ressaltadas a fragmentação do SUS, a questão da efetividade, as ineficiências por deseconomias de escala e a baixa qualidade dos serviços. (MENDES, 2001).

Um exemplo de baixa eficiência é a rede hospitalar no SUS, na qual, de um total de 6.854 unidades, 39% (2.659) possuem até 30 leitos; 22% (1.507), de 31 a 50; 21% (1.435), de 51 a 100; 12% (813), de 101 a 200; e apenas 7% (440), acima de 201 leitos.

A reforma do modelo de atenção significa superar um modelo fragmentado, com a construção das redes integradas de atenção à saúde. É preciso repensar as formas de organização do SUS, promovendo a integração horizontal e vertical e o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS). (MENDES, 2005).

A integração horizontal das redes de atenção à saúde implica a necessidade das fusões, a construção de alianças estratégicas e as conversões. (MENDES, 2005).

Também é preciso promover a integração vertical das redes de atenção à saúde, com a implementação do cartão de identificação dos usuários, dos prontuários eletrônicos, das Centrais de Regulação e dos sistemas de transportes sanitários. (MENDES, 2005).

O centro de comunicação dessas redes deve ser a Atenção Primária à Saúde (APS). Existem fortes evidências nesse sentido, como a clássica pesquisa de Bárbara Starfield, em 1992, que realiza a mensuração do *ranking* médio de satisfação dos usuários considerando os gastos *per capita*, medicação *per capita* e quatorze indicadores de níveis de saúde. Os resultados apontam que os países que possuem um modelo de atenção organizado a partir da APS, como Reino Unido e Canadá, são aqueles que apresentam os melhores resultados neste *ranking*.

Quanto à Atenção Básica, é importante mencionar o aumento do número de equipes do Programa Saúde da Família (PSF), que cresceu de 328, em 1994, para 25.000, em 2005.

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial no SUS, em 2001, revelam que, de um total de 12.438.151 internações hospitalares, 3.556.088 foram por condições sensíveis à atenção ambulatorial, cuja porcentagem, excluídos os partos, foi de 35,7%. O custo dessas internações foi de R\$1,04 bilhão. (ALFRADIQUE & MENDES, 2002).

O desafio político para o SUS, além da saúde, é a acumulação do capital humano e social, a repolitização da saúde e a implementação do SUS como política de Estado. (MENDES, 2005).

Como reflexão final, é preciso lembrar que "políticas exclusivas para os pobres são políticas pobres". (LORD BEVERIDGE, 1942).

Paulo Marchiori Buss**Presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)**

A Reforma Sanitária é um dos mais importantes processos político-sociais e técnicos que ocorreram no País nas últimas décadas. Perguntar-se pela reforma da reforma implica analisar o presente (a situação de saúde e do sistema de saúde) e fazer uma prospecção adequada do futuro. São fatores importantes a considerar: a dinâmica social e os determinantes da saúde; a dinâmica populacional e territorial; a dinâmica política, englobando as políticas sociais e de saúde; e, por fim, a dinâmica da saúde, com seus avanços e iniquidades.

Quanto à dinâmica populacional, há uma queda expressiva da natalidade e da fecundidade. Em 2025, o país já estará com a chamada taxa de reposição; porém, essa redução na velocidade do crescimento populacional apresenta diferenças em razão do território e da classe social. Outro aspecto importante é o aumento significativo na proporção de idosos com sessenta e cinco anos ou mais, atualmente cerca de 9% da população. Também é importante mencionar a urbanização da população, com concentração nas periferias de regiões metropolitanas e cidades médias do interior, e a redução no número absoluto da população rural.

A gravidez na adolescência é outro fenômeno a ser considerado. Um parto em cada cinco ocorre entre adolescentes (menores de 20 anos). A razão entre os sexos, ou a sobre-mortalidade masculina na adolescência até os 60 anos, para mulheres é de 58% e para os homens 42% da população, fenômeno só observado em tempos de guerra.

Quanto à dinâmica territorial, a distribuição da população por categorias de municípios revela a proliferação de pequenos municípios. Existem, no Brasil, 5.560 municípios e 5 macrorregiões. Desses, 1.359 (24,4%) possuem até 5.000 habitantes; 2.631 (47,4%), de 5.001 a 20.000 habitantes; 1.317 (23,7%), de 20.001 a 100 mil habitantes; 219 (3,9%), de 100 a 500 mil habitantes; e apenas 34 possuem acima de 500 mil habitantes. Ou seja, mais de 50% dos municípios possuem menos de vinte mil habitantes.

Existem, no país, 557 microrregiões, com o surgimento de "minimetrópoles" no interior, com concentração de serviços.

Também é preciso considerar a existência de situações especiais, como a Amazônia, as zonas rurais e as populações com acesso dificultado aos serviços de saúde.

Em relação à dinâmica social, é preciso ressaltar a existência de uma pobreza irreduzível, embora com uma certa melhora, e de uma mesma elite que há 500 anos se apropria da riqueza nacional, o que é inaceitável. O País também apresenta grande concentração de renda, baixa mobilidade social, desemprego e subemprego.

Quanto à educação, o acesso melhora na idade escolar, mas a evasão continua elevada. Além disso, há uma prevalência muito alta e inaceitável de analfabetismo na população adulta, o que causa repercussões importantes, inclusive na área da saúde.

Quanto aos determinantes da saúde, é preciso considerar que alguns são biológicos ou estão sob maior controle do indivíduo (por exemplo, certas condutas individuais); outros, de abrangência coletiva, são dependentes de políticas públicas e das condições políticas, econômicas, sociais, culturais e ambientais existentes. Para promover saúde, deve-se atuar sobre o universo de seus determinantes, sejam pessoais ou não pessoais.

A saúde é influenciada pela biologia humana, pelo ambiente, pelos estilos de vida e pelo acesso aos serviços de saúde. Quanto à influência de diferentes fatores de risco de morte, grande parcela está relacionada com o estilo de vida (51%); 18% estão relacionados ao ambiente; 20%, ao biológico; 10%, ao acesso à assistência médica.

Um aspecto importante a ser considerado e que precisa ser aproveitado é a atual valorização da saúde, com a presença massiva dessa questão na mídia, em revistas, jornais e televisão.

O tema saúde aparece com elevada menção em inquéritos de opinião e tem uma presença importante na agenda política. Isso é especialmente relevante, principalmente neste momento eleitoral, em que está sendo realizado este evento.

A principal questão da saúde no Brasil, a ser enfrentada, são as iniquidades nas condições sociais e de saúde e no acesso aos serviços sociais e de saúde. Há um padrão nacional, modulado localmente nos diferentes territórios. Entender a lógica das iniquidades contribui para superá-las, principalmente com políticas públicas sociais e de saúde, mas sem prescindir do esforço de toda a sociedade.

Quanto à saúde e a busca da equidade, dois conceitos devem ser enfatizados. *Iniquidades em saúde* entre grupos e indivíduos são as desigualdades de saúde que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias (Margareth Whitehead). *Equidade na saúde* pode ser definida como ausência de diferenças injustas, evitáveis ou remediáveis na saúde de populações ou grupos definidos com critérios sociais, econômicos, demográficos ou geográficos.

A evolução da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) no Brasil revela uma queda de aproximadamente 150 (nascidos vivos por mil), em 1940, para cerca de 29,7, em 2001. No entanto, quando são considerados alguns aspectos, as diferenças da mortalidade infantil são impressionantes, como, por exemplo, anos de estudo da mãe (mães com até 3 anos de estudo, 40; mães com 8 ou mais anos, 17), situação de domicílio (rural, 35; urbano, 27) e unidade da federação (Alagoas, 65; Rio Grande do Sul, 16).

As iniquidades, considerando saúde e renda, também são assustadoras. A Taxa de Mortalidade Infantil segundo a renda familiar, em 2000, para os 20% mais ricos, foi de 15,8 e, para os 20% mais pobres, de 34,9. A média brasileira é 30,1. (IBGE, cruzamento feito por Celso Simões, a partir de dados do Censo 2000).

As iniquidades em saúde, considerando as diferentes regiões brasileiras, também são elevadas. As taxas de mortalidade neonatal (até 27 dias) e pós-neonatal (de 28 a 364 dias) por região em 2002 revelam que, no País, esses indicadores foram, respectivamente, de 18,2 e 9,6. Na Região Centro-oeste, são 14,0 e 6,5; na Nordeste, 24,6 e 16,9; na Norte, 17,5 e 10,2; na Sudeste, 14,0 e 6,1; na Sul, 11,8 e 6,1.

A Taxa de Mortalidade Infantil, segundo raça/cor da mãe (2000), também é inaceitável. Para mães brancas, é de 22,9; para mães negras, de 38,0; para as índias, de 94,0. (Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento – PNUD Brasil, Atlas Racial Brasileiro 2004 e FUNASA).

Outra questão importante é a verdadeira epidemia moderna das mortes violentas em adolescentes de 12 a 19 anos. A cada ano, quase 14 mil adolescentes são vítimas fatais da violência no Brasil (11.897 homens e 2.072 mulheres). Entre os adolescentes, as maiores vítimas, cerca de 6.000, são os meninos negros. (Estatísticas de Registro Civil, 2002).

Quanto ao saneamento básico no Brasil, 83% dos domicílios urbanos e apenas 25% dos rurais recebem água da rede geral, sendo que existem problemas desde o abastecimento, que podem gerar a contaminação; 70% dos domicílios têm esgoto, mas apenas 35% deles são coletados e tratados; 80% têm lixo coletado, mas 60% deste possui destino final inadequado; além disso, existe uma profunda desigualdade entre as regiões. (IBGE, PNAD 2004).

Ainda quanto ao saneamento básico, o percentual da população sem acesso à água potável, em 2002, foi de 12,8%. Considerando, porém, a raça, foi de 20,7% para a negra e 6,1% para a branca; os anos de estudo, 23,2% para menos de um ano de estudo e 2,9% com oito ou mais anos de estudo; o estado, 48,2% no Piauí e 1% em São Paulo; a renda, 34,8% para os pobres e 0,5% para os ricos. Esse diferencial é inaceitável e significa doenças em estado absolutamente bruto. (IBGE, PNAD 2004).

A população sem acesso a esgotamento sanitário adequado, em 2002, foi de 34,4%. Considerando, porém, a raça, foi de 45,5% para a população negra e 24,8% para a branca; os anos de estudo, 48,7% para a população com menos de um ano de estudo e 17,4% para a com oito ou mais anos de estudo; a localização geográfica, 83,5% no Mato Grosso do Sul e 2,9% no Distrito Federal; a renda, 64,2% para os pobres e 8,4% para os ricos. (IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2004).

O percentual de domicílios que contam com coleta de lixo também varia entre as regiões. No Brasil, em 2004, foi de 85,8%; na Região Norte urbana, 89,1%; na Nordeste, 69,8%; na Sudeste 94,2%; na Sul, 87,4% e na Centro-oeste 86,8%.

As diferenças nas taxas de mortalidade infantil por condições de saneamento, segundo as grandes regiões, no período de 1995/1999, são consideráveis. Enquanto no Brasil, em condições de saneamento adequado, foi 32,5, no Nordeste, com água adequada e esgoto inadequado, foi 71,9; já em condições inadequadas de água e esgoto, 95,0. No Sul, para condições de saneamento adequado, 27,8; com água adequada e esgoto inadequado, 37,4%; em condições inadequadas de água e esgoto, 54,2. (IBGE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD).

Quanto à utilização dos serviços de saúde, a PNAD 2003 apontou que ainda existiam no Brasil importantes limitações de acesso aos serviços de saúde. No entanto, mostrou também que, entre 1998 e 2003, houve melhora expressiva em vários dos indicadores de acesso analisados. (IBGE, Suplemento Saúde PNAD 2003).

Ainda quanto à utilização dos serviços de saúde, 79,3% (139,5 milhões de habitantes) possuíam, em 2003, um serviço de saúde de uso regular, contra 71,2%, em 1998. A utilização de postos ou centros de saúde cresceu expressivamente entre 1998 e 2003, passando de 41,8% para 52,4%, e é maior entre menores de 19 anos, do sexo feminino e com renda baixa. Procuram postos ou centros de saúde, 52,4% da população; consultórios particulares, 18%; ambulatórios de hospitais, 16,9%; pronto-socorro ou emergência, 5,8%; ambulatório ou consultório de clínicas, 4,4%; farmácia, 1,4%. (IBGE, Suplemento Saúde PNAD 2003).

O financiamento dos serviços de saúde revela que 57,2% dos atendimentos foram financiados pelo SUS e 26,0% com a participação integral ou parcial de planos de saúde. Em 14,8% dos casos, houve desembolso direto para pagamento do atendimento. Em assistência odontológica, as proporções são respectivamente: 30,7%, 16,2% e 48,2%. Considerando a última internação no ano, 67,6% foram financiadas pelo SUS e 24,3% tiveram participação integral ou parcial do plano de saúde no seu financiamento. (IBGE, Suplemento Saúde PNAD 2003).

É preciso considerar as iniquidades no uso dos serviços de saúde. Entre 1998 e 2003, houve aumento da proporção de pessoas que realizaram pelo menos uma consulta médica no ano que antecedeu a pesquisa, passando de 54,7% para 62,8%. Apesar de aumentar entre os residentes das áreas urbanas e rurais, essa proporção permaneceu maior entre as pessoas residentes na zona urbana. Aumentou também em todas as classes de rendimento, mas o diferencial entre as classes extremas manteve-se alto. (IBGE, Suplemento Saúde PNAD 2003).

Nos últimos 12 meses, 62,8% da população brasileira declararam ter consultado um médico (58,5% pertencentes à classe de até um Salário Mínimo (SM) e 78,3% à classe de mais de 20 SM). Quanto ao acesso aos serviços odontológicos, 15,9% da população (27,9 milhões de pessoas) nunca fizeram consulta ao dentista (31% nas famílias com renda de até um SM e apenas 3% nas famílias com renda de mais de 20 SM). (IBGE, Suplemento Saúde PNAD 2003).

Também é preciso considerar as iniquidades em prevenção, visto que apenas 50,3% das mulheres de 50 anos ou mais referiram já ter se submetido a um exame de mamografia, que é importante na prevenção do câncer; portanto, quase metade das mulheres nessa faixa etária nunca fez tal exame. A realização da mamografia também estava positivamente associada à escolaridade, indicando grave desigualdade, pois apenas 24,3% das mulheres sem escolaridade realizaram o exame, enquanto 68,1% das com quinze anos ou mais de estudo o fizeram. (IBGE, Suplemento Saúde PNAD 2003).

