

# ATUAÇÃO DO PARTIDO DOS TRABALHADORES NA GESTÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE: AGENDAS ESTRATÉGICAS VISANDO A GARANTIA DO DIREITO A SAÚDE E A DEFESA DO SUS

Arthur Chioro<sup>1</sup>

Alexandre Padilha<sup>2</sup>

Humberto Costa<sup>3</sup>

Fausto Pereira dos Santos<sup>4</sup>

Silvana Souza da Silva Pereira<sup>5</sup>

Andre Luis Bonifácio de Carvalho<sup>6</sup>

Ana Paula Menezes<sup>7</sup>

Lumena Almeida Castro Furtado<sup>8</sup>

A eleição de 2002 deu início à ascensão de um projeto democrático e popular à Presidência da República. O governo de Luiz Inácio Lula da Silva (Lula) permitiu avançar na perspectiva de uma sociedade com mais direitos e justiça social. Assim foi com a saúde, cujo programa de governo estava centrado no compromisso e na busca incessante de implementação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Logo no início do governo, uma equipe de transição, composta por colaboradores e militantes históricos

da saúde, trabalhou intensamente para que fossem identificados os principais desafios, os quais guardavam relação com questões estruturais, organizativas, estratégicas e de gestão, que isoladamente ou de maneira sistêmica inviabilizavam a implementação de políticas e programas no âmbito do SUS.

Até então, o Ministério da Saúde (MS) não assumia seu papel como gestor federal da Política Nacional de Saúde, o que resultava em situações de conflito entre as esferas de governo federal, estadual e municipal. Os Núcleos Estaduais do MS e as Coordenações Regionais da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) funcionavam como estruturas paralelas aos estados e municípios.

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) não era reconhecida como espaço de pactuação entre as três esferas de governo, tendo seu papel restrito ao de um fórum para comunicação das decisões do MS e não havia o reconhecimento do Conselho Nacional de Saúde (CNS) como instância deliberativa da Política Nacional de Saúde.

Na mesma linha, a falta de uma agenda nacional que orientasse a articulação do MS com outros órgãos em torno de projetos e programas intersetoriais para enfrentamento de problemas nacionais graves – tais como a violência, a dependência de álcool e outras drogas, a fome, o desemprego, a mortalidade infantil e materna, entre outros – ampliava as dificuldades de enfrentamento dos problemas. Não existia uma Política de Avaliação Científica e Tecnológica que subsidiasse a aquisição e a transferência de tecnologias e que possibilitasse análises de custos na saúde e orientação dos investimentos financeiros; a Política Nacional de Recursos Humanos para o SUS estava em situação semelhante, o que transformava essa questão em ponto crítico para sua implementação.

Existia uma confusão de papéis em relação às agências reguladoras, permitindo que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) assumissem, de forma equivocada, o papel de formulação e normatização das políticas da Vigilância Sanitária e de Saúde Suplementar, funções essas de responsabilidade do governo federal, cabendo às agências a operacionalização das ações definidas pelo MS.

Durante as quatro gestões petistas à frente do governo federal (2003-2016), foram implementadas inúmeras políticas e iniciativas que, de diversas maneiras, buscaram corrigir os problemas identificados ao longo do

processo de transição de um governo neoliberal para um governo com propostas características de desenvolvimento econômico e inclusão social. Essas novas políticas também pautaram o desenvolvimento do SUS, foram incorporadas a ele, e ficaram no imaginário da população brasileira.

Esse período ficou marcado como um momento de expansão e qualificação das políticas de saúde no Brasil, tendo como base o exercício de uma gestão estratégica e participativa, em virtude da governança, da busca incessante do diálogo com as outras instâncias de gestão e com o controle social, do exercício da transparência e da orientação dada na construção de políticas e programas voltados à qualificação dos impactos na saúde da população. Dessa maneira, a garantia da universalidade, da equidade e da integralidade, com ampla participação da sociedade, foram objetivos perseguidos pelas gestões do Partido dos Trabalhadores (PT) à frente do MS.

No tocante à governança, ao apostar na radicalização do processo democrático, tanto em relação ao controle social quanto nas relações interfederativas, o papel de gestor federal do SUS foi reforçado. Isso se deu com a promoção de uma reforma administrativa incorporando algumas temáticas ao MS. Dentre elas estão a gestão do trabalho e da educação para o SUS, o apoio à gestão interfederativa, a incorporação de tecnologias, a assistência farmacêutica, a saúde indígena, a vigilância em saúde, a reorganização da atenção à saúde de forma humanizada, entre outros. Foi assim que o SUS passou a assumir efetivamente a coordenação do Sistema Nacional de Saúde, atendendo os preceitos previstos na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde.

Sendo assim, esse artigo busca apresentar as principais políticas do governo federal no período citado, sem a pretensão de descrevê-las em sua totalidade e nem de avaliá-las em profundidade, buscando indicar aspectos que permaneceram com baixa capacidade de solução e que se apresentam, ainda hoje, como desafios para as próximas gestões.

## **Cronologia de um ministério com muitos ministros**

Durante o período em análise – dois governos do Presidente Lula e dois da Presidenta Dilma, sendo o último interrompido pelo golpe de 2016 –, sete diferentes ministros da saúde estiverem à frente da pasta da saúde,

sendo três vinculados organicamente ao PT: Humberto Costa (2003-2005), Alexandre Padilha (2011-2014) e Arthur Chioro (2014-2015).