Em outro exame, extremamente simples, o preventivo de colo de útero, a iniquidade também está presente de forma brutal, visto que somente 78,1% das mulheres de mais de 24 anos referiram já ter sido submetidas a exame preventivo; portanto, uma em cada cinco mulheres nunca o fez. A realização deste exame também estava associada à escolaridade, pois, enquanto apenas 55,8% das mulheres sem escolaridade o fizeram, entre as com 15

anos ou mais de estudo, o percentual foi de 93,1%. (IBGE, Suplemento Saúde PNAD 2003).

A distribuição de médicos empregados segundo as regiões brasileiras, por 10 mil habitantes, em 2001, revela desigualdades. Na Região Norte, são 2,6; na Nordeste 5,5; na Sudeste, 13,2; na Sul, 8,1; na Centro-oeste, 6,5. A média brasileira é de 9,0. A distribuição de enfermeiras também é desigual. Na região Norte, são 2,3; na Nordeste, 3,5; na Sudeste, 5,1; na Sul, 4,7; na Centro-oeste, 3,2. A média brasileira é de 4,3 (Rais/MTE/Nescon – UFMG).

Os fatores comportamentais também são extremamente relevantes e devem ser considerados, como o tabagismo em alta entre jovens (INCA, 2004), o crescimento da obesidade, a não prática regular de atividade física, as práticas sexuais de risco, o uso de drogas e a violência interpessoal, intrafamiliar e no trânsito.

Com todo esse complexo cenário abordado anteriormente, como ver o futuro do SUS? Como articular com os demais setores e as demais políticas públicas?

Com o objetivo de identificar e de enfrentar os determinantes sociais da saúde, é preciso implementar políticas intersetoriais coerentes e articuladas, visando à redução das iniquidades sociais e em saúde, mediante ação das três esferas de governo, modulada localmente, realizando a pactuação intra e intergovernamental e a mobilização da sociedade civil.

A qualidade de vida envolve inúmeros fatores, como saneamento e meio ambiente, transporte, habitação, cultura e lazer, educação, trabalho e renda, previdência e assistência social, etc.

A Agenda Nacional de Desenvolvimento do Centro de Desenvolvimento Econômico e Social (CDES) é muito importante e contempla a educação, o pleno emprego, a focalização e atuação global e integrada nas áreas mais pobres, a universalização do Programa Saúde da Família (PSF), a reforma agrária e a ênfase na agricultura familiar, a reforma urbana e a dinamização de economias locais.

É preciso, ainda, ressaltar alguns resultados significativos do PSF, cuja cobertura populacional passou de 6,6%, em 1998, para 39,7%, em 2004. É preciso valorizar esta estratégia, que apresenta importantes resultados, como a redução na Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), nas áreas cobertas pelo programa, de 40,8, em 1999, para 29,5, em 2003. Também houve redução na proporção de crianças com baixo peso para a idade, entre 1 e 2 anos, em áreas cobertas pelo PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), caindo de 19,8%, em 1999, para 7,7%, em 2004. (Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do Ministério da Saúde).

Para finalizar, é preciso discutir alguns temas da política de saúde, como o PSF para cidades de pequeno e médio porte, com garantia de retaguarda; o modelo urbano e as policlínicas; as microrregiões de saúde para superar o subdimensionamento de serviços.

A promoção da saúde significa a implementação de políticas públicas intersetoriais, com responsabilização pelos efeitos positivos e negativos de cada uma e do conjunto sobre a saúde.

As políticas de saúde envolvem, também, a construção de uma agenda redutora da violência nos níveis nacional, estadual, municipal e local, bem como a implementação de escolas e empresas promotoras da saúde e de uma legislação adequada nas três esferas de governo.

Fomentar a promoção da saúde significa implementar políticas intersetoriais coerentes. Também é preciso promover mudanças de estilo de vida em torno dos fatores de risco comportamentais, como tabagismo, atividade física, dieta, comportamento sexual, educação para o trânsito, etc. Significa, ainda, reforçar a prevenção, com a introdução de novas vacinas, como HPV, Rotavírus, Pentabril e outras. A *nova prevenção* envolve também a *customização* e a protocolização dos programas e serviços de saúde.

Encerramento

George Vidor

Jornalista de *O Globo*

Como observador externo, estranho no ninho, sei que vocês têm uma batalha importante para conquistar, que é a batalha da comunicação, e apenas queria enfatizar alguns pontos para reflexão. Evidentemente, todo mundo falou neste Fórum que falta dinheiro, faltam recursos financeiros, como serão obtidos recursos... Acho que esses recursos não virão por aumento de carga tributária, não se aumentarão mais impostos para financiar nenhum setor a cargo do poder público, por mais que o discurso seja por uma boa ação.

O Brasil atingiu o nível de carga tributária que a sociedade suporta. Isso quer dizer que vocês terão que disputar espaço dentro do mesmo bolo, precisarão deslocar alguém que já está posicionado, necessitam convencer a opinião pública e os setores que decidem, no país, de que têm uma causa melhor do que a de outro, ou necessidade maior do que a de outro. E vocês só vão conseguir isso se tiverem adesões voluntárias, aliados nessa causa.

Neste Fórum, várias pessoas chamaram a atenção para essa questão, como a Dra. Zilda Arns, e é assim que vocês vão conseguir resolvê-la. Talvez vocês tenham que se abrir um pouco mais. O setor tem uma boa causa em mãos, pratica uma *boa ação*, mas se acha injustiçado e reage, na minha opinião, de uma forma até um pouco agressiva às críticas; isso faz com que se isole mais. É uma opinião de quem está do lado de fora.

Vocês não precisam abrir mão do ardor na defesa que fazem do setor, mas se não conseguirem conquistar outros setores voluntariamente para esta causa, a batalha da comunicação não será ganha, ou seja, vocês não vão conseguir deslocar ninguém nessa disputa pelo bolo.

Marcus Vinícius Pestana da Silva

Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Um mês e meio atrás, foi assinado um documento com três pactos: o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão e o Pacto em Defesa do SUS. O Pacto em Defesa do SUS prevê ações políticas de mobilização e de comunicação social, para exatamente atender ao conselho do jornalista George Vidor: sair do isolamento, parar de falar para nós mesmos e fazer uma ação de mobilização e de comunicação social para a defesa do SUS.

Esta iniciativa, este *Fórum Saúde e Democracia*, já é uma implementação concreta, em parceria com *O Globo*, com o Ministério da Saúde e com o Conasems, do Pacto em Defesa do SUS. E foi um sucesso absoluto: duas páginas hoje num dos principais jornais do Brasil (jornal *O Globo*) e um acesso recorde, desde que o Datasus opera com transmissões *on line*. O recorde anterior era da 13ª Conferência Nacional de Saúde, que em quatro dias teve 12.000 acessos; em dois dias, este Fórum teve 15.500 acessos.

Todo o material das exposições ficará disponível no *site* do CONASS – www.conass.org.br –, e será editado pelo Jornal *O Globo* um caderno especial sobre o *Fórum*.



Informações gerais sobre o fórum



Informações gerais sobre o fórum

Foram aproximadamente 15 horas de debates, um público de mais de mil pessoas e mais de 20 palestrantes. Em paralelo ao *Fórum*, foi realizada a Feira "O SUS que dá certo", da qual participaram 21 Secretarias Estaduais de Saúde que exibiram experiências de sucesso desenvolvidas no âmbito do SUS.

Antes do evento, foram publicadas seis colunas no primeiro caderno do jornal *O Globo* sobre os temas que seriam discutidos no encontro: *A democracia como estratégia do SUS*; *Pacto Federativo: a responsabilidade de cada um*; *O desafio do controle social no SUS*; *Mais verbas para a Saúde*; *Incorporação tecnológica na Saúde: custo e benefício*; e *O futuro do SUS: como garantir a universalidade e a integralidade*. Nos dias 21 de fevereiro e 3 de março, o jornal *O Globo* publicou anúncio do *Fórum* com destaque. No dia 30 de março, *O Globo* lançou um caderno especial com 23 páginas repercutindo o Fórum, com entrevistas e matérias sobre os debates ocorridos no evento.

O CONASS montou uma página sobre o evento em seu *site*, com todas as informações e o jornal *O Globo* também criou um ambiente especial na *web*. Foram 1.183 inscrições para acompanhar os debates, das quais 850 foram feitas previamente pela internet.

Com a transmissão *on-line* do evento, possibilitado pelo Datasus, os debates foram acompanhados em todo o país. Registrou-se um recorde no número de acessos à transmissão em tempo real – 15.833 acessos nos dois dias do Fórum. O recorde anterior foi da 13a Conferência Nacional de Saúde que, em quatro dias, teve 12.500 acessos. Na semana do Fórum, o *site* de CONASS quase dobrou o número de acessos diários, passando de 387 para 629 acessos/dia.

Esses números comprovam o sucesso do *Fórum Saúde e Democracia*, que pautou a imprensa nacional com matérias positivas sobre Saúde Pública. Foram publicadas mais de 15 matérias em jornais de grande circulação e diversos *sites* governamentais e de notícias também registraram o evento. Além disso, *O Globo On-line* fez a cobertura em tempo real com a publicação de 32 matérias.

O evento contou com o patrocínio da Novartis, Sandoz, Lilly, e apoio do Governo de Minas Gerais e do Ministério da Saúde.



**Presidente do CONASS,
Marcus Pestana,
na abertura do Fórum**

O fórum em grandes números

O FÓRUM	NÚMEROS
INSCRIÇÕES	
Pré-inscrições on line	865
Inscrições no local	318
TOTAL	1183
Participantes nos dois dias do Fórum	850
Acessos à Transmissão em tempo real	15.833

ACESSOS AO SITE DO CONASS

Semana de 12 a 18/03

TOTAL: 4.409

Média por dia: 629

* Em Fevereiro a média diária de acessos foi de 387 (na semana do Fórum houve um aumento de 242 acessos por dia)

A FEIRA "O SUS QUE DÁ CERTO"	NÚMEROS
Número de secretarias que participaram da Feira "O SUS que dá certo":	21
Número de stands das Secretarias Estaduais	26
Número de stands das instituições apoiadoras: Ministério da Saúde; CONASEMS e ABRASCO.	03
Número de stands dos patrocinadores: Novartis; Sandoz e Lilly	03
Número de experiências apresentadas nos stands das Secretarias Estaduais de Saúde	55

O Fórum na Mídia



O Fórum na mídia

Terça-feira, 14 de março de 2006 © O GLOBO O PAÍS • 13

SAÚDE EM DEBATE: 'Um hospital público tem de ser procurado por quem pode escolher e não por falta de alternativa'

Jatene defende cobrança em hospitais públicos

Ex-ministro diz que seria uma saída para a saúde pública e que só pagariam pacientes que tenham condições

Clara Diniz
O ministro da Saúde, Roberto Jatene, afirmou nesta terça-feira (14) que um hospital público deve ser procurado por quem pode escolher e não por falta de alternativa. Ele defendeu a cobrança de valores para o acesso a hospitais públicos, desde que seja feita uma avaliação prévia de quem pode pagar e quem não pode. Segundo ele, a cobrança não deve ser feita para quem não tem condições financeiras, mas sim para quem pode pagar e não quer pagar. "A cobrança não é para quem não pode pagar, é para quem pode pagar e não quer pagar", afirmou Jatene. Ele também afirmou que a cobrança não deve ser feita para quem não tem condições financeiras, mas sim para quem pode pagar e não quer pagar. "A cobrança não é para quem não pode pagar, é para quem pode pagar e não quer pagar", afirmou Jatene.



ROBERTO JATENE. O ministro Jatene afirmou que um hospital público deve ser procurado por quem pode escolher e não por falta de alternativa.

Orçamento da Saúde provoca conflito

Frete parlamentar diz que tentará excluir o programa Farmácia Popular

Clara Diniz
A votação do orçamento da Saúde para este ano provocou um conflito entre o governo e o Congresso Nacional. O ministro da Saúde, Roberto Jatene, afirmou que o programa Farmácia Popular não deve ser excluído do orçamento. No entanto, o deputado federal Carlos Tinoco (PSD-PA) afirmou que tentará excluir o programa do orçamento. Tinoco afirmou que o programa Farmácia Popular não é uma prioridade para o governo e que deve ser excluído do orçamento. Jatene afirmou que o programa Farmácia Popular é uma prioridade para o governo e que não deve ser excluído do orçamento.

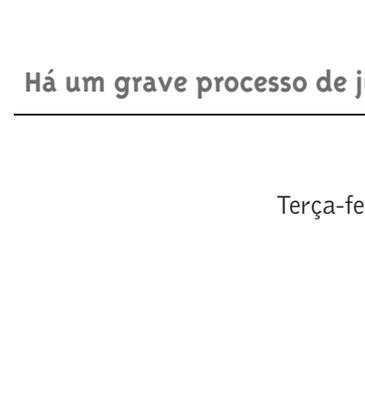


ROBERTO JATENE. O ministro Jatene afirmou que o programa Farmácia Popular não deve ser excluído do orçamento.

Secretário pede debate

Depois de mal, é só campanha

Clara Diniz
O presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Roberto Jatene, afirmou que depois de um período de mal-entendido, é hora de iniciar uma campanha para melhorar a saúde pública. Jatene afirmou que o Conass vai trabalhar para melhorar a saúde pública e que vai iniciar uma campanha para isso. Ele também afirmou que o Conass vai trabalhar para melhorar a saúde pública e que vai iniciar uma campanha para isso.



ROBERTO JATENE. O ministro Jatene afirmou que depois de um período de mal-entendido, é hora de iniciar uma campanha para melhorar a saúde pública.

MATÉRIA
Jatene defende cobrança em hospitais públicos

O Globo
Terça-feira, 14 de março de 2006

MATÉRIA
Há um grave processo de judicialização do setor

O Globo
Terça-feira, 14 de março de 2006

12 • O PAÍS © O GLOBO Terça-feira, 14 de março de 2006

SAÚDE EM DEBATE: Ministro informou que assinaria até o fim de março a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS

'Há um processo grave de judicialização do setor'

Saravia Felpe diz que Ministério da Saúde tem gastos de R\$ 4 bilhões com compra de medicamentos por ordem da Justiça

Letícia Medeiros
O ministro da Saúde, Roberto Jatene, afirmou nesta terça-feira (14) que assinaria até o fim de março a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS. Jatene afirmou que a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS é um documento importante para garantir os direitos dos usuários do SUS. Ele também afirmou que o Ministério da Saúde tem gastos de R\$ 4 bilhões com a compra de medicamentos por ordem da Justiça.



ROBERTO JATENE. O ministro Jatene afirmou que assinaria até o fim de março a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS.