As alianças com outros partidos conduziram ao comando do MS alguns quadros políticos reconhecidos no movimento sanitário brasileiro e que não eram petistas, entre os quais pode-se ressaltar José Gomes Temporão e Agenor Alvarez. Destaque-se que todos os indicados, sem exceção, eram da área da saúde, como os então Deputados Federais e médicos José Saraiva Felipe e Marcelo Castro.

No período em estudo, como o Quadro 1 mostra, tivemos sete ministros; em média, um ministro a cada dois anos de mandato presidencial; quatro no ciclo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010) e três no da presidenta Dilma Rousseff (2011-2016), que teve seu mandato interrompido por um golpe de estado.

A rotatividade exposta no quadro tem várias explicações. Uma delas atribui a rotatividade a mudanças oriundas das tensões políticas que imprimiam um movimento de mudança na busca da manutenção da governabilidade e do equilíbrio de forças, como nos casos do primeiro período do governo Lula e do segundo mandato da presidenta Dilma. Este motivo pode justificar uma permanência média de um ministro a cada dois anos, com destaque para períodos mais longevos dos ministros Jose Gomes Temporão, na segunda gestão do presidente Lula, e Alexandre Padilha, no primeiro mandato da presidenta Dilma Rousseff.

**Quadro 1. Ministros da Saúde entre os períodos de 2003 a 2016.**

Luiz Inácio Lula da Silva	Humberto Costa – PT	01/01/2003	08/07/2005
	José Saraiva Felipe – PMDB	08/07/2005	31/03/2006
	José Agenor Álvares	31/03/2006	16/03/2007
	José Gomes Temporão	16/03/2007	31/12/2010

Dilma Rousseff	Alexandre Padilha – PT	01/01/2011	02/02/2014
	Arthur Chioro – PT	03/02/2014	02/10/2015
	Marcelo Castro – PMDB	02/10/2015	27/04/2016
	<i>vago</i>	27/04/2016	12/05/2016

Fonte: elaboração própria.

Mesmo nos períodos nos quais os ministros não eram petistas organicamente, quadros petistas estiveram à frente da condução de importantes políticas. De qualquer forma, todos os ministros mantiveram compromisso explícito e um vetor positivo na construção do SUS no Brasil.

## **Agendas e caminhos construídos para o fortalecimento do SUS: principais avanços**

*Democratização como base para todas as políticas e fortalecimento das relações federativas*

No Brasil, a saúde é direito de todos e dever do Estado, configuração esta que é fruto de um processo de luta pela redemocratização. Inscrito na Constituição Federal de 1988 e base fundante do SUS, o direito à saúde tem na participação da comunidade uma de suas mais importantes diretrizes, regulamentada pela Lei n. 8.142/1990, e que define duas instâncias colegiadas de participação da comunidade, as Conferências e os Conselhos de Saúde<sup>9</sup>.

Cabe destacar que estas duas instâncias de participação social, juntamente com outros instrumentos de participação da comunidade na gestão do SUS, representam uma verdadeira reforma pela democratização da política de saúde e do Estado, ampliando as relações entre democracia representativa e democracia participativa direta, propiciando a participação desde a análise da situação de saúde até a definição de prioridades e a

formulação da política nacional de saúde, por meio do Plano Nacional de Saúde<sup>10</sup>.

Durante os governos do PT foram realizadas quatro Conferências Nacionais de Saúde (11<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup>, 13<sup>a</sup> e 14<sup>a</sup>), que contribuíram de forma incontestável para o processo de fortalecimento e construção de espaços de participação social. Nesse período, houve um dos maiores e mais expressivos processos de mobilização e diálogo direto com a sociedade, tendo sido debatidos: temas inerentes ao acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social; o direito à saúde e a gestão participativa; os desafios do financiamento e a participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde; a saúde como patrimônio do povo brasileiro e a relação público-privado; e a gestão do SUS e modelos de Atenção à Saúde<sup>11</sup>.

Cabe destacar que, a partir do governo Lula, a equidade entrou na agenda das políticas públicas, inclusive com a criação de secretarias com *status* de ministérios, como a Secretaria de Política de Promoção da Igualdade Racial (Seppir), a Secretaria de Direitos Humanos (SDH), a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) e a Secretaria Nacional da Juventude (SNJ), articulando-se, a partir desse período, o conceito de equidade com justiça social, o que permitiu estabelecer políticas voltadas aos mais vulneráveis da sociedade e os excluídos social e economicamente. Esta opção política incide também na construção de um novo modelo de gestão da saúde pública no país.

A opção pela gestão democrática, ancorada na democracia participativa, ampliou os espaços de diálogo e de construção, levando o governo a adotar práticas e mecanismos que efetivaram a participação social de usuários, trabalhadores e gestores do SUS. Neste contexto, a gestão democrática ganhou ainda mais espaço, reafirmando e valorizando o papel da participação social no SUS, nos diferentes e diversos espaços, e ampliando as possibilidades no reconhecimento das iniquidades em saúde de populações específicas e ampliando os espaços de ausculta da sociedade.

Nesta linha, foram aprovadas uma série de políticas e agendas estratégicas de caráter afirmativo que, além de ampliar o acesso a ações e serviços de saúde, abriram campo para um conjunto considerável de espaços de representação para os movimentos sociais, com destaque para:

a) Comitês de Promoção de Equidade, desenvolvidos como espaços de elaboração e monitoramento das políticas de promoção de equidade;

- b) Política Nacional de Saúde Integral da População Negra<sup>12</sup>;
- c) Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas<sup>13</sup>;
- d) Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais<sup>14</sup>
- e) Política Nacional para a População em Situação de Rua<sup>15</sup>; e
- f) Política Nacional de Educação Popular em Saúde<sup>16</sup>.