Governo e oposição duem em fórum

Felipe aprova disposição sobre saúde para defender reforma política

Clara Diniz
O ministro da Saúde, Roberto Jatene, afirmou que o governo e a oposição estão em um fórum para discutir a reforma política. Jatene afirmou que o governo e a oposição estão em um fórum para discutir a reforma política. Ele também afirmou que o governo e a oposição estão em um fórum para discutir a reforma política.



ROBERTO JATENE. O ministro Jatene afirmou que o governo e a oposição estão em um fórum para discutir a reforma política.

Quarta-feira, 15 de março de 2006 © O GLOBO O PAÍS • 13

Secretários resistem a lei de responsabilidade

Punições previstas no projeto a quem não investir na saúde os recursos obrigatórios dividem fórum no Rio

Clara Diniz
A aprovação de uma lei de responsabilidade dos secretários de saúde está sendo resistida por alguns secretários de saúde. O projeto prevê punições para quem não investir na saúde os recursos obrigatórios. O fórum no Rio de Janeiro está dividido sobre o projeto. Alguns secretários de saúde afirmam que o projeto é muito rígido e que deve ser revisto. Outros afirmam que o projeto é necessário para garantir a qualidade da saúde pública.



ROBERTO JATENE. O ministro Jatene afirmou que a aprovação de uma lei de responsabilidade dos secretários de saúde está sendo resistida por alguns secretários de saúde.

MATÉRIA
Secretários resistem à Lei de Responsabilidade

O Globo
Quarta-feira, 15 de março de 2006

Formação de médicos na berinda

Um curso de medicina vai ser realizado em uma das unidades de saúde do Rio de Janeiro

Clara Diniz
Um curso de medicina vai ser realizado em uma das unidades de saúde do Rio de Janeiro. O curso é destinado a jovens que desejam estudar medicina. O curso será realizado em uma das unidades de saúde do Rio de Janeiro. O curso é destinado a jovens que desejam estudar medicina.



ROBERTO JATENE. O ministro Jatene afirmou que um curso de medicina vai ser realizado em uma das unidades de saúde do Rio de Janeiro.

MATÉRIA

Ex-ministro insiste em lei para punir prefeito

Jornal do Commercio
Quarta-feira, 15 de março de 2006

SAÚDE Humberto Costa diz que caos ainda persiste
Ex-ministro insiste em lei para punir prefeito
LEI DE RESPONSABILIDADE SANITÁRIA SAÍU DE PAUTA
O ex-ministro, que lamentou o fato de a lei ter saído da pauta política, explicou que a Lei de Responsabilidade Sanitária poderia "personalizar juridica" aos avaros indolentes estabelecidos nos municípios...

Direito à saúde
A VOTAÇÃO, que se espera para os próximos dias, do Orçamento da União, e em seu contexto o do Ministério da Saúde, suscitado uma vez mais o dilema de conciliar de forma equilibrada os recursos públicos disponíveis ao razoável atendimento das necessidades sociais existentes, gerá ainda divergências de natureza técnica e política que importa, contudo, superar, para que não se retarde mais ainda, em detrimento do interesse público, essa votação necessária, afinal de contas, à própria normalidade do funcionamento da máquina governamental.

MATÉRIA

Saída para o SUS

O Globo
Domingo, 19 de março de 2006

Saída para o SUS
Durante dois dias secretários estaduais e outros gestores do Sistema Único de Saúde estiveram reunidos no Forte Copacabana para refletir sobre o futuro do setor. O GLOBO, como um dos promotores do encontro, acompanhou os pronunciamentos e debates na expectativa de que tais reflexões contribuam para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde, o SUS, e para a orientação das autoridades responsáveis pelo setor.

MATÉRIA

Direito à Saúde

Jornal do Commercio
Quarta-feira, 15 de março de 2006

ARTIGO SARAIVA FELIPE

A defesa do SUS

O Globo

Segunda-feira, 20 de março de 2006

A defesa do SUS

SARAIVA FELIPE

O Fórum "Saúde e Democracia: Uma Visão de Futuro para o Brasil", promovido pelo GLOBO e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), revela uma face ousada, inédita e bem-sucedida de uma política pública que coloca o Brasil à frente da maior parte dos países através de uma assistência médica universal e gratuita. É um grito de mobilização em defesa do Sistema Único de Saúde, o SUS, que tem capilaridade em todo o território nacional, representa a possibilidade exclusiva de atenção à saúde para mais de 140 milhões de brasileiros — 80% da população de nosso país — e é cada vez mais bem avaliado pelo cidadão usuário.

No mês passado, o Ministério da Saúde, o Conass e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) firmaram o Pacto pela Saúde 2005 — Consolidação do SUS, que solidifica os avanços obtidos e muda substantivamente a natureza dos pactos federativos na saúde. Em termos operacionais, o documento articula três linhas — o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Envolve ações concretas e articuladas pelos governos para reforçar o SUS, além de defender, vigorosamente, os princípios constitucionais da saúde.

Em relação ao sistema vigente antes da reforma constitucional que criou o SUS, há 15 anos, houve um grande avanço. Antes, quase 1/3 da população estava excluído do acesso aos serviços de saúde. Universalizamos o sistema garantindo o direito ao acesso aos serviços de saúde a todos os brasileiros, descentralizamos a atenção à saúde, transferindo para estados e municípios responsabilidades antes exclusivas do governo central, levamos a porta de entrada do sistema para a porta da residência de milhões de cidadãos, especialmente os mais excluídos, com os Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, reduzimos a taxa de mortalidade infantil, a incidência de doenças infecto-contagiosas, as internações hospitalares e ampliamos os pontos de atendimento ambulatorial.

Entretanto, temos grandes problemas a serem enfrentados e resolvidos. É este o desafio deste fórum, que transborda do atestado Sistema Único de Saúde para os usuários, que devem ajudar na busca de soluções para aprimorar o sistema. Afinal, a melhoria da assistência em saúde está nas mãos de todos nós. O SUS foi criado pela Constituição Federal referendado por quatro Conferências Nacionais de Saúde. É, portanto, uma política de Estado e não de governos.

SARAIVA FELIPE é médico sanitário e ministro da Saúde.



SUPLEMENTO ESPECIAL Fórum Saúde e Democracia



O Globo Quinta-feira, 30 de março de 2006

REVISTA

A doença da saúde

Primeira Leitura

Abril de 2006 nº - 050

A doença da SAÚDE

O SUS, Sistema Único de Saúde, está doente. Como o governo se nega a enfrentar o problema, acaba-se fazendo o falso debate entre a "focalização" e a "universalização". O resultado está aí: uma política pobre para pobres

Por Rui Nogueira

A realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) não mudou com o tempo. Desde a criação, há 15 anos, o SUS tem sido uma política pública que não conseguiu resolver o problema da saúde pública de forma adequada. O SUS é uma política pública que não conseguiu resolver o problema da saúde pública de forma adequada. O SUS é uma política pública que não conseguiu resolver o problema da saúde pública de forma adequada.

O REALDO DOS 15 ANOS DO SUS:

Em 1990, o SUS tinha 13,8 milhões de beneficiários. Hoje, em 2005, tem 138 milhões. Isso representa um aumento de 10 vezes. O SUS é uma política pública que não conseguiu resolver o problema da saúde pública de forma adequada.



RUI NOGUEIRA é jornalista e escritor.

Cobertura Globo *On-line*

SEXTA-FEIRA, 3 DE MARÇO DE 2006

Sanitaristas se mobilizam para pressionar votações no Congresso
"O SUS não aconteceu no Rio de Janeiro", diz sanitarista da UFF
Brasil precisa investir o triplo para garantir boa saúde à população
De norte a sul do Brasil, as histórias de quem faz o SUS acontecer
Abrasco: "O SUS é a expressão maior da reforma sanitária"

SEGUNDA-FEIRA, 6 DE MARÇO DE 2006

Mais verbas para a Saúde

QUARTA-FEIRA, 8 DE MARÇO DE 2006

Perfil dos Hospitais Filantrópicos

SEXTA-FEIRA, 10 DE MARÇO DE 2006

Resultado da pesquisa: qual é o maior problema do SUS?

Loteria Timemania beneficiará Santas Casas de Misericórdia

SEGUNDA-FEIRA, 13 DE MARÇO DE 2006

Saraiva Felipe: "Se faltar medicamento no Rio, a responsabilidade será do ministro da Saúde"

Presidente da Frente Parlamentar é contra repasse de verba do SUS para a Farmácia Popular

Frente pede pressão da sociedade pela aprovação da Emenda da Saúde

Jatene: "É falácia dizer que não faltam recursos para o SUS"

HOT SITE DO FÓRUM NA PÁGINA DO CONASS



Ministro da Saúde critica "judicialização da Saúde"



HOT SITE DO GLOBO ON LINE

"Diminuição da desigualdade beneficiou Saúde Pública", diz deputado petista

"Investimentos em saneamento reduziram gastos com Saúde", diz deputado do PMDB

Deputado do PFL defende quarentena para ministros da Saúde

Ministro da Saúde critica baixos salários dos médicos da rede pública

Para Pestana, propostas de segmentação do SUS são perigosas

TERÇA-FEIRA, 14 DE MARÇO DE 2006

Começa o segundo dia do Fórum Saúde e Democracia

"Fórum é implementação concreta do Pacto pela Saúde", diz Pestana

Presidente da Fiocruz faz discurso em defesa da vida

Reforma no modelo de gestão de saúde é discutida por especialistas

Dilma destaca Pacto pela Vida

Voluntariado garante sobrevivência da Pastoral da Criança

Zilda Arns: "Meta da Pastoral é atingir 50% das crianças pobres em três anos"

Fórum atrai visitantes de todo o país

"Sem descentralização e municipalização, SUS vai continuar sendo utopia", diz prefeito

Estados apresentam em seus estandes experiências de sucesso do SUS

Humberto Costa diz que qualidade é o grande desafio do SUS

Ex-ministro Costa elogia pesquisas científicas no Brasil

Humberto Costa: "Um ano após intervenção, caos na Saúde do Rio é o mesmo"

Publicações "on line" em sites diversos (35)

TÍTULO	SITES	DATA
Fórum Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil	Conasems	20-fev
Fórum Saúde e Democracia do CONASS discute futuro do SUS	Agência Minas	22-fev
Fórum nacional discute futuro da saúde no Brasil	Fundação ASSEFAZ	24-fev
Brasil precisa investir o triplo para garantir boa saúde à população	Jornal Serrano	1-mar
Fórum Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil	Nasa TV - olhar direto	4-mar
Presidente do Conselho de Secretários de Saúde diz que SUS precisa vencer desafios	Agência Radiobrás	6-mar
Promotor participa do Fórum Saúde e Democracia	Agência Minas	9-mar
Gestores discutem em fórum o futuro da saúde no país	Agência Minas	10-mar
Gestores discutem em fórum o futuro da saúde no país	Agência Minas	10-mar
Evento reúne projetos que deram certo no SUS	SES Piauí	10-mar
Deda participará de Fórum sobre "Saúde e Democracia" no Rio de Janeiro	Jornal da Cidade	11-mar
Deda participará de Fórum sobre "Saúde e Democracia" no Rio de Janeiro	Agência Aracajú de Notícias	11-mar
Saraiva Felipe abre no Rio o Fórum Saúde e Democracia e concede entrevista	Agência Radiobrás	13-mar
Entrada do Farmácia Popular na rede comercial vai aproximar programa do cidadão, diz ministro.	Agência Radiobrás	13-mar
É baixa a remuneração de médicos no SUS, admite ministro da Saúde	Agência Radiobrás	13-mar
Fórum Saúde e Democracia do CONASS discute futuro do SUS	Agência Minas	13-mar
Primeiro dia do Fórum Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil	Comunidade Virtual - VISA CE	13-mar
Modelo cearense de gestão da saúde será apresentado no Rio de Janeiro	SES Ceará	10-mar
Fórum Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil	Nasa TV - olhar direto	13-mar
Fórum Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil	Ministério da Saúde	13-mar
Dima Rousseff participa de debate no Rio sobre saúde e pacto federativo	Agência Radiobrás	14-mar
Paraná é destaque no fórum nacional sobre saúde no Rio de Janeiro	SES Paraná	14-mar
Secretário Municipal de Saúde lança livro durante o fórum nacional no Rio de Janeiro	Agência Aracajú de Notícias	14-mar
Secretário de Saúde participa, no Rio, do Fórum "Saúde e Democracia"	SES Pará	14-mar
Fórum: autoridades avaliam SUS como um dos principais patrimônios do Brasil	Ministério da Saúde	14-mar
Marcelo Deda defende universalidade e municipalização do SUS durante fórum de saúde no Rio de Janeiro	Agência Aracajú de Notícias	15-mar
Experiências de sucesso da SESAB despertam interesse em fórum realizado no Rio de Janeiro	SES Bahia	15-mar
Ações do governo do Maranhão na área da saúde são destaque em Fórum no Rio de Janeiro	SES Maranhão	17-mar
Cupertino debate futuro da em Fórum no Rio	SES Goiás	20-mar
Paraná é destaque no fórum nacional sobre saúde no Rio de Janeiro	Agência Estadual de Notícias - PR	21-mar
Fórum Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil	COOPERASUS - boletim virtual	março
Tocantins participa do fórum Saúde e Democracia e apresenta a "Gestão do SUS que dá certo"	SES Tocantins	março
Tocantins é destaque em Fórum	SES Tocantins	março
Defesa do SUS é destaque no 1o dia do Fórum Saúde e Democracia	SES Tocantins	março

Colunas do Jornal O Globo

COLUNA PUBLICADA EM 22.02.06
A Democracia como estratégia do SUS
 Marcus Pestana*

Nos últimos 20 anos, o Brasil consolidou sua democracia e estabilizou a economia, que está preparada — salvo gargalos da infra-estrutura de transporte e energia — para um novo ciclo de vigoroso e sustentado crescimento. Mas um desafio permanece: a superação de inaceitáveis e gritantes desigualdades sociais entre pessoas, famílias, segmentos sociais e regiões. A bandeira principal a ser levantada no Brasil deste início de século XXI é a da equidade social. E é aí que entra a luta por um sistema público de saúde que garanta dignidade a todos os brasileiros. O combate à pobreza e a promoção da cidadania se darão com a redistribuição de renda de forma direta, num processo de crescimento acelerado de novo tipo, e de forma indireta, por meio de políticas públicas de educação, qualificação profissional, ação social e saúde. Não há cidadania plena sem saúde pública de qualidade. Temos uma Constituição ousada e generosa no tocante à saúde. É direito de cidadania o acesso universal, integral e gratuito a uma saúde que se pretende de qualidade. Ninguém pode ser discriminado por raça, renda, sexo, idade, endereço ou gravidade da doença. Deve ser assegurado o acesso, da vacinação ao mais complexo transplante, incluindo medicamentos, exames, tratamentos e cirurgias. Embora estejamos longe de conquistar o sonho constitucional e distantes do SUS necessário para um país moderno, justo e democrático, temos resultados a comemorar. O SUS é o maior programa de inclusão social da História brasileira. As políticas de imunização e de combate à Aids são modelos para outros países. Não há portador de câncer ou paciente renal crônico sem tratamento. Há inequivocamente dificuldades: qualidade aquém da desejada; formação inadequada de recursos humanos; filas para exames, cirurgias e consultas especializadas; subfinanciamento e defasagem na remuneração dos serviços; pacto federativo setorial com responsabilidades ainda difusas; subdiagnóstico nas regiões mais pobres; problemas gerenciais; e baixa capacidade regulatória. É impossível garantir os direitos constitucionais na saúde com apenas R\$ 400 por habitante de investimento público anual. A sucessão presidencial é um momento privilegiado para a nação refletir sobre seus avanços e desafios. Com o amadurecimento da democracia é possível travar um debate profundo sobre o país que queremos e quais os caminhos para construí-lo. Na saúde, temos uma ampla agenda de discussões mapeada. É hora de avançar na construção do SUS constitucional ou de rever princípios como querem os defensores das políticas sociais focalizadas? Como se portar diante da ininterrupta revolução tecnológica na saúde que impõe custos sempre crescentes? O problema central é o subfinanciamento ou são as falhas na gestão? Como assegurar uma cooperação efetiva e harmônica entre os três níveis de governo? Como construir qualidade em ambiente de permanente escassez? Como perseguir a equidade? Para enfrentar essa agenda é que o CONASS (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde) e O GLOBO realizarão, nos dias 13 e 14 de março, no Forte de Copacabana, o fórum "Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil". Participarão lideranças políticas, gestores do SUS, representantes da sociedade civil, intelectuais e ex-ministros da Saúde. Será uma preciosa chance de debatermos oportunidades e riscos para que possamos avançar na construção de uma saúde digna para todos, fundamental para chegarmos ao Brasil justo e democrático de nossos sonhos.