Esse conjunto de políticas se apresenta como um marco de cidadania no SUS, contribuindo para que outras políticas sociais estabelecessem ações e estratégias visando o enfrentamento das desigualdades sociais. Os avanços conquistados sob a égide dos governos do PT à frente do MS foram fruto de processos participativos, em diferentes espaços de gestão e participação social, onde o respeito ao protagonismo dos movimentos sociais na construção das políticas demonstrou o compromisso das gestões com a democracia participativa enquanto componente estruturante da relação com a sociedade.

Os processos de participação social e de transparência foram legados característicos das gestões petistas. Por meio da consulta e análise dos relatórios anuais de gestão desse período, discutidos e aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde, é possível acompanhar a execução de todas as políticas do Ministério da Saúde no período.

As relações interfederativas no SUS se caracterizam pela necessidade de formar um sistema único, sendo possível apenas com a construção de uma gestão compartilhada por meio de relação tripartite, onde não existem hierarquias e os interesses são trabalhados à luz das realidades e necessidades de cada local, considerando os contextos regionais. A prática da negociação e do consenso auxilia os gestores e suas equipes a aplicar seus conhecimentos sobre as necessidades, permitindo uma avaliação da implantação das políticas e dos resultados alcançados.

Neste sentido, as gestões do PT investiram no fortalecimento dos vínculos interfederativos, respeitando a autonomia dos gestores e a qualificação dos espaços das relações federativas com ênfase nos trabalhos das Comissões Intergestores Tripartite, Bipartite e Regional, propiciando a multiplicidade de interações inerentes à dinâmica federativa, onde a relação

entre os entes autônomos sempre foi balizada pela busca de ações e práticas integrais.

O Pacto pela Saúde e seu aprimoramento – com a promulgação do Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou aspectos da Lei n. 8.080/90 – teve como fundamento principal o respeito aos princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população. Isso implica o exercício simultâneo da definição de prioridades articuladas e integradas, buscando a melhoria do acesso a ações e serviços de saúde, o fortalecimento do planejamento regional com a consequente definição das redes de atenção nas regiões de saúde, o aprimoramento dos mecanismos de governança e a qualificação dos processos de pactuação tripartite<sup>17</sup>.

No mesmo sentido, o art. 30 do Decreto n. 7.508/2011 regulamentou a Lei 8.080/90:

Art. 30. As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo: I – a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais; II – a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e III – a Comissão Intergestores Regional (CIR), no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIT<sup>18</sup>.

Pelo exposto, viu-se a importância do papel dos governos do PT na construção e fortalecimento dos espaços de relação federativa do SUS, na perspectiva de uma articulação sistêmica com abordagem voltada para a intervenção sobre os principais problemas de saúde da população, tendo como resultado a pactuação de um conjunto considerável de política públicas destacadas neste artigo.

Para além dessa característica de implantação de política pública – feita de forma participativa, democrática e republicana –, são apresentadas, a seguir, algumas outras políticas exitosas que ficaram marcadas como legado petista na gestão federal do SUS.

## Vigilância em Saúde: população mais protegida

No período em questão, o MS introduziu novas vacinas e ampliou a faixa etária de várias vacinas do Programa Nacional de Imunizações, além de outros avanços, entre os quais se pode destacar:

- Incorporação de novas vacinas ao calendário nacional, como as destinadas à prevenção da *Influenza* – H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>, Hepatite A, HPV e Difteria-Tétano acelular;
- Ampliação da cobertura vacinal de algumas vacinas para outros grupos de risco, como pacientes crônicos e adolescentes;
- Eliminação da rubéola e do sarampo;
- Criação de 54 Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) (27 Estados, 26 capitais e 1 Nacional);
- Normatização referente à Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional e estruturação da Força Nacional do SUS pelo Decreto 7.616/2011<sup>19</sup>;
- Organização dos processos de preparação e resposta às emergências em saúde pública (planos de emergência, planos de contingência, capacitações, insumos e logística);
- Incorporação do novo Regulamento Sanitário Internacional<sup>20</sup> no arcabouço jurídico do SUS;
- Campanha Nacional de Hanseníase, Verminose e Tracoma;
- Elaboração da política Nacional de Controle da Dengue com diretrizes específicas;
- Estruturação da rede de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;
- Implantação de 12 laboratórios de Fronteira e Implantação do Financiamento para os Laboratórios de Saúde Pública (Finlacen).

O Brasil tornou-se signatário do Plano de Erradicação Global da Poliomielite (Fase Final 2013-2018); do Projeto Latino-Americano de Pertussis (LAPP), em parceria com o Centro de Prevenção e Controle de Doenças (CDC/EUA); e do Plano de Eliminação do Tétano Neonatal (PETNN).

Foram inúmeros os avanços nas áreas de Vigilância em Saúde. O MS fortaleceu sua capacidade de diálogo internacional e ao mesmo tempo com

os entes subnacionais (estados e municípios). Apenas com essa articulação e prioridade nos investimentos foi possível atingir metas estabelecidas e colocar o Brasil num patamar mundial em termos sanitários semelhante ao de países desenvolvidos.

## **Consolidação e qualificação da Atenção Básica**

A cobertura populacional de Estratégia Saúde da Família foi fortemente ampliada nos governos do PT. Entre 2003 e 2016, o índice de cobertura passou de 36% para 61%. Isso significa que a iniciativa alcançou cerca de 124 milhões de pessoas, atendidas por meio de 40,3 mil equipes, em mais de 5.464 municípios.

A cobertura de Agentes Comunitários de Saúde foi ampliada de 54,05%, em 2003, para 63%, em 2016, contando com a presença de 266.169 mil agentes em mais de 5,5 mil municípios. Até abril de 2016, foram concluídas 15.720 obras, das quais 5.248 obras de ampliação, 4.286 construções e 6.186 reformas concluídas, e estavam em funcionamento 41.557 UBS.

Os resultados do investimento na expansão e qualificação da Atenção Básica podem ser observados claramente. A mortalidade infantil (em crianças menores de 1 ano) caiu de forma significativa no Brasil.

Na operacionalização da política nacional de Atenção Básica pelo MS permanecem algumas questões a serem superadas, dentre as quais se destacam:

- A diversidade dos municípios brasileiros requer políticas diferenciadas que atendam a todas as necessidades de forma equânime. Esse formato estava sendo implantado em políticas como o Mais Médicos e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica<sup>21</sup>(PMAQ – AB), que reconheciam as diferenças de cada localidade. Esse processo foi interrompido em 2019, pelo governo Bolsonaro, pela publicação da portaria que redefine o financiamento da Atenção Básica<sup>22</sup>.

- A necessidade de estimular políticas de ampliação do escopo da Atenção Básica, com o objetivo de torná-la mais resolutiva e com capacidade de responder horizontalmente às necessidades de saúde do cidadão, além de

enfrentar desafios impostos pelo novo perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira.

- A indução de políticas harmônicas e coordenadas em rede, a partir da centralidade da Atenção Básica, para garantir a integralidade do cuidado <sup>23</sup>.

## **Brasil Sorridente: expansão da assistência em saúde bucal**

A prioridade na política de saúde bucal foi dada pelo próprio presidente Lula. Entender a importância da saúde bucal na integralidade da atenção e na dignidade do cidadão esteve na agenda de todos os dirigentes do MS nas gestões petistas.

De acordo com os Sistemas de Informação em Saúde, em 2002 eram 114.320 equipes, contra 24.666 em 2016, perfazendo um aumento de 571% nas Equipes de Saúde Bucal no período.

Outro desafio superado foi o de garantir uma atenção integral à saúde bucal, que exigiu a ampliação do padrão dos procedimentos. Assim, o Brasil Sorridente, em 2016, contava com 1.033 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), realizando procedimentos de maior complexidade, como cirurgias, tratamento de canal, oferta de implantes, ortodontia e diagnóstico de câncer de boca. Até esse período foram disponibilizadas mais de 33,5 mil próteses dentárias.

Fica evidente que essa ampliação de acesso permitiu uma melhoria na saúde bucal da população brasileira. Segundo a Coordenação de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, entre 2003 e 2009, mais de três milhões de dentes deixaram de ser extraídos da população usuária do SUS. Em média, foram 400 mil dentes conservados por ano <sup>24</sup>.

## **Assistência farmacêutica: maior oferta de medicamentos**

Garantir medicamentos foi sempre uma das prioridades do MS, que procurou expandir e garantir acesso dos usuários do SUS aos componentes básicos, estratégicos e especializados da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Algumas ações podem ser destacadas:

a) a criação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), que implementou e coordenou a regulação econômica do mercado, de forma a estimular a oferta de medicamentos e a competitividade do setor;

b) o apoio aos laboratórios oficiais;

c) a isenção de ICMS para medicamentos de alto custo e

d) o reforço aos medicamentos genéricos <sup>25</sup>.

Importante política de acesso a medicamentos também teve destaque nas gestões petistas: o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB)<sup>26</sup>. O Programa procurou disponibilizar à população medicamentos gratuitos ou a baixo custo, da seguinte forma:

a) Rede Própria

Constituída por Farmácias Populares, em parceria com os estados, Distrito Federal, municípios e hospitais filantrópicos. A criação dessas unidades próprias tinha a finalidade de fornecer mais de cem itens, entre fármacos e preservativo masculino, pelo seu valor de custo, representando um desconto de 90% do valor de mercado, além do atendimento personalizado por farmacêuticos e profissionais da saúde. Esse eixo foi extinto em 2019.

b) Aqui Tem Farmácia Popular

Constituído em 2006 por meio de convênios entre o MS e a rede privada de farmácias e drogarias. Tem por objetivo disponibilizar à população, a preço de custo, os medicamentos para o tratamento de hipertensão, diabetes, asma, rinite, dislipidemia, doença de Parkinson, osteoporose e glaucoma, além de contraceptivos e fraldas geriátricas, com uma redução que pode chegar a 90% do valor de mercado, e numa rede capilarizada de farmácias, podendo chegar a todas as localidades

c) Saúde Não Tem Preço

A partir de 2011, o programa passou a disponibilizar os medicamentos indicados para o tratamento da hipertensão e do diabetes sem custos para os usuários na rede privada de farmácias

O programa foi criado para atender pessoas usuárias ou não dos serviços públicos de saúde que enfrentam dificuldades para a aquisição de medicamentos receitados, evitando assim que a carência ou a utilização indevida de fármacos causassem prejuízo no tratamento. Para acesso ao

programa e a obtenção dos medicamentos é obrigatório a apresentação de receituário médico ou odontológico, de acordo com a legislação <sup>27</sup>.

Apesar de algumas críticas terem sido apontadas ao programa, vários estudos demonstraram que houve ampliação do acesso a medicamentos para a população<sup>28</sup>, não restando dúvidas sobre a importância do programa Farmácia Popular no acesso universal e integral à assistência farmacêutica, sendo um dos programas mais reconhecidos como importantes pela população brasileira.