*Marcus Pestana é presidente do CONASS e Secretário de Saúde de Minas Gerais

10 - O PAÍS

FÓRUM SAÚDE E DEMOCRACIA. uma visão de futuro para o Brasil

A Democracia como estratégia do SUS

Marcus Pestana*

Nos últimos 20 anos, o Brasil consolidou sua democracia e estabilizou a economia, que está preparada — salvo gargalos da infra-estrutura de transporte e energia — para um novo ciclo de vigoroso e sustentado crescimento. Mas um desafio permanece: a superação de inaceitáveis e gritantes desigualdades sociais entre pessoas, famílias, segmentos sociais e regiões. A bandeira principal a ser levantada no Brasil deste início de século XXI é a da equidade social. E é aí que entra a luta por um sistema público de saúde que garanta dignidade a todos os brasileiros. O combate à pobreza e a promoção da cidadania se darão com a redistribuição de renda de forma direta, num processo de crescimento acelerado de novo tipo, e de forma indireta, por meio de políticas públicas de educação, qualificação profissional, ação social e saúde. Não há cidadania plena sem saúde pública de qualidade. Temos uma Constituição ousada e generosa no tocante à saúde. É direito de cidadania o acesso universal, integral e gratuito a uma saúde que se pretende de qualidade. Ninguém pode ser discriminado por raça, renda, sexo, idade, endereço ou gravidade da doença. Deve ser assegurado o acesso, da vacinação ao mais complexo transplante, incluindo medicamentos, exames, tratamentos e cirurgias. Embora estejamos longe de conquistar o sonho constitucional e distantes do SUS necessário para um país moderno, justo e democrático, temos resultados a comemorar. O SUS é o maior programa de inclusão social da História brasileira. As políticas de imunização e de combate à Aids são modelos para outros países. Não há portador de câncer ou paciente renal crônico sem tratamento. Há inequivocamente dificuldades: qualidade aquém da desejada; formação inadequada de recursos humanos; filas para exames, cirurgias e consultas especializadas; subfinanciamento e defasagem na remuneração dos serviços; pacto federativo setorial com responsabilidades ainda difusas; subdiagnóstico nas regiões mais pobres; problemas gerenciais; e baixa capacidade regulatória. É impossível garantir os direitos constitucionais na saúde com apenas R\$ 400 por habitante de investimento público anual. A sucessão presidencial é um momento privilegiado para a nação refletir sobre seus avanços e desafios. Com o amadurecimento da democracia é possível travar um debate profundo sobre o país que queremos e quais os caminhos para construí-lo. Na saúde, temos uma ampla agenda de discussões mapeada. É hora de avançar na construção do SUS constitucional ou de rever princípios como querem os defensores das políticas sociais focalizadas? Como se portar diante da ininterrupta revolução tecnológica na saúde que impõe custos sempre crescentes? O problema central é o subfinanciamento ou são as falhas na gestão? Como assegurar uma cooperação efetiva e harmônica entre os três níveis de governo? Como construir qualidade em ambiente de permanente escassez? Como perseguir a equidade? Para enfrentar essa agenda é que o CONASS (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde) e O GLOBO realizarão, nos dias 13 e 14 de março, no Forte de Copacabana, o fórum "Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil". Participarão lideranças políticas, gestores do SUS, representantes da sociedade civil, intelectuais e ex-ministros da Saúde. Será uma preciosa chance de debatermos oportunidades e riscos para que possamos avançar na construção de uma saúde digna para todos, fundamental para chegarmos ao Brasil justo e democrático de nossos sonhos.

*Marcus Pestana é presidente do CONASS e Secretário de Saúde de Minas Gerais

O SUS em números

12 milhões de internações anuais	O investimento público no SUS foi de apenas R\$ 400 por habitante em 2005
153 milhões de consultas médicas	
2 milhões de partos	
12 mil transplantes em 2005	

O Fórum "Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil" acontecerá no Forte de Copacabana, no Rio de Janeiro nos dias 13 e 14 de março. Evento gratuito, entre outros, a coordenadora nacional da Pastoral da Criança, Zilda Azevêdo, os ex-ministros da Saúde Adão Lattes, José Serra e Humberto Costa, o prefeito de Anápolis, Marcelo Dello, o governador do São Paulo, Geraldo Alckmin, e o ministro da Saúde, Sônia Felipê.

Inscrições pelo site: www.conass.org.br

Identificação e coordenação: **CONASS** (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde) e **O GLOBO** (Grupo Globo)

Patrocinado: **NOVARTIS**, **SANDOZ**, **BRUNNEN**

Apoiado: **GOVERNO DE MINAS**, **Ministério da Saúde**, **GOVERNO FEDERAL**

O conteúdo desta coluna é de responsabilidade do CONASS

O SUS EM NÚMEROS

- 12 milhões de internações anuais
- 153 milhões de consultas médicas
- 2 milhões de partos
- 12 mil transplantes em 2005

O investimento público no SUS foi de apenas R\$ 400 por habitante em 2005

Pacto Federativo - A Responsabilidade de cada um

FÓRUM SAÚDE E DEMOCRACIA
uma visão de futuro para o Brasil

PACTO FEDERATIVO A Responsabilidade de cada um

Criado pela Constituição de 1988 e implementado a partir de 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) vive hoje um processo de consolidação cujo ponto central é a necessidade de rediscutir o pacto federativo, que estabelece as funções e responsabilidades das diferentes esferas de governo para a Saúde. O assunto é um dos principais temas de discussão no CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Os Secretários de Saúde de Goiás, Fernando Cupertino, e do Ceará, Jurandi Frutuoso Silva, destacam a necessidade de recuperar o papel dos Estados no combate às desigualdades regionais e na solução de conflitos nos municípios, e de rediscutir a responsabilidade da União na garantia do acesso universal aos medicamentos de alto custo, que tem exposto os governos estaduais a um crescente número de ações judiciais.

Quais são, na sua opinião, as principais questões a serem discutidas para a celebração de um novo pacto federativo?

Fernando Cupertino (SES/GO) - O mais importante nessa discussão é estabelecer de forma clara e precisa a responsabilidade de cada esfera de governo no que diz respeito à Saúde. A municipalização foi um avanço, mas também trouxe problemas, como as tentativas de



conhecimento de acesso ao tratamento num município de pessoas oriundas de outro município. A quem compete arbitrar as situações de conflito? Acredito que os Estados têm que recuperar o papel de mediadores, de harmonizadores, para ajudar a combater as desigualdades que se verificam dentro de seus próprios territórios.

Jurandi Frutuoso Silva (SES/CE) - Temos discutido isso com frequência no CONASS, assim como a questão do acesso universal aos medicamentos de alto custo, que tem exposto os governos estaduais a um crescente número de ações judiciais.



A nossa opinião é que o Ministério da Saúde teria que arcar com 80% dos custos de aquisição desses medicamentos. Mas a realidade se mostra bastante diferente: com a defasagem das tabelas que o Ministério usa, o aumento no preço dos medicamentos e o fato de os Estados serem mais vulneráveis às ações das Promotorias de Justiça, os Estados arcam, em média, com quase 50% dos custos. É preciso normatizar essa questão para evitar tantas demandas judiciais.

Nesta fase de consolidação do SUS, quais são os desafios?

Fernando Cupertino (SES/GO) - É importante ressaltar que o SUS é um sucesso que se constrói no dia-a-dia e que, ainda que subfinanciado, com apenas R\$ 400/ano por habitante, faz milagres. Somos hoje o segundo país do mundo em número de transplantes de órgãos, um procedimento sofisticado, ao mesmo tempo em que as ações primárias de Saúde, como a vacinação e o controle da hipertensão e da hanseníase, por exemplo, tiveram grande impulso com a municipalização. Mas ainda há desigualdades importantes que precisam ser corrigidas, é preciso distribuir melhor os recursos humanos, de logística, de maneira integral e para todos. E os estados têm grande contribuição a dar nesse sentido.

Jurandi Frutuoso Silva (SES/CE) - Há ainda um problema tributário. Como as transferências de verbas da União para a Saúde, para estados e municípios, são classificadas como voluntárias, ou seja, não são transferências constitucionais relativas à partilha da arrecadação de impostos, ficam sujeitas às normas de aplicação federais e acabam tendo impacto sobre os municípios no que tange ao cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Há limitações para pagamento de pessoal, e a folha da Saúde acaba pesando muito nos percentuais da LRF nos municípios. Essa questão também precisa ser abordada na discussão do pacto federativo.

Espaços de Pactuação do SUS

A implantação do SUS se dá de forma pactuada entre as diferentes esferas de governo. No âmbito nacional, funciona a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com representantes do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS-Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. No âmbito estadual, as decisões sobre medidas para implantação do SUS são negociadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), integrada por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado.

O Pacto Federativo será o tema de mesa-redonda no segundo dia (14/03) do Fórum Saúde e Democracia. O prefeito de Aracaju, Marcelo Déda, o governador de São Paulo, Geraldo Alckmin, e a ministra-chefe da Casa Civil da Presidência da República, Dilma Rousseff, discutirão o tema "A Saúde, o Pacto Federativo e o futuro".

A programação completa do Fórum Saúde e Democracia, que acontecerá no Forte de Copacabana, no Rio de Janeiro, nos dias 13 e 14 de março, e a ficha de inscrição estão no site www.conass.org.br

Identificação e coordenação: Realização:

CONASS Conselho Nacional de Secretários de Saúde

GOBLO

Patrocínio: NOVARTIS SANDOZ

Apoiado: GOVERNO DE MINAS

O conteúdo desta coluna é de responsabilidade do CONASS

Criado pela Constituição de 1988 e implementado a partir de 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) vive hoje um processo de consolidação cujo ponto central é a necessidade de rediscutir o pacto federativo, que estabelece as funções e responsabilidades das diferentes esferas de governo para a Saúde. O assunto é um dos principais temas de discussão no CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Os Secretários de Saúde de Goiás, Fernando Cupertino, e do Ceará, Jurandi Frutuoso Silva, destacam a necessidade de recuperar o papel dos Estados no combate às desigualdades regionais e na solução de conflitos nos municípios, e de rediscutir a responsabilidade da União na garantia do acesso universal aos medicamentos de alto custo, que tem exposto os governos estaduais a um crescente número de ações judiciais.

Quais são, na sua opinião, as principais questões a serem discutidas para a celebração de um novo pacto federativo?

FERNANDO CUPERTINO (SES/GO) - O mais importante nessa discussão é estabelecer de forma clara e precisa a responsabilidade de cada esfera de governo no que diz respeito à Saúde. A municipalização foi um avanço, mas também trouxe problemas, como as tentativas de cerceamento de acesso ao tratamento num município de pessoas oriundas de outro município. A quem compete arbitrar as situações de conflito? Acredito que os Estados têm que recuperar o papel

de mediadores, de harmonizadores, para ajudar a combater as desigualdades que se verificam dentro de seus próprios territórios.

JURANDI FRUTUOSO SILVA (SES/CE) - Temos discutido isso com frequência no CONASS, assim como a questão do acesso universal aos medicamentos de alto custo. A nossa opinião é que o Ministério da Saúde teria que arcar com 80% dos custos de aquisição desses medicamentos. Mas a realidade se mostra bastante diferente: com a defasagem das tabelas que o Ministério usa, o aumento no preço dos medicamentos e o fato de os Estados serem mais vulneráveis às ações das Promotorias de Justiça, os Estados arcam, em média, com quase 50% dos custos. É preciso normatizar essa questão para evitar tantas demandas judiciais.

Nesta fase de consolidação do SUS, quais são os desafios?

FERNANDO CUPERTINO (SES/GO) - É importante ressaltar que o SUS é um sucesso que se constrói no dia-a-dia e que, ainda que subfinanciado, com apenas R\$ 400/ano por habitante, faz milagres. Somos hoje o segundo país do mundo em número de transplantes de órgãos, um procedimento sofisticado, ao mesmo tempo em que as ações primárias de Saúde, como a vacinação e o controle da hipertensão e da hanseníase, por exemplo, tiveram grande impulso com a municipalização. Mas ainda há desigualdades importantes que precisam ser corrigidas, é preciso distribuir melhor os recursos humanos, de maneira integral e para todos. E os estados têm grande contribuição a dar nesse sentido.

JURANDI FRUTUOSO SILVA (SES/CE) - Há ainda um problema tributário. Como as transferências de verbas da União para a Saúde, para estados e municípios, são classificadas como voluntárias, ou seja, não são transferências constitucionais relativas à partilha da arrecadação de impostos, ficam sujeitas às normas de aplicação federais e acabam tendo impacto sobre os municípios no que tange ao cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Há limitações para pagamento de pessoal, e a folha da Saúde acaba pesando muito nos percentuais da LRF nos municípios. Essa questão também precisa ser abordada na discussão do pacto federativo.

ESPAÇOS DE PACTUAÇÃO DO SUS

A implantação do SUS se dá de forma pactuada entre as diferentes esferas de governo. No âmbito nacional, funciona a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com representantes do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS-Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. No âmbito estadual, as decisões sobre medidas para implantação do SUS são negociadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), integrada por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado.

O Pacto Federativo será o tema de mesa-redonda no segundo dia (14/03) do Fórum Saúde e Democracia. O prefeito de Aracaju, Marcelo Déda, o governador de São Paulo, Geraldo Alckmin, e a ministra-chefe da Casa Civil da Presidência da República, Dilma Rousseff, discutirão o tema "A Saúde, o Pacto Federativo e o futuro".

COLUNA PUBLICADA EM 02.03.06

O desafio do controle social no SUS

8 • O PAÍS

FÓRUM SAÚDE E DEMOCRACIA
uma visão de futuro para o Brasil

O DESAFIO DO CONTROLE SOCIAL NO SUS

Zilda Arns, coordenadora nacional da Pastoral da Criança e integrante do Conselho Nacional de Saúde, fala sobre o controle social no SUS com a autoridade de quem tem seu trabalho junto à população carente reconhecido internacionalmente. Para ela, as entidades que integram os Conselhos de Saúde deveriam se preocupar em escolher bem seus representantes.

"O Conselho não é um lugar para se apoiar o governo ou fazer oposição a ele. Nossa missão é, através do debate, construir o que é melhor para a população. A maturidade política da discussão depende de uma boa escolha dos integrantes", diz. Dados da Pastoral da Criança do último trimestre de 2005 mostram que, nos 611 municípios nos quais a entidade possui articuladores (que pesquisam minuciosamente nos domicílios as razões que levam à morte recém-nascidos e gestantes), 60% dos Conselhos de Saúde se reúnem regularmente, a cada mês, mas em 40% dos municípios os representantes não se encontram com regularidade. "Se se consegue garantir a continuidade administrativa, ou seja, a manutenção de programas vitais para a população independentemente das mudanças de governos e a aplicação correta dos recursos do SUS com participação efetiva", afirma Zilda Arns. Para o médico Nelson Rodrigues dos Santos, assessor especial do ministro da Saúde, Saraiva Felipe, o maior desafio do controle social é resgatar o princípio constitucional da universalidade no atendimento. Ele destaca ainda a necessidade de que se destinem mais verbas à Saúde. "De 1995 a 2004, o valor, em dólares per capita, de recursos do governo federal destinado à saúde caiu de US\$ 87 para US\$ 62. De 2002 a 2004, o valor, também em dólares per capita, que estados e municípios destinam à Saúde passou de US\$ 44 para US\$ 64. Em números absolutos, pode-se verificar crescimento no Orçamento da União para a Saúde, mas dividindo-se por cada brasileiro, tem apresentado queda expressiva".

A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA GESTÃO DO SUS

Foi o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, que serviu de base para a elaboração do capítulo sobre a Saúde na Constituição de 1988, que criou o SUS. A legislação federal (Constituição Federal, Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90) estabeleceu as normas gerais que orientam a participação da comunidade na gestão do SUS por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde. As Conferências de Saúde são instâncias colegiadas, de caráter consultivo, que possibilitam o exercício do controle social no âmbito do poder executivo, tendo como objetivo avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes da política de saúde em cada nível de governo, constituindo-se no mais importante fórum de participação ampla da população. Os Conselhos de Saúde buscam participar da discussão das políticas de saúde tendo uma atuação independente do governo, embora façam parte de sua estrutura. Nos Conselhos se manifestam os interesses dos diferentes segmentos sociais, possibilitando a negociação de propostas e o direcionamento de recursos para diferentes prioridades. O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente.

CONTROLE SOCIAL EM DEBATE

O controle social no SUS será tema da mesa-redonda que acontece no segundo dia (14/03) do Fórum Saúde e Democracia, às 14h30: "O terceiro setor, a sociedade e os horizontes da saúde no Brasil", com Zilda Arns (coordenadora nacional da Pastoral da Criança), Antônio Luiz Paranhos Ribeiro Leite de Brito (presidente da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, hospitais e entidades filantrópicas) e Ela Wiecko Volkmer de Castilho (subprocuradora-geral da república e procuradora federal dos Direitos do Cidadão).

Veja a programação completa do Fórum Saúde e Democracia que acontece nos dias 13 e 14 de março no Foro de Capacitação, no Rio de Janeiro, e faça sua inscrição no site www.conass.org.br

Realização e coordenação: **CONASS** Conselho Nacional de Saúde

Realização: **UNICAMP** Universidade Estadual de Campinas

Patrocínio: **NOVARTIS** **SANDOZ**

Apoiador: **GOVERNO FEDERAL** **Ministério da Saúde**

O conteúdo desta coluna é de responsabilidade do CONASS

Zilda Arns, coordenadora nacional da Pastoral da Criança e integrante do Conselho Nacional de Saúde, fala sobre o controle social no SUS com a autoridade de quem tem seu trabalho junto à população carente reconhecido internacionalmente. Para ela, as entidades que integram os Conselhos de Saúde deveriam se preocupar em escolher bem seus representantes. "O Conselho não é um lugar para se apoiar o governo ou fazer oposição a ele. Nossa missão é, através do debate, construir o que é melhor para a população. A maturidade política da discussão depende de uma boa escolha dos integrantes", diz. Dados da Pastoral da Criança do último trimestre de 2005 mostram que, nos 611 municípios nos quais a entidade possui articuladores (que pesquisam minuciosamente nos domicílios as razões que levam à morte recém-nascidos e gestantes), 60% dos Conselhos de Saúde se reúnem regularmente, a cada mês, mas em 40% dos municípios os representantes não se encontram com regularidade. "Só se consegue garantir a continuidade administrativa, ou seja, a manutenção de programas vitais para a população independentemente das mudanças de governos e a aplicação correta dos recursos do SUS com participação efetiva", afirma Zilda Arns. Para o médico Nelson Rodrigues dos Santos, assessor especial do ministro da Saúde, Saraiva Felipe, o maior desafio do controle social é resgatar o princípio constitucional da universalidade no atendimento. Ele destaca ainda a necessidade de que se destinem mais verbas à Saúde. "De 1995 a 2004, o valor, em dólares per capita, de recursos do governo federal destinado à saúde caiu de US\$ 87 para US\$ 62. De 2002 a 2004, o valor, também em dólares per capita, que estados e municípios destinam à Saúde passou de US\$ 44 para US\$ 64. Em números absolutos, pode-se verificar crescimento no Orçamento da União para a Saúde, mas dividindo-se por cada brasileiro, tem apresentado queda expressiva".

A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA GESTÃO DO SUS

Foi o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, que serviu de base para a elaboração do capítulo sobre a Saúde na Constituição de 1988, que criou o SUS. A legislação federal (Constituição Federal, Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90) estabeleceu as normas gerais que orientam a participação da comunidade na gestão do SUS por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde. As Conferências de Saúde são instâncias colegiadas, de caráter consultivo, que possibilitam o exercício do controle social no âmbito do poder executivo, tendo como objetivo avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes da política de saúde em cada nível de governo, constituindo-se no mais importante fórum de participação ampla da população. Os Conselhos de Saúde buscam participar da discussão das políticas de saúde tendo uma atuação independente do governo, embora façam parte de sua estrutura. Nos Conselhos se manifestam os interesses dos diferentes segmentos sociais, possibilitando a negociação de propostas e o direcionamento de recursos para diferentes prioridades. O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente.

CONTROLE SOCIAL EM DEBATE

O controle social no SUS será tema da mesa-redonda que acontece no segundo dia (14/03) do Fórum Saúde e Democracia, às 14h30: "O terceiro setor, a sociedade e os horizontes da saúde no Brasil", com Zilda Arns (coordenadora nacional da Pastoral da Criança), Antônio Luiz Paranhos Ribeiro Leite de Brito (presidente da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, hospitais e entidades filantrópicas) e Ela Wiecko Volkmer de Castilho (subprocuradora-geral da república e procuradora federal dos Direitos do Cidadão).

Mais verbas para a Saúde

FÓRUM SAÚDE E DEMOCRACIA
uma visão de futuro para o Brasil

MAIS VERBAS PARA A SAÚDE

A necessidade da União destinar mais recursos à Saúde é consenso entre os profissionais e estudiosos da área. Mas há outras ações e medidas que devem ser implementadas para garantir o que está previsto na Constituição: atendimento de qualidade a todos os brasileiros. Para Armando Raggio, coordenador de pós-graduação e extensão da Escola Superior de Saúde do Distrito Federal, é a Saúde, entre todas as políticas públicas de interesse estratégico, que sensibiliza os mais amplos setores e para a qual convergem os mais diferentes interesses. Por isso, diz ele, época de eleição é um momento privilegiado para discutir o que foi feito e que caminhos tomar. "No começo da década de 80, a União arcava com cerca de 80% dos gastos com Saúde. Os gastos têm subido em termos nominais, mas o fato é que no fim da década de 90 esse percentual caiu para 60% e, hoje, é de 50%. Estados e municípios que não têm a cada real da União, isso no quadro de dificuldade de distribuição do bolo da arrecadação em que vivemos", diz Raggio, argumentando que, mesmo se fossem cumpridas todas as obrigações do financiamento compartilhado por todos os atores governamentais, as dificuldades permanecem. "Fazete uma contabilidade entre valores de proteção à saúde e é praticado pelo consumo de bens e de serviços". Sérgio Piola, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), afirma que é preciso mudar o paradigma do modelo de atenção à Saúde. "Mais dinheiro ou aplicar melhor? O investimento em Saúde no Brasil é de cerca de 7,5% do PIB, de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), e menos de 50% desse total é do setor público. Em outros países que têm sistemas de Saúde como o nosso - universal, com atendimento integral e igualitário - o investimento chega a 70%. Mas, evidentemente, é preciso aplicar cada vez melhor esses recursos, e para isso é necessário dar mais ênfase às ações de promoção e prevenção da Saúde. Algumas delas estão fora do âmbito da Saúde, embora interfiram diretamente em seus resultados, como a melhoria da distribuição de renda, da educação, dos níveis de emprego", diz o pesquisador. Já para o secretário de Saúde do Pará, Fernando Dourado, os governantes precisam se adequar e a sociedade tem que se conscientizar que o atendimento universal de Saúde é um direito conquistado pelo povo, garantido na Constituição. "É necessário que existam recursos garantidos para serem aplicados", diz ele. O secretário lembra que o SUS passou a "repartir o bolo" a partir de sua implementação, em 1990, redividindo os recursos que eram aplicados no sistema anterior. "Esse modelo ainda se mantém. E quando há algum recurso sobrando, também é dividido. Na Região Sudeste, 31% da população tem plano de saúde. Na Região Norte, apenas 7,5%. E, no entanto, a média per capita de recursos federais destinados ao Sudeste é quase o dobro do que se destina à Região Norte. Ou seja, precisamos, sim, de mais recursos e também da inversão dessa lógica de investimento".

NECESSIDADE DE REGULAMENTAÇÃO DA EC 29
O artigo 198 da Constituição, modificado pela Emenda Constitucional 29 de 2000, determinou a vinculação e os percentuais mínimos de recursos que cada ente federado é obrigado a aplicar em ações e serviços de saúde. Aos Estados cabe aplicar 12% da receita própria e 15% da receita dos Municípios. A União deve aportar o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB. É fundamental que se regulamente a EC 29, de forma a superar definitivamente as interpretações que levam a uma instabilidade do financiamento do setor. Cabe aqui uma consideração importante: os percentuais previstos não podem ser considerados um teto, mas sim um patamar mínimo.

ORÇAMENTO MUITO AQUÉM DO NECESSÁRIO
O CONASS apresentou aos relatores da Comissão Mista do Orçamento um conjunto de propostas para a recomposição em R\$ 4,7 bilhões do Orçamento Federal da Saúde para 2006, referentes a ações prioritárias, cujos valores estão aquém do necessário para fazer frente às necessidades da população brasileira, quais sejam, procedimento de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (que incluem consultas médicas especializadas, internações, transplantes e procedimentos para diagnóstico, atenção primária e medicamentos de alto custo). No relatório final apresentado pelo relator-geral do Orçamento, deputado Carlito Merz, o acréscimo de recursos foi de apenas R\$ 1,1 bilhão. No próximo dia 7, está prevista a votação do relatório final do Orçamento e permanecendo os valores propostos pelo relator-geral haverá graves conseqüências, tanto na manutenção e ampliação dos atendimentos necessários à população, como no fornecimento de medicamentos de alto custo.

NECESSIDADE DE REGULAMENTAÇÃO DA EC 29
O artigo 198 da Constituição, modificado pela Emenda Constitucional 29 de 2000, determinou a vinculação e os percentuais mínimos de recursos que cada ente federado é obrigado a aplicar em ações e serviços de saúde. Aos Estados cabe aplicar 12% da receita própria e 15% da receita dos Municípios. A União deve aportar o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB. É fundamental que se regulamente a EC 29, de forma a superar definitivamente as interpretações que levam a uma instabilidade do financiamento do setor. Cabe aqui uma consideração importante: os percentuais previstos não podem ser considerados um teto, mas sim um patamar mínimo.

NECESSIDADE DE REGULAMENTAÇÃO DA EC 29
O artigo 198 da Constituição, modificado pela Emenda Constitucional 29 de 2000, determinou a vinculação e os percentuais mínimos de recursos que cada ente federado é obrigado a aplicar em ações e serviços de saúde. Aos Estados cabe aplicar 12% da receita própria e 15% da receita dos Municípios. A União deve aportar o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB. É fundamental que se regulamente a EC 29, de forma a superar definitivamente as interpretações que levam a uma instabilidade do financiamento do setor. Cabe aqui uma consideração importante: os percentuais previstos não podem ser considerados um teto, mas sim um patamar mínimo.

NECESSIDADE DE REGULAMENTAÇÃO DA EC 29
O artigo 198 da Constituição, modificado pela Emenda Constitucional 29 de 2000, determinou a vinculação e os percentuais mínimos de recursos que cada ente federado é obrigado a aplicar em ações e serviços de saúde. Aos Estados cabe aplicar 12% da receita própria e 15% da receita dos Municípios. A União deve aportar o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB. É fundamental que se regulamente a EC 29, de forma a superar definitivamente as interpretações que levam a uma instabilidade do financiamento do setor. Cabe aqui uma consideração importante: os percentuais previstos não podem ser considerados um teto, mas sim um patamar mínimo.