## **Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB)**

Instituído em 2013, o PMMB, por meio da Lei 12.871 <sup>29</sup>, ampliou a assistência na Atenção Básica fixando médicos nas regiões onde inexistia esse profissional. O governo enfrentou a resistência da oposição de direita e das entidades de classe dos médicos brasileiros, mas recebeu aprovação imediata de milhões de pessoas que nunca foram atendidas por um médico na vida ou que precisavam se deslocar para outras cidades a fim de receber a atenção médica. O programa foi criado para fortalecer a atenção básica de saúde, setor que, comprovadamente, pode resolver cerca de 80% dos problemas de saúde da população <sup>30</sup>. A estratégia foi a de provimento emergencial, formação e estruturação da rede básica.

### **a) Provimento Emergencial:**

Por meio do Programa, 18.240 médicos passaram a atender a população de 4.058 mil municípios, cobrindo 72,8% do total de municípios do país e os 34 Distritos Sanitários Indígenas (DSEIs), beneficiando cerca de 63 milhões de brasileiros.<sup>31</sup>

O processo de seleção dos médicos seguiu um roteiro onde primeiro eram selecionados médicos em exercício no Brasil, e, caso não fossem preenchidas as vagas, selecionava-se médicos estrangeiros com registro em seus países de origem. Se ainda assim não fossem preenchidas as vagas, firmou-se um acordo de cooperação com o governo de Cuba, com a intermediação da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), para o provimento do restante das vagas.

Todos os médicos de outros países foram submetidos a um processo de preparo e formação para atender a população brasileira. Por conta dessa

ampliação de acesso, e da presença de profissionais qualificados, o PMMB sempre foi avaliado positivamente<sup>32</sup>, sendo uma das maiores marcas do PT no Ministério da Saúde.

b) Formação médica:

Além do provimento de médicos, o Mais Médicos previu a reestruturação da formação desses profissionais. Foram criadas 5.849 novas vagas em cursos de graduação de Medicina, sendo 3.749 em instituições privadas e 2.100 em instituições públicas, e implementadas importantes mudanças na estrutura curricular para uma formação mais condizente com as necessidades do SUS, como a ampliação do período obrigatório de internato, com a inclusão do internato em atenção primária e na urgência. Buscou-se aproximar os estudantes de medicina para uma prática na Atenção Básica, como prova da importância deste nível de atenção para a solução dos problemas de saúde<sup>33</sup>.

Em relação à formação de especialistas, foram criadas 7.172 novas vagas de residências médicas entre 2011 e 2016, totalizando 7.957 bolsas-formação ofertadas pelo MS.

c) Estruturação:

Foram destinados mais de 5 bilhões de reais no período de 2011 a 2016 para reestruturar as unidades básicas de saúde (construção, reforma e ampliação), com o objetivo de garantir cuidado humanizado e maior resolutividade para a atenção básica.

O PMMB foi positivamente avaliado pela população e diversos estudos científicos vêm demonstrando a eficácia do programa.

O bom desempenho técnico e humanizado dos médicos contribuiu para a satisfação dos usuários que ressaltaram a importância da continuidade do programa. Na dimensão responsividade, a maioria dos usuários externou contentamento quanto aos aspectos não médicos do cuidado: rapidez no agendamento, tempo de espera inferior a uma hora e privacidade. As sugestões dos usuários de melhorias na infraestrutura, maior disponibilidade de medicamentos e presença de mais médicos devem ser consideradas pelos gestores do Sistema Único de Saúde para avançar na garantia do direito constitucional de acesso à saúde no Brasil<sup>34</sup>.

Além disto, muitos estudos em andamento e outros já concluídos mostram que houve redução das internações por causas sensíveis à atenção básica em localidades onde o programa foi implantado <sup>35</sup>.

Trata-se de um programa que previa ações de curto, médio e longo prazos, cuja execução traria impactos de forma permanente para a saúde da população. A abertura de vagas em faculdades de medicina e de programas de residência médica foi interrompida, não tendo sido dada sequência a esse eixo de formação. Assim, sua fragilização e interrupção, após o golpe de 2016, são indicativas da disputa que o programa ensejou com os setores conservadores.

## **Saúde Mental: consolidação de um Modelo de Cuidado em Liberdade**

O governo federal teve como prioridade consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária por meio da Política Nacional de Saúde Mental, garantindo o cuidado em liberdade das pessoas com transtornos mentais e em uso intensivo de álcool e outras drogas nos serviços abertos e comunitários. Em consonância com os princípios do movimento da reforma psiquiátrica e a partir da Lei 10.216/01, o governo federal impulsionou a construção de um modelo de cuidado de fato substitutivo aos manicômios e aos serviços fechados, mudando o foco da hospitalização como centro ou única possibilidade de tratamento. Foi realizado investimento em uma rede múltipla que articula cuidado em saúde, defesa dos direitos humanos e aposta na produção de autonomia de cada pessoa. Houve ampliação da rede de serviços, com incorporação de novos serviços e um grande investimento na formação dos trabalhadores para este novo jeito de cuidar em rede. A incorporação de espaços voltados ao cuidado de crianças e adolescentes também foi um diferencial.

No período de 2013 até março de 2016 foram implantados 1904 novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), totalizando 2.328 presentes nos 27 estados, perfazendo um incremento de 550%. Com a abertura dos novos serviços, atingiu-se o total de 88 CAPS Álcool e outras Drogas (voltados para o tratamento a usuários e dependentes de drogas, com funcionamento 24 horas) habilitados pelo MS até março de 2016. Ainda existem 1.135 CAPS 1,

488 CAPS II, 92 CAPS III, 210 CAPSi, e 315 CAPSad, somando 2.328 equipamentos de atenção psicossocial. Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) permitiram a retirada de pessoas que estavam presas há décadas em hospitais psiquiátricos e passaram a ter direito à cidade, efetivando a desinstitucionalização, com 303 SRT até 23 de setembro de 2015. Foi estabelecida uma rede articulada com Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Hospitais Gerais, Unidades Básicas de Saúde e 141 Consultórios na Rua até 23 de setembro de 2015, permitindo chegar às pessoas onde elas estavam.

O recurso de custeio para os serviços extra-hospitalares de base comunitária da Rede de Atenção Psicossocial teve aumento de R\$ 226.004.455,90 no ano de 2003 para R\$ 1.291.702.987,09 em 2015, representando um incremento de 571%. Isso permitiu avançar na consolidação dos objetivos da Reforma Psiquiátrica e reordenar o modelo de atenção às pessoas com transtorno mental. Também se operou a inversão da curva de financiamento federal: com 75,24% do recurso da área voltado para leitos hospitalares em 2002 e apenas 24,76% para os serviços de base territorial, passou em 2013 para 24,76% para os hospitais e 79,39% para os serviços comunitários, concretizando uma aposta na possibilidade de produzir a vida em liberdade.

No cuidado às pessoas em uso intensivo de álcool e outras drogas foi construída uma gestão compartilhada com outros ministérios, fortalecendo a diretriz de construção de redes de cuidado intersetorial.

## **Implantação do SAMU e a expansão da Rede de Urgência e Emergência**

Um dos maiores desafios do SUS era propor e organizar a política nacional de urgência e emergência, inexistente até 2003, garantindo que fosse realizada de forma integral, resolutiva e humanizada. O papel indutor da União era fundamental para estimular essa mudança. Elaborá-la logo no início do governo Lula foi um exercício importante para os novos gestores federais do MS, que submeteram a política ao Conselho Nacional de Saúde para deliberação e à pactuação na Comissão Intergestores Tripartite 1, um

importante marco no novo formato de fazer políticas de saúde implantado pelo MS, em respeito às instâncias de deliberação e pactuação do SUS.

A implantação do SAMU na primeira gestão, ainda em 2003, e das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), no segundo governo Lula, assim como da Rede de Urgência e Emergência, no primeiro governo da Presidenta Dilma, produziram profundas transformações no atendimento de urgências no país.

O processo de implantação do SAMU 192 foi intenso e de importante capilaridade. Ao lado do Programa Nacional de Imunizações (PNI), o SAMU pode ser considerado um importante marcador da universalidade do SUS, reconhecido pela população brasileira.

Em 2016, 3.354 ambulâncias e 185 centrais de regulação do SAMU alcançavam quase três mil municípios, em todos os estados brasileiros, garantindo cobertura populacional a 156 milhões de pessoas ao SAMU (o que corresponde à 75% da população), independente de serem ou não usuários do SUS.

As UPA 24h foram lançadas como parte da Política Nacional de Urgência e Emergência, funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana e podem resolver grande parte das urgências e emergências de pequena e média complexidades, além de estabilizar os casos graves até que possam ser transferidos com segurança para hospitais de referência. Com isso, ajudam a diminuir as filas e a superlotação nos prontos-socorros dos hospitais. A UPA inovou ao oferecer estrutura simplificada, com raio-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação. No final de 2014, tínhamos 449 UPAS em funcionamento. Estas UPAs possuíam a capacidade diária de 117,9 mil atendimentos e de 3,5 milhões de atendimentos mensais, com uma capacidade de atendimento estimada em 95,8 milhões de habitantes e cobertura de 47% da população. O incentivo anual de custeio repassado pelo Ministério de Saúde para as Unidades já em funcionamento chegava a mais de R\$ 1,4 bilhões. Além disso, para melhorar a fixação das equipes das UPA em locais distantes, o custeio para as unidades da Amazônia Legal foi reajustado em 30%.

Esses dois componentes da política nacional de atenção às urgências foram intensamente implantados. Para o SAMU, a União comprou ambulâncias, financiou as centrais de regulação e assumiu 50 % do custeio

mensal para garantir o êxito da política. As UPAs também tiveram intensa participação federal, tanto no financiamento para execução das obras como no custeio mensal, com o objetivo de garantir o funcionamento dessas unidades.

A implantação da Rede de Urgência e Emergência (RUE) foi mais um passo para dar consecução à política nacional. Outros componentes foram incorporados, além dos já citados, como a Atenção Domiciliar, o desenho do papel dos hospitais na rede de atenção, a expansão dos chamados leitos resolutivos e UTI, a criação da Força Nacional do SUS e outras tipologias, buscando articulá-los em rede e garantir a atenção integral para os diferentes níveis de complexidade da estrutura assistencial das regiões de saúde pelo Brasil <sup>36</sup>.

Outros componentes da política foram implantados de forma mais pontual e tímida, sempre com descontinuidade. Os hospitais de grande porte e até os pequenos nas cidades mais distantes continuam com dificuldades de respostas para que a atenção às urgências seja integral, atendendo todas as etapas desse nível de cuidado. A necessidade de articular toda a rede de urgência e de investir em todos os eixos é premente <sup>37</sup>.

## **Transplante: Brasil é referência mundial**

O Brasil se tornou uma referência mundial no campo dos transplantes e o SUS é responsável por 95% dos procedimentos realizados, sendo o maior sistema público de transplantes do mundo. Em 2003, foram realizados 12.722 transplantes. Em 2015, o número chegou a 23.666, um aumento de 86%.

O Brasil contava com uma rede integrada de serviços de transplantes em 26 estados e no Distrito Federal (DF), sendo 27 Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, além de câmaras técnicas nacionais, 481 Centros de Transplantes, 1.180 equipes de Transplantes e 67 Organizações de Procura de Órgãos (OPOs), consolidando assim, um verdadeiro Sistema Nacional de Transplantes (SNT), articulando as diversas estruturas existentes.

Em todas as gestões foram desenvolvidas iniciativas de ampliação do SNT para áreas ainda não cobertas pelo sistema. Em 2015, em decorrência das inúmeras judicializações que vinham ocorrendo e para ampliar o acesso

aos pacientes e aperfeiçoar a qualidade dos procedimentos de transplantes multiviscerais e de intestino, foi elaborado um Termo de Cooperação MS/OPAS para a incorporação tecnológica em Transplante Multivisceral. Foram criados três centros de reabilitação intestinal para o SUS e foi criada a Câmara Técnica Nacional de Transplante Multivisceral, um passo fundamental para incorporar esse transplante no SNT.

Reconhecendo a necessidade de ampliar o acesso aos serviços de transplantes e garantir a cobertura dos vazios assistenciais e do alto custo do tratamento dos pacientes que necessitam de tratamento fora do seu domicílio, foi instituída a tutoria em doação e transplantes no âmbito do SNT, em setembro de 2012. O objetivo era desenvolver o sistema de doação e transplantes nos entes federativos que necessitavam de cooperação tecnológica para o seu aperfeiçoamento. Apoiando que serviços com experiência na realização de transplantes de excelência pudessem capacitar outros profissionais na área, que, posteriormente, deverão estar aptos a desenvolver de forma autônoma o processo de doação e transplantes, no âmbito de sua área de atuação. Em 2014 foi aprovado novo projeto de tutoria, qualificação e estudo e pesquisa em doação e transplantes: tutoria em transplante de fígado no estado de Minas Gerais (tutor: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein).

## **Gestão e incorporação da tecnologia e Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP)**

O conceito de Complexo Econômico e Industrial para a Saúde, que se assenta na ideia de que as questões sociais e de saúde se aliam ao desenvolvimento sustentável econômico como políticas indissociáveis, foi pauta para a definição de políticas na área de ciência e tecnologia do Ministério nos governos Lula e Dilma. Procurou-se trazer o conceito do desenvolvimentismo contemporâneo para dentro do governo, saindo da lógica de que a saúde era “gastadora” e que poderia produzir riquezas com sua sustentabilidade, tornando-se um investimento.

Organizar o processo de incorporação de tecnologias, um dos maiores desafios da saúde pública e privada brasileiras, teve em 2011 um importante marco. A criação e a institucionalização da Comissão Nacional de

Incorporação de Tecnologias (Conitec) permitiu analisar criticamente a utilização de novos medicamentos e procedimentos no SUS. A inclusão de novos medicamentos no SUS obedece às regras da Conitec<sup>38</sup>, que exige comprovação da eficácia, custo-efetividade e segurança do produto por meio de evidência clínica consolidada e assim garante a proteção do cidadão que fará uso do medicamento. De 2012 a 2015, foram 168 decisões de incorporação ao SUS, 73 de não incorporação e 31 de exclusão do SUS.

As Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) foram consideradas uma das estratégias mais efetivas voltadas à consolidação da produção nacional de tecnologias estratégicas para o SUS, resultantes do processo de otimização das compras públicas do MS. Ao final do governo Dilma, estavam vigentes 85 PDP; 19 produtores públicos e 50 produtores privados; 91 produtos: 61 medicamentos, 6 vacinas, 19 produtos para a saúde e 5 equipamentos; 9 parcerias de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D); 28 produtos já em aquisição pelo MS (1 produto para a saúde e 27 medicamentos); 2 PDP com a internalização de tecnologia concluídas (Clozapina e Vacina Influenza). As PDP corresponderam, até dezembro de 2015, a 28% do valor total de aquisições realizadas pelo MS, com uma economia realizada (2011-2015) de R\$ 2,4 bilhões e uma previsão de economia prevista (ao final dos projetos em fase de PDP) de cerca de R\$ 5,3 bilhões.

## **Fortalecimento do papel regulador do Estado**

A chegada do PT ao governo federal se deu pouco tempo após a criação das Agências Reguladoras da Saúde pelo governo de Fernando Henrique Cardoso - a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) em 1999 e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2000 -, ficando sob responsabilidade do governo Lula o desafio de imprimir a essas agências a autonomia necessária e ao mesmo tempo articulá-las com as políticas de saúde do MS.

Buscou-se, assim como nas demais agências reguladoras, aumentar a transparência nas ações, permitindo mais segurança à população e aos mercados regulados. Instrumentos como Consulta Pública, Audiência Pública e fortalecimento das instâncias de ausculta, entre outros, foram

implantados em ambas as agências. Foram criadas as carreiras e realizados os concursos públicos que estabilizaram o quadro de servidores das Agências, o que permitiu o exercício pleno do poder de regulação.

Na Anvisa, um dos vetores de desenvolvimento da indústria farmacêutica foi proporcionar um processo de registro de medicamentos e outros materiais definido com regras claras, pautado no interesse público e com a transparência necessária ao setor. Isso gera riquezas, empregos, e o mais importante, fortalece a concorrência, garantindo acesso da população a esses produtos de forma segura e com preços justos.

Organizar um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária também foi arduamente perseguido pela Anvisa, articulando os estados e municípios em um regramento único e pactuado para tornar o Sistema de Saúde cada vez mais único em todas as localidades, reconhecendo as dificuldades e necessidades de cada um.