Foram Democracia e Saúde - dias 12 e 14 de março no Forte de Copacabana, no Rio de Janeiro, teve programação completa e inscreva-se pelo site www.conass.org.br

Identificação e coordenação: **CONASS**
Realização: **CONASS**
Patrocínio: **NOVARTIS SANDOZ**
Apóio: **GOVERNO FEDERAL** Ministério da Saúde

O conteúdo desta coluna é de responsabilidade do CONASS

A necessidade da União destinar mais recursos à Saúde é consenso entre os profissionais e estudiosos da área. Mas há outras ações e medidas que devem ser implementadas para garantir o que está previsto na Constituição: atendimento de qualidade a todos os brasileiros. Para Armando Raggio, coordenador de pós-graduação e extensão da Escola Superior de Saúde do Distrito Federal, é a Saúde, entre todas as políticas públicas de interesse estratégico, que sensibiliza os mais amplos setores e para a qual convergem os mais diferentes interesses. Por isso, diz ele, época de eleição é um momento privilegiado para discutir o que foi feito e que caminhos tomar. "No começo da década de 80, a União arcava com cerca de 80% dos gastos com Saúde. Os gastos têm subido em termos nominais, mas o fato é que no fim da década de 90 esse percentual caiu para 60% e, hoje, é de 50%. Estados e municípios têm que pôr um real a cada real da União. Isso no quadro de dificuldade de distribuição do bolo da arrecadação em que vivemos", diz Raggio, argumentando que, mesmo se fossem cumpridas todas as obrigações do financiamento compartilhado por todos os atores governamentais, as dificuldades permanecem. "Fazete uma contabilidade entre valores de proteção à saúde e é praticado pelo consumo de bens e de serviços." Sérgio Piola, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), afirma que é preciso mudar o paradigma do modelo de atenção à Saúde. "Mais dinheiro ou aplicar melhor? O investimento em Saúde no Brasil é de cerca de 7,5% do PIB, de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), e menos de 50% desse total é do setor público. Em outros países que têm sistemas de Saúde como o nosso - universal, com atendimento integral e igualitário - o investimento chega a 70%. Mas, evidentemente, é preciso aplicar cada vez melhor esses recursos, e para isso é necessário dar mais ênfase às ações de promoção e prevenção da Saúde. Algumas delas estão fora do âmbito da Saúde, embora interfiram diretamente em seus resultados, como a melhoria da distribuição de renda, da educação, dos níveis de emprego", diz o pesquisador. Já para o secretário de Saúde do Pará, Fernando Dourado, os governantes precisam se adequar e a sociedade tem que se conscientizar que o atendimento universal de Saúde é um direito conquistado pelo povo, garantido

na Constituição. "É necessário que existam recursos garantidos para serem aplicados", diz ele. O secretário lembra que o SUS passou a "repartir o bolo" a partir de sua implementação, em 1990, redividindo os recursos que eram aplicados no sistema anterior. "Esse modelo ainda se mantém. E quando há algum recurso sobrando, também é dividido. Na Região Sudeste, 31% da população têm plano de saúde. Na Região Norte, apenas 7,5%. E, no entanto, a média per capita de recursos federais destinados ao Sudeste é quase o dobro do que se destina à Região Norte. Ou seja, precisamos, sim, de mais recursos e também da inversão dessa lógica de investimento."

NECESSIDADE DE REGULAMENTAÇÃO DA EC 29

O artigo 198 da Constituição, modificado pela Emenda Constitucional 29 de 2000, determinou a vinculação e os percentuais mínimos de recursos que cada ente federado é obrigado a aplicar em ações e serviços de saúde. Aos Estados cabe aplicar 12% da receita própria e 15% dessa receita aos Municípios. A União deve aportar o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB. É fundamental que se regulamente a EC 29, de forma a superar definitivamente as interpretações que levam a uma instabilidade do financiamento do setor. Cabe aqui uma consideração importante: os percentuais previstos não podem ser considerados um teto, mas sim um patamar mínimo.

ORÇAMENTO MUITO AQUÉM DO NECESSÁRIO

O CONASS apresentou aos relatores da Comissão Mista do Orçamento um conjunto de propostas para a recomposição em R\$ 4,7 bilhões do Orçamento Federal da Saúde para 2006, referentes a ações prioritárias, cujos valores estão aquém do necessário para fazer frente às necessidades da população brasileira, quais sejam, procedimento de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (que incluem consultas médicas especializadas, internações, transplantes e procedimentos para diagnóstico), atenção primária e medicamentos de alto custo. No relatório final apresentado pelo relator-geral do Orçamento, deputado Carlito Merz, o acréscimo de recursos foi de apenas R\$ 1,1 bilhão. No próximo dia 7, está prevista a votação do relatório final do Orçamento e permanecendo os valores propostos pelo relator-geral haverá graves conseqüências, tanto na manutenção e ampliação dos atendimentos necessários à população, como no fornecimento de medicamentos de alto custo.

12 • O PAÍS

COLUNA PUBLICADA EM 09.03.06

Incorporação Tecnológica na Saúde: Custo e benefício

INCORPORAÇÃO TECNOLÓGICA NA SAÚDE: CUSTO E BENEFÍCIO

A velocidade das inovações tecnológicas na Saúde neste início de milênio não tem paralelo com outros momentos da história da Humanidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 50% de todos os avanços terapêuticos disponíveis hoje em dia não existiam há dez anos. Novos equipamentos, drogas, medicamentos e procedimentos médicos, biomédicos e cirúrgicos surgem a cada dia para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças e para a reabilitação. Dados do Ministério da Saúde mostram que, de 2000 a 2004, passou de R\$ 600 milhões para R\$ 1 bilhão o valor aprovado para as internações de alta complexidade. A questão mais candente para os Estados é a dos novos medicamentos, ainda não previstos no Sistema Único de Saúde (SUS), cuja obrigatoriedade de fornecimento, muitas vezes obedecendo a decisões judiciais, tem consumido boa parte dos orçamentos destinados à Saúde.

"As novas tecnologias são extremamente importantes pela possibilidade que abrem de respostas aos problemas da Saúde, mas seu custo é cada vez mais alto. Os novos medicamentos consomem cerca de 8% de todos os recursos do SUS, e esse percentual deve chegar a 11% nos próximos anos", explica o secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, Moisés Goldbaum.

O ministro da Saúde, Saraiva Felipe, assinou duas portarias criando grupos de trabalho que, em 120 dias, deverão definir as políticas de gestão tecnológica e de fluxo de incorporação de novas tecnologias no âmbito do SUS. "Precisamos estabelecer protocolos clínicos para avaliar a eficácia dos novos medicamentos e como lidar com eles para dar sustentabilidade aos programas do ministério, e racionalizar sua incorporação ao SUS. Precisamos de uma sistemática de trabalho que diminua as demandas judiciais relativas aos medicamentos que ainda não estão no sistema de Saúde. Queremos estabelecer um diálogo com o Judiciário", diz Goldbaum.

O secretário de Saúde do Rio Grande do Sul, Osmar Terra, avalia que a falta de regulamentação do uso de protocolos clínicos, que tenham validade perante o Judiciário, criou uma situação que não ocorre em outros países que têm sistemas de saúde universalizados e integrados como o brasileiro. "Precisamos dar subsídios ao Judiciário. Os protocolos clínicos produzidos pelas universidades deveriam nortear também os juizes", diz Terra, acrescentando que o fornecimento dos remédios a portadores de doenças raras e crônicas é obrigação do SUS e não deve ser questionado, mas que necessita de parâmetros legais. "No Rio Grande do Sul, gastamos com medicamentos experimentais quatro vezes mais do que com o programa Médico da Família. Como é possível que um grama de Interferon peguado, usado no tratamento da hepatite C, custe R\$ 5 milhões?", indaga o secretário Osmar Terra.



FÓRUM SAÚDE E DEMOCRACIA

O Fórum Saúde e Democracia, que será realizado no Rio de Janeiro, no Forte de Copacabana, nos dias 13 e 14 de março, terá a participação, entre outros, do ministro da Saúde, Saraiva Felipe, e dos ex-ministros Fialho Lacerda, José Serra e Humberto Costa.

Veja a programação completa no site www.conass.org.br

Realização e coordenação:



Realização:



Patrocínio:



Apoio:



O conteúdo desta coluna é de responsabilidade do CONASS

A velocidade das inovações tecnológicas na Saúde neste início de milênio não tem paralelo com outros momentos da história da Humanidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 50% de todos os avanços terapêuticos disponíveis hoje em dia não existiam há dez anos. Novos equipamentos, drogas, medicamentos e procedimentos médicos, biomédicos e cirúrgicos surgem a cada dia para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças e para a reabilitação. Dados do Ministério da Saúde mostram que, de 2000 a 2004, passou de R\$ 600 milhões para R\$ 1 bilhão o valor aprovado para as internações de alta complexidade. A questão mais candente para os Estados é a dos novos medicamentos, ainda não previstos no Sistema Único de Saúde (SUS), cuja obrigatoriedade de fornecimento, muitas vezes obedecendo a decisões judiciais, tem consumido boa parte dos orçamentos destinados à Saúde. "As novas tecnologias são extremamente importantes pela possibilidade que abrem de respostas aos problemas da Saúde, mas seu custo é cada vez mais alto. Os novos medicamentos consomem cerca de 8% de todos os recursos do SUS, e esse percentual deve chegar a 11% nos próximos anos", explica o secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, Moisés Goldbaum. O ministro da Saúde, Saraiva Felipe, assinou duas portarias criando grupos de trabalho que, em 120 dias, deverão definir as políticas de gestão tecnológica e de fluxo de incorporação de novas tecnologias no âmbito do SUS. "Precisamos estabelecer protocolos clínicos para avaliar a eficácia dos novos medicamentos e como lidar com eles para dar sustentabilidade aos programas do ministério, e racionalizar sua incorporação ao SUS. Precisamos de uma sistemática de trabalho que diminua as demandas judiciais relativas aos medicamentos que ainda não estão no sistema de Saúde. Queremos estabelecer um diálogo com o Judiciário", diz Goldbaum. O secretário de Saúde do Rio Grande do Sul, Osmar Terra, avalia que a falta de regulamentação do uso de protocolos clínicos, que tenham validade perante o Judiciário, criou uma situação que não ocorre em outros países que têm sistemas de saúde universalizados e integrados como o brasileiro. "Precisamos dar subsídios ao Judiciário. Os protocolos clínicos produzidos pelas universidades deveriam nortear também os juizes", diz Terra, acrescentando que o fornecimento dos remédios a portadores de doenças raras e crônicas é obrigação do SUS e não deve ser questionado, mas que necessita de parâmetros legais. "No Rio Grande do Sul, gastamos com medicamentos experimentais quatro vezes mais do que com o programa Médico da Família. Como é possível que um grama de Interferon peguado, usado no tratamento da hepatite C, custe R\$ 5 milhões?", indaga o secretário Osmar Terra.

O futuro do SUS: Como garantir a universalidade e a integralidade

FÓRUM SAÚDE E DEMOCRACIA: uma visão de futuro para o Brasil

O FUTURO DO SUS: COMO GARANTIR A UNIVERSALIDADE E A INTEGRALIDADE

A Constituição de 1988 redefiniu o conceito de saúde, incorporando novas dimensões. Para se ter saúde é preciso ter acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação, etc. Em seu artigo 196, define que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. O sistema de Saúde vive o desafio de cumprir essa missão vencendo as barreiras das restrições orçamentárias e de sucessivas políticas econômicas que não priorizam investimentos sociais que se reflitam em mais recursos para a área da saúde. Dois ex-ministros da Saúde, Adib Jatene e Humberto Costa, que participaram do Fórum Saúde e Democracia apresentando o painel "Uma visão de futuro para o Brasil", nos dias 13 e 14 de março (veja programação completa no site do CONASS), falam de suas experiências como ministros da Saúde e de como, em seu entendimento, é possível garantir a universalidade e a integralidade no Sistema Único de Saúde. Na sua avaliação, qual é hoje o principal desafio para o SUS?

ADIB JATENE - O maior desafio é o subfinanciamento. O esquema financeiro, que já melhorou um pouco, ainda é muito insuficiente. Avançamos no programa saúde da família, que precisa ser reorganizado, completado em sua formulação, com um volume financeiro adequado. Costumo dizer que a Saúde não é mesmo prioridade em nosso país, porque prioridade se identifica pela destinação de recursos que se dá a um setor. Com os recursos de que dispõe, no entanto, o sistema tem um desempenho extraordinário.



Foto: M. L. Pereira/VEJA

HUMBERTO COSTA - Ainda é a sua implementação integral nos moldes previstos pela Constituição. Logicamente que, para que essa implementação aconteça, com legitimidade política para que a população reconheça que o sistema funciona e atende às demandas, é necessário que os recursos sejam ampliados. Mais do que isso, é importante gastar com mais racionalidade o que temos e, ao mesmo tempo, estabelecer responsabilidades aos gestores federal, estaduais e municipais. Uma das maiores preocupações que o governo deve ter na área de saúde, e que nós tivemos quando estávamos no Ministério, é a definição de uma Lei de Responsabilidade Sanitária. Com diretrizes que obriguem os governos federal, estadual e municipal a cumprir as regras propostas pela emenda 29, e que garantam que os gestores públicos cumpram aquilo que é a sua responsabilidade. É como garantir o atendimento universal e integral à população

diante da progressiva redução de verbas federais para a saúde desde meados dos anos 90?

HUMBERTO COSTA - Não concordo com essa afirmação. Os recursos, mesmo que de forma lenta, têm crescido nos âmbitos federal, estadual e municipal. Insisto que, embora os recursos ainda sejam poucos, não têm sido gastos da forma mais racional possível. É um problema de gestão, principalmente na ponta do sistema. Temos que entender que qualquer sistema de saúde no mundo é uma crescente fonte de gastos, a ampliação dos recursos se faz necessária. No Brasil, temos muita coisa a fazer em termos da prevenção, principalmente secundária. Por exemplo, boa parte dos transplantes está ligada a casos de pacientes com hipertensão arterial, diabetes, enfermidades que devem ser tratadas previamente desde que haja um diagnóstico precoce, com garantia de acompanhamento, principalmente medicamentoso. Também é necessária uma regulamentação muito mais consistente em relação à incorporação tecnológica. No Brasil esse processo tende a ser muito acelerado. Há casos em que essas descobertas são incorporadas sem sequer ter comprovado sua eficácia ou mesmo um avanço significativo.

ADIB JATENE - Claro que há problemas de gestão, mas essa não é a questão central. Alinhar isso é falácia. Os problemas de gestão têm sido enfrentados. Quando nós estivemos no governo, enfrentamos o problema das fraudes, principalmente na ponta. O financiamento é a questão, é insuficiente. Os tetos estabelecidos pelo SUS para os municípios e estados é muito baixo. Os hospitais que trabalham preferencialmente com o SUS, como as Santas Casas, estão todos endividados. Os tetos de pagamentos são muito baixos.

ADIB JATENE apresentará o painel "Uma visão de futuro para o Brasil" no primeiro dia (13/03) do Fórum Democracia e Saúde, às 14h30m. Humberto Costa fará sua apresentação no segundo dia (14/03) às 9h.

FÓRUM SAÚDE E DEMOCRACIA
O Fórum Saúde e Democracia, que será realizado no Rio de Janeiro, no Forte de Copacabana, nos dias 13 e 14 de março, terá a participação, entre outros, do ministro da Saúde, Saraiva Felipe e dos ex-ministros Adib Jatene, José Serra e Humberto Costa. Veja a programação completa no site www.conass.org.br

Identificação e coordenação: **CONASS** Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Realização: **GOLOBO** e **FEEL**

Patrocínio: **NOVARTIS**, **SANDOZ**, **Sanofi**

Apoio: **GOVERNO DE MINAS**, **Ministério da Saúde**, **CONASS**

O conteúdo desta coluna é de responsabilidade do CONASS

A Constituição de 1988 redefiniu o conceito de saúde, incorporando novas dimensões. Para se ter saúde é preciso ter acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação, etc. Em seu artigo 196, define que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. O sistema de Saúde vive o desafio de cumprir essa missão vencendo as barreiras das restrições orçamentárias e de sucessivas políticas econômicas que não priorizam investimentos sociais que se reflitam em mais recursos para a área da saúde. Dois ex-ministros da Saúde, Adib Jatene e Humberto Costa, que participaram do Fórum Saúde e Democracia apresentando o painel "Uma visão de futuro para o Brasil", nos dias 13 e 14 de março (veja programação completa no site do CONASS), falam de suas experiências como ministros da Saúde e de como, em seu entendimento, é possível garantir a universalidade e a integralidade no Sistema Único de Saúde.

Na sua avaliação, qual é hoje o principal desafio para o SUS?

ADIB JATENE - O maior desafio é o subfinanciamento. O esquema financeiro, que já melhorou um pouco, ainda é muito insuficiente. Avançamos no programa saúde da família, que precisa ser reorganizado, completado em sua formulação, com um volume financeiro adequado. Costumo dizer que a Saúde não é mesmo prioridade em nosso país, porque prioridade se identifica pela destinação de recursos que se dá a um setor. Com os recursos de que dispõe, no entanto, o sistema tem um desempenho extraordinário.

HUMBERTO COSTA - Ainda é a sua implementação integral nos moldes previstos pela Constituição. Logicamente que, para que essa implementação aconteça, com legitimidade política para que a população reconheça que o sistema funciona e atende às demandas, é necessário que os recursos sejam ampliados. Mais do que isso, é importante gastar com mais racionalidade o que temos e, ao mesmo tempo, estabelecer responsabilidades aos gestores federal, estaduais e municipais. Uma das maiores preocupações que o governo deve ter na área de saúde, e que nós tivemos quando estávamos no Ministério, é a definição de uma Lei de Responsabilidade Sanitária. Com diretrizes que obriguem os governos federal, estadual e municipal a cumprir as regras propostas pela emenda 29, e que garantam que os gestores públicos cumpram aquilo que é a sua responsabilidade.

E como garantir o atendimento universal e integral à população diante da progressiva redução de verbas federais para a saúde desde meados dos anos 90?

HUMBERTO COSTA - Não concordo com essa afirmação. Os recursos, mesmo que de forma lenta, têm crescido nos âmbitos federal, estadual e municipal. Insisto que, embora os recursos ainda sejam poucos, não têm sido gastos da forma mais racional possível. É um problema de gestão, principalmente na ponta do sistema. Temos que entender que qualquer sistema de saúde no mundo é uma crescente fonte de gastos, a ampliação dos recursos se faz necessária. No Brasil, temos muita coisa a fazer em termos da prevenção, principalmente secundária. Por exemplo, boa parte dos transplantes está ligada a casos de pacientes com hipertensão arterial, diabetes, enfermidades que devem ser tratadas previamente desde que haja um diagnóstico precoce, com garantia de acompanhamento, principalmente medicamentoso. Também é necessária uma regulamentação muito mais consistente em relação à incorporação tecnológica. No Brasil esse processo tende a ser muito acelerado. Há casos em que essas descobertas são incorporadas sem sequer ter comprovado sua eficácia ou mesmo um avanço significativo.

comprovado sua eficácia ou mesmo um avanço significativo.

ADIB JATENE - Claro que há problemas de gestão, mas essa não é a questão central. Afirmar isso é falácia. Os problemas de gestão têm sido enfrentados. Quando nós estivemos no governo, enfrentamos o problema das fraudes, principalmente na ponta. O financiamento é a questão, é insuficiente. Os tetos estabelecidos pelo SUS para os municípios e estados é muito baixo. Os hospitais que trabalham preferencialmente com o SUS, como as Santas Casas, estão todos endividados. Os tetos de pagamentos são muito baixos.

Anúncios do Fórum no Jornal O GLOBO

FÓRUM SAÚDE E DEMOCRACIA:
uma visão de futuro para o Brasil
 Dias 13 e 14 de março, no Forte de Copacabana - Rio de Janeiro

A saúde no Brasil está em debate. Quais os desafios a serem vencidos? Como o SUS tem contribuído para melhorar o sistema no país? Qual é a visão para o futuro? Estas e outras questões serão debatidas por alguns dos principais nomes neste assunto no Fórum "Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil". Estarão presentes, entre outros, a coordenadora da Pastoral da Criança, Zilda Arns, os ex-ministros da Saúde Adib Jatene, José Serra e Humberto Costa, o prefeito de Aracaju, Marcelo Dada, o governador de São Paulo, Geraldo Alckmin e o ministro da Saúde, Saraiva Felipe. Amanhã será publicada a primeira coluna especial sobre a estratégia do SUS em democratizar a saúde. Leia e tenha um diagnóstico sobre a saúde no Brasil.

1º Dia - 13/03
09 horas: Abertura
 Rosinha Garibaldi (Governadora do Estado do Rio de Janeiro) • Saraiva Felipe (Ministro de Estado da Saúde) • Marcos Vinícius Pestana da Silva (Presidente do CONASS e Secretário de Saúde do Estado de Minas Gerais) • Agostinho Vieira (Diretor Executivo O Globo / Extra)
10 horas: Mesa Redonda - "Os partidos políticos e o futuro da saúde no Brasil"
 Representantes do PMDB, PT, PFL e PSDB
14h30: Painel - "Uma visão de futuro para o Brasil"
 Painelista: Adib Jatene (Ex-ministro de Estado da Saúde)
 Debatedor: Omar Terra (Vice-presidente do CONASS - Região Sul e Secretário de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul)
16 horas: Painel - "Uma visão de futuro para o Brasil"
 Painelista: José Serra (Prefeito de São Paulo e ex-ministro de Estado da Saúde)
 Debatedor: Fernando Passos Cupertino de Barros (Vice-presidente do CONASS - Região Centro-Oeste e Secretário de Saúde do Estado de Goiás)

2º Dia - 14/03
09 horas: Painel - "Uma visão de futuro para o Brasil"
 Painelista: Humberto Costa (Ex-ministro de Estado da Saúde)
 Debatedor: Jurandir Frulessa Silva (Vice-presidente do CONASS - Região Nordeste e Secretário de Saúde do Estado do Ceará)
10h30: Mesa redonda - "A saúde, o pacto federativo e o futuro"
 Marcelo Dada (Prefeito de Aracaju) • Geraldo Alckmin (Governador do Estado de São Paulo) • Dilma Vana Rousseff (Ministra-chefe da Casa Civil da Presidência da República)
14h30: Mesa redonda - "O 3º setor, a sociedade e os horizontes da saúde no Brasil"
 Zilda Arns (Coordenadora Nacional da Pastoral da Criança) • Antônio Luiz Paranhos Ribeiro Leite de Brito (Presidente da Confederação das Salvas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas) • Ela Wiecko Vialmir de Castilho (Subprocuradora Geral da República e Procuradora Federal dos Direitos do Cidadão)
16 horas: Mesa redonda - "A reforma na reforma sanitária: o desafio do futuro"
 Gastão Wagner (Professor da UNICAMP) • Eugênio Vilaça Mendes (Consultor da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais) • Paulo Marchiori Buss (Presidente da Fundação Osvaldo Cruz - FIOCRUZ)
18 horas: Encerramento
 (1) jornalista George Vitor, do jornal O Globo, atuará como moderador nos painéis e nas mesas.

Para mais informações e inscrição, acesse o site www.conass.org.br

Realização: CONASS, NOVARTIS, SANDOZ, GOVERNO DE MINAS, O GLOBO, FIOCRUZ

21/02/2006

• REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS E REGIONAIS

• MAIS RECURSOS PARA A SAÚDE

• REGULAMENTAÇÃO DA EC 29

• ATENIMENTO UNIVERSAL E INTEGRAL DE QUALIDADE

• PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

A SAÚDE É DIREITO DE TODOS

A SAÚDE E DIREITO CONSTITUCIONAL DE TODO CIDADÃO BRASILEIRO, INDEPENDENTE DE CLASSE SOCIAL, RAÇA, SEXO OU IDADE. TODO BRASILEIRO TEM DIREITO A ATENDIMENTO GRATUITO E INTEGRAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS.

O CONASS, ENTIDADE QUE REÚNE AS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE, REPRESENTA A FORÇA DOS ESTADOS NA GARANTIA DESTE DIREITO E ATUA PROMOVENDO DISCUSSÕES, DEBATES, TROCA DE EXPERIÊNCIAS E DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE.

UM EXEMPLO CONCRETO DESTA ATUAÇÃO FOI A REALIZAÇÃO DO FÓRUM SAÚDE E DEMOCRACIA: UMA VISÃO DE FUTURO PARA O BRASIL, NOS DIAS 13 E 14 DE MARÇO, NO RIO DE JANEIRO, EM PARCERIA COM O JORNAL O GLOBO.

CONASS
 CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SECRETARIAS DE SAÚDE

A FORÇA DOS ESTADOS NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE
www.conass.org.br

03/03/2006

**Feira “O SUS que dá certo” –
Experiências de sucesso no SUS**



Feira “O SUS que dá certo” – Experiências de sucesso no SUS

Paralelamente ao Fórum, as Secretarias Estaduais de Saúde apresentaram experiências de sucesso desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

ACRE

Com o nome de “Experiências que Deram Certo”, o estande da Secretaria de Saúde do Acre apresentou o Programa de Eliminação da Hanseníase, que envia médicos aos locais de difícil acesso para realizarem trabalho educativo, de diagnóstico precoce e tratamento. O Saúde Itinerante leva, aos seringais, às aldeias indígenas e aos pequenos municípios, especialistas e médicos generalistas, e também são oferecidos exames como ultra-sonografia, Cirurgia de Alta Frequência (CAF), preventivo de câncer de colo de útero e eletrocardiograma, entre outros. A Secretaria de Saúde do Estado do Acre mostrou também o Programa Capacitação de Parceiros Tradicionais, o Conselho Popular de Saúde e o Dinheiro Direto no Hospital.



ALAGOAS

Os participantes do Fórum tiveram a oportunidade de conhecer o Projeto Crescer, que monitora todas as crianças menores de um ano, além de promover reuniões com as Equipes da Saúde da Família e de melhorar as condições para um crescimento saudável. Detectar a sífilis congênita é outra preocupação de Alagoas, que apresentou o Programa Caça ao Pallidum, o qual realiza exames no recém-nascido e nos pais. Também foi exibida a cartilha “Falando sobre a esquistossomose”, que orienta a população no combate à doença.



BAHIA

O Projeto Mais Saúde Bahia, parceria do governo do Estado com os municípios baianos, foi o carro-chefe do estande. Ele visa melhorar a qualidade das ações de saúde e dos indicadores dos seguintes agravos: hipertensão arterial, diabetes, hanseníase, tuberculose, câncer de colo uterino e anemia falciforme. A capacitação dos profissionais, a assinatura de um termo de compromisso e o encaminhamento de pacientes especiais para médicos especialistas são as ações-base do Programa.

**CEARÁ**

Projeto Saúde mais Perto de Você prevê o atendimento à população mais próximo de onde as pessoas moram, evitando, ao máximo, as transferências para a capital. O Programa facilita o acesso gratuito da população aos serviços especializados nas áreas ambulatorial e de internação. Isso por meio de 29 hospitais-pólo instalados nas 22 microrregionais em que a saúde do Estado é dividida. Nestes hospitais, são feitos atendimentos dos encaminhamentos realizados pelas equipes de PSF e pelas unidades municipais de saúde.

**DISTRITO FEDERAL**

Saúde e Cultura: estas foram as novidades que a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal trouxe para o Rio de Janeiro. No Hospital de Apoio de Brasília, os pacientes, os voluntários e os acompanhantes desenvolvem diversas manifestações culturais como pintura de quadros, peças teatrais, musicais, entre outros. Os portadores de câncer contam com o Programa de Cuidados Paliativos, para minimizar a dor, os sintomas da doença, além de apoiar a família e oferecer assistência domiciliar.



GOIÁS



O estande de Goiás mostrou a Campanha de Olho na Visão, responsável por 45 mil exames em idosos e realização de 1,5 mil cirurgias de cataratas, além de 20 mil consultas gratuitas e distribuição de cerca de 20 mil óculos. Também foi destaque o Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (Crer), criado para suprir a necessidade de que o Estado de Goiás tenha quanto ao tratamento de reabilitação dos portadores de deficiências física e auditiva. O Crer firma-se como centro de referência em reabilitação ao oferecer tratamento multiprofissional que envolve, em um mesmo objetivo, vasta gama de especialidades, visando a uma reabilitação global. O Crer oferece ainda um Complexo Centro de Diagnóstico, que realiza vários tipos de exames; Oficina Ortopédica, que confecciona órteses e próteses sob prescrição médica; e Serviço de Internação com 64 leitos altamente equipados. Desde a inauguração em setembro de 2002, já foi realizado, aproximadamente, 1 milhão de procedimentos em mais de 26 mil pacientes, considerando que 800 pessoas são atendidas por dia.