Já a ANS encontrou um mercado praticamente desregulado. Assim, características foram impressas nesse setor durante esse período. O mercado de Saúde Suplementar se organizou a partir de regras administrativas e financeiras, podendo assim organizar seus processos internos de forma a garantir maior sustentabilidade ao mercado e, desta forma, atingir o principal objetivo, trazer mais segurança aos beneficiários desse setor. Fortalecer as atividades de fiscalização e garantir maior efetividade ao Ressarcimento ao SUS foram desafios perseguidos pela ANS.

Outra ação importante da atuação desta agência foi definir uma forma de Regulação Assistencial, que estipulava critérios de qualidade para as operadoras (implantação do indicador de desempenho – IDSS), bem como a indução de um modelo de atenção à saúde mais próximo do que estava sendo implantado pelo MS. Assim, as políticas de promoção e prevenção, o fortalecimento da atenção básica e o debate sobre estratégias para incentivar o parto normal foram temas recorrentes e adotados pelas operadoras nesse período, temas esses comuns no debate do SUS, e até então pouco adotados na Saúde Suplementar.

## **Redução da mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida dos brasileiros**

A mortalidade infantil sofreu uma redução drástica no Brasil entre 1990 e 2015. A quantidade de crianças mortas até o primeiro ano de vida, entre mil nascidos, foi reduzida de 51,6 (1990) para 13,82 (2015), uma queda de 74%. Em 2002, o índice era de 26,04 (IBGE, 2020). Uma redução de cerca de 50%. Além da estruturação do SUS, programas como o Bolsa Família, da atenção básica, por meio da Saúde da Família e do Mais Médicos, a Rede Cegonha e outras políticas de assistência à gestante e acompanhamento da gestação são responsáveis por esse avanço. Dentre os Objetivos do Milênio estabelecidos pela ONU, uma das metas era reduzir em 2/3 (66%), até 2015, a taxa de mortalidade infantil de 1990. O Brasil atingiu essa meta em 2007, no segundo mandato do ex-presidente Lula, quando a taxa foi reduzida a 17,9 mortes por mil nascidos.

Com a melhoria da saúde e da assistência social, a expectativa de vida do povo brasileiro aumentou bastante sob os governos Lula e Dilma. Em 2002, a esperança de vida média do brasileiro era de 70 anos e 9 meses. Em 2016, esse índice havia alcançado 75 anos e 9 meses.

## **Discussão e desafios**

Se inúmeros avanços foram conquistados, algumas questões estruturais do sistema de saúde brasileiro não foram adequadamente enfrentadas durante esse período, valendo aqui ressaltar duas delas: o financiamento suficiente e estável, um modelo de gestão das unidades do SUS que permitisse maior agilidade e melhores respostas para a sociedade brasileira e a produção de redes de cuidado com reorganização da atenção especializada na perspectiva de garantia da integralidade.

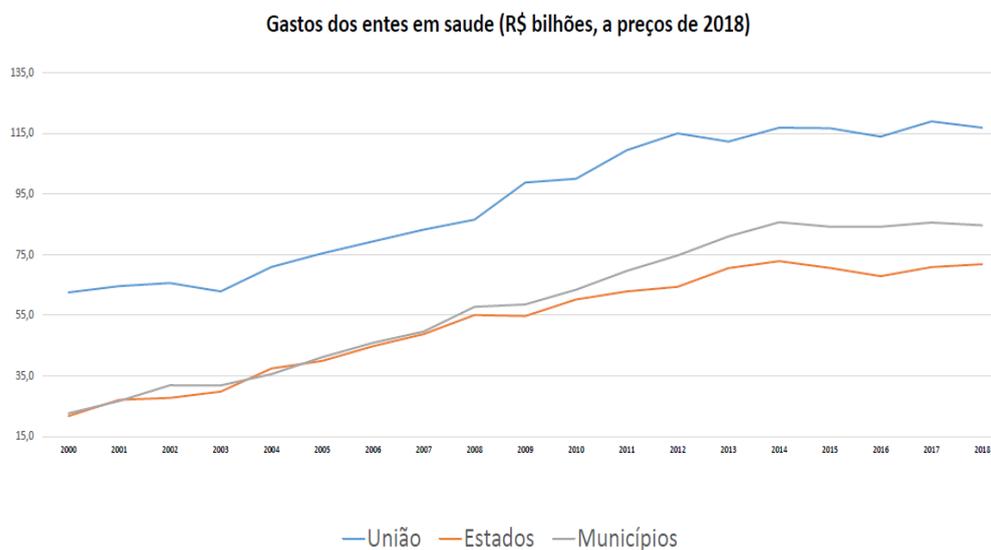
## **Financiamento**

A aprovação e implementação da Emenda Constitucional 29 e da Lei 141, estrutura legal/normativa, permitiu uma sustentação e certa estabilidade ao financiamento do SUS. O gráfico abaixo mostra que os três entes da

Federação incrementaram seus aportes para o setor saúde no período. Incremento mais acentuado dos municípios, seguido pelos estados e, de forma menos acentuada, pela União. Isso se deve, é bom destacar, também ao fato de que municípios e estados partiram de patamares mais baixos. Ou seja, houve crescimento real de recursos para a saúde no período de 2000 a 2018.

No entanto, conforme mostra o gráfico seguinte, a participação em termos proporcionais ao PIB, ou da receita corrente líquida, manteve-se estável durante todo o período. A EC 29 protegeu os recursos, porém não significou crescimento da participação