MARANHÃO

O estande maranhense apresentou os Programas Saúde da Família (PSF), Leite é Vida, Unidade Sanitária e Água em Minha Casa, uma vez que saneamento básico é uma das políticas públicas de Saúde no Estado. Gastropediatras e nutricionistas participam do Programa Leite Especial, distribuído para crianças com intolerância e alergia alimentar e prestam atendimento especializado até o fim do tratamento.



MINAS GERAIS

Na Feira "O SUS que Dá Certo", a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais apresentou as experiências de sucesso, como os Programas Pro-Hosp, Viva Vida e Saúde em Casa, além da Programação Pactuada Integrada (PPI) e as Centrais de Regulação. Também foi exibida a utilização do Sistema de Telemedicina no atendimento aos pacientes portadores de doenças cardiovasculares em Minas Gerais. Esse projeto, que tem a participação da Prefeitura de Belo Horizonte, é pioneiro e reúne cinco universidades do Estado. Foi mostrado, ainda, o papel do controle social na gerência do Hospital Sofia Feldman.



MATO GROSSO DO SUL

No estande do Mato Grosso do Sul, foi exposta a experiência pioneira em ações de prevenção à troca de bebês em maternidades, por meio do Programa Estadual de Identificação Genética com distribuição de *kits* padrões aos hospitais e armazenamento de dados e materiais genéticos por 20 anos.

Outra proposta também pioneira no país foram as ações em prol do aleitamento materno, com amparo legal mediante a reorganização institucional feita pelo poder público, com a Lei no 2.576, de 19/12/2002, que estabeleceu a Política de Aleitamento Materno para o Mato Grosso do Sul. Entre os projetos de aleitamento materno, destacam-se: Carteiro Amigo da Amamentação (desenvolvido em 11 dos 78 municípios em parceria com os Correios e o Ministério da Saúde); Bombeiro Amigo da Amamentação (implementado em 2002, hoje com 180 bombeiros treinados para orientação e assistência domiciliar e coleta de leite humano, aumentando em 100% a coleta de leite); Iniciativa Hospital Amigo da Criança, com hospitais credenciados ao Programa nos municípios de Dourados, Aquidauana, Campo Grande e Três Lagoas; Método Mãe Canguru, com 285 profissionais capacitados para dar atenção especial aos recém-nascidos de baixo peso, e Projeto Cultura Indígena e Amamentação, desenvolvido a partir de 2003 em parceria com a Funasa, com oficinas que desenvolvem material educativo nas línguas Guarani, Kadiwéu e Terena, distribuído em escolas e postos de saúde para incentivar a amamentação nas comunidades indígenas do Estado.

PARÁ

O estande da SES do Pará apresentou a experiência do Programa Saúde à Distância por meio do qual foram implementadas 143 estações de saúde com equipamentos para apoio clínico e webconferências, oferecendo aos profissionais da saúde maior interação, uma vez que o Estado tem dimensões continentais, o que dificulta o deslocamento. O Hospital Metropolitano de Urgência a Emergência, que contará com o primeiro centro de tratamento de queimados do Norte do Brasil, também foi tema no evento.



PARANÁ

A Secretaria de Saúde do Paraná apresentou no Fórum Saúde e Democracia propostas e soluções encontradas no Estado para a área de reabilitação. Além da construção de um hospital modelo, que custará R\$ 15 milhões, da existência de um Centro Regional de Atendimento ao Deficiente (Craid), 210 Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (Apaes) foram cadastradas no SUS. Dessa maneira, o tratamento dos pacientes é personalizado e as entidades ganham novo aporte financeiro. Já foram promovidas discussões sobre o tema em evento organizado em Curitiba e em viagens, como para o Canadá, que possui o maior instituto de referência em reabilitação.

PERNAMBUCO

A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) expôs, em painéis, alguns programas que obtiveram sucesso ao longo de quase oito anos de governo e ainda investimentos importantes para a população. Entre eles, pode-se destacar: **Central de Transplantes**, a primeira do Norte-Nordeste e a sexta do país em número de transplantes – em 2005, foram feitos 945 procedimentos; em 2006, a meta é superar mil transplantes –; **Saúde na Feira**, criado em 1999, este Programa já foi a 171 dos 184 municípios pernambucanos, levando serviços de saúde para o interior do Estado – em 2006, 25 municípios deverão ser beneficiados; o **Programa Qualisus** implementado no Hospital da Restauração, que possui a maior emergência do Norte-Nordeste do Brasil – nessa unidade, já está funcionando o Qualisus, que visa melhorar o atendimento nas grandes emergências. Nele, o paciente é identificado pelo grau de risco, o que agiliza o atendimento para casos mais graves e a ampliação de leitos de UTI (somente em 2006 já foram abertas 43 novas vagas de UTI, sendo 23 na rede própria e 20 por meio de convênio com unidades privadas); **Farmácias** – desde 1999, o atual governo instalou 31 farmácias do Lafepe em todo o Estado – nelas, os medicamentos são vendidos por preços até 500% inferiores aos estabelecimentos convencionais. Além disso, foram criadas 15 óticas que comercializam óculos a preços bem abaixo dos de mercado; **Ligue Saúde e Ouvidoria**, esses dois importantes meios de comunicação e informação com o usuário do SUS foram inaugurados em 2006; **Samu Metropolitano**, o Programa, antes restrito ao Recife, foi implementado em outras dez cidades da Região Metropolitana (Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Abreu e Lima, Ipojuca, Igarassu e São Lourenço da Mata e Goiana), na Zona da Mata, garantindo atendimento de urgência mais rápido e eficiente para mais de 3,5 milhões de pessoas. O Samu é uma parceria entre as esferas municipal,



estadual e federal; **Laboratório Público capacita profissionais de saúde em Emergência Cardiológica** – inaugurado em 2006, o centro fornece capacitações sobre atendimento de urgência a médicos e profissionais de saúde do Estado. Em uma iniciativa pioneira, o governo do Estado está custeando o treinamento de profissionais da rede pública.

PIAUI

A Secretaria de Estado de Saúde do Piauí trouxe um vídeo com algumas ações pioneiras de inclusão social, além de trabalhos com portadores de necessidades especiais. Foram desenvolvidas cartilhas em braile voltadas às mulheres com deficiência visual que são vítimas de violência sexual. Outra iniciativa com foco na mobilização social é a produção do Manual Cidadão Vigilante, que aborda situações do dia-a-dia em que o usuário do SUS recebe informações sobre prevenção e promoção da Saúde.



RIO DE JANEIRO

A Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro apresentou as centrais de regulação do Estado, o Programa de Inclusão Digital das Secretarias Municipais de Saúde, a informatização hospitalar e o Sistema de Informação para Apoio a Decisão, como soluções para otimização do atendimento. Exibiu também a implementação de dois Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais do Estado que fazem cerca de 4 mil atendimentos e influem decisivamente na cobertura vacinal do Rio de Janeiro. O Programa Farmácia Popular também foi mostrado no evento e foi responsável por uma economia de R\$ 90 milhões na compra de remédios.



RIO GRANDE DO SUL

A Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul apresentou na Feira o Programa Primeira Infância Melhor (PIM) que é inédito no país e prevê o estímulo ao desenvolvimento integral infantil entre zero e seis anos de idade. O PIM atua na promoção de potencialidades e inteligência das crianças, repassando à população mais carente orientações que vão desde a importância do pré-natal até cuidados simples. Entre as ações do Programa Saúde da Família (PSF), destaque para o trabalho em cada região do Estado. No que se refere à distribuição de medicamentos excepcionais, o compartilhamento de doses é uma novidade que foi mostrada.



RONDÔNIA

O Estado relatou a experiência de 2005, quando a Secretaria de Saúde realizou reuniões itinerantes da Comissão Intergestores Bipartite. Outro fato abordado foi a aliança ocorrida em Rondônia voltada para hanseníase e tuberculose, que envolveu diversas entidades e grupos representativos da sociedade, com o objetivo de detectar novos casos e acompanhá-los, além de divulgar essas doenças. Lá também é realizada a reabilitação psicossocial aos portadores de hanseníase para promover a reintegração e a inclusão social dos pacientes com alta por cura.

RORAIMA

A implementação da Estratégia do Tratamento Diretamente Observado em Roraima foi a ação de destaque do estande. A reorganização dos serviços e a municipalização das ações de Vigilância Epidemiológica fazem parte da estratégia. A Secretária do Estado mostrou também o Programa de Controle da Tuberculose implantado nos 15 municípios do Estado e nos dois distritos indígenas. O Programa conseguiu aumentar para 85% o número de pacientes curados e reduziu para 2% o abandono do tratamento.



SANTA CATARINA



A distribuição de um manual de orientações sobre as normas sanitárias para comunidades terapêuticas foi a ação pioneira do Estado, apresentada pela Diretoria de Vigilância Sanitária de Santa Catarina no Fórum Saúde e Democracia. Este material é voltado para as comunidades terapêuticas, responsáveis pelo fornecimento e pelo suporte aos usuários abusivos de substâncias psicoativas. Também foi editado manual de

orientações sobre as normas sanitárias para o sistema carcerário. Com o objetivo de orientar as ações e os projetos locais e/ou regionais do Sistema Prisional, no âmbito da Vigilância Sanitária. Dessa forma, pretende-se possibilitar a melhoria da qualidade do atendimento, reduzindo os agravos à saúde aos quais a população prisional está exposta.

Outro manual confeccionado foi a cartilha "Vigilância Sanitária: cidadania e inclusão social", que explica como é o trabalho desenvolvido pela Vigilância Sanitária e incentiva a participação popular, tornando cada cidadão um fiscalizador atento, que, promovendo e protegendo a saúde, estará exercendo a sua cidadania e a inclusão social. As cartilhas foram encaminhadas para municípios catarinenses, escolas e população em geral. Também estão sendo distribuídos à população e aos estabelecimentos comerciais *folders* e cartazes com o tema "Você é o melhor vigilante da sua saúde", com dicas de alimentação, higiene e comportamento que o consumidor deve observar em bares, quiosques e restaurantes.

SÃO PAULO

O estande paulista trouxe a experiência do Estado nas parcerias com as Organizações Sociais de Saúde, que por meio de contratos de gestão gerenciam serviços de saúde. O desempenho das organizações é avaliado por comissões compostas por integrantes de diversas instituições. O maior laboratório oficial do Brasil, a Fundação para o Remédio Popular, também mostrou seu trabalho. O projeto Saúde do Bebê, da Secretaria, distribuiu cartilhas com dicas para as gestantes que dão à luz em hospitais estaduais sobre procedimentos e formas de promoção e prevenção da Saúde.



SERGIPE

Os sete principais programas e projetos de Saúde de Sergipe foram apresentados no estande do Estado. A profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde, que regulariza o vínculo empregatício destes; o Pró-Família, Programa de promoção e prevenção da Saúde; o Programa de organização da Atenção Básica, que auxilia na consolidação do Saúde da Família; a construção da Sala de Situação, responsável pelos estudos descritivos da Saúde no Estado; o Programa de Proteção à Gestante, que conseguiu reduzir os índices de mortalidade infantil; a implementação da Educação Continuada, capacitando os profissionais da área; além do Centro de Atenção à Saúde de Sergipe, que tem o objetivo de dar comodidade aos usuários, foram as atrações de Sergipe no evento.



TOCANTINS

A educação permanente está em vigor em Tocantins. Lá, existem o Programa de implementação de Núcleos de Educação Permanente; de integração de ensino, serviço e gestão; residência médica multiprofissional; entre outros. Projetos de pós-graduação; qualificação e requalificação da atenção ambulatorial de Média e Alta Complexidade; de laboratórios de aprendizagem e formação em áreas específicas garantem a melhora da capacitação dos profissionais da área.



As principais Experiências apresentadas pelos Estados nos estandes da FEIRA

Acre: Programa de Eliminação da Hanseníase; Saúde Itinerante; Capacitação de Parteiras Tradicionais, o Conselho Popular de Saúde e Dinheiro Direto no Hospital.

Alagoas: Projeto Crescer; Caça ao Pallidum e Cartilha "Falando sobre a esquistossomose".

Bahia: Projeto Mais Saúde Bahia.

Ceará: Saúde mais perto de você.

Distrito Federal: Saúde e cultura e Programa de Cuidados Paliativos.

Goiás: Campanha de Olho na Visão e Saúde Bucal.

Maranhão: Programas Saúde da Família (PSF); Leite Especial, Unidade Sanitária e Água em minha casa.

Minas Gerais: Pro-Hosp; Viva Vida e Saúde em Casa; Programação Pactuada Integrada (PPI); Centrais de Regulação; Sistema de Telemedicina no atendimento aos pacientes portadores de doenças cardiovasculares em Minas Gerais e Controle social na gerência do Hospital Sofia Feldman.

Mato Grosso do Sul: Ações de prevenção à troca de bebês em maternidades, por meio do Programa Estadual de Identificação Genética.

Pará: Saúde à Distância.

Paraná: Propostas e soluções para área de reabilitação

Pernambuco: "Um olhar biopsicossocial voltado para o trabalhador da área da Saúde"

Piauí: Ações pioneiras de inclusão social, além de trabalhos com portadores de necessidades especiais, como cartilhas em Braille para as mulheres; e Mobilização social através da produção do manual Cidadão Vigilante.

Rio de Janeiro: Centrais de regulação do Estado; Programa de Inclusão Digital das Secretarias Municipais de Saúde; Informatização hospitalar e o Sistema de Informação para Apoio a Decisão; Implantação de dois Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais do Estado e o Programa Farmácias Populares.

Rio Grande do Sul: Programa Primeira Infância Melhor (PIM) e Distribuição de Medicamentos Excepcionais - compartilhamento de doses

Rondônia: Reuniões itinerantes da Comissão Intergestora Bipartite e Aliança contra a hanseníase e tuberculose.

Roraima: Estratégia do Tratamento Diretamente Observado e Programa de Controle da Tuberculose

Santa Catarina: Manual de orientações sobre as normas sanitárias para comunidades terapêuticas e "Você é o melhor vigilante da sua saúde".

São Paulo: Parcerias com as Organizações Sociais de Saúde; Fundação para o Remédio Popular e o programa Saúde do Bebê.

Sergipe: A profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde; Pró-Família, Programa de organização da Atenção Básica; Construção da Sala de Situação; Programa de Proteção à Gestante; Centro de Atenção à Saúde de Sergipe.

Tocantins: Implantação de Núcleos de Educação Permanente; Projetos de pós-graduação; qualificação e requalificação da atenção ambulatorial de média e alta complexidade; de laboratórios de aprendizagem e formação em áreas específicas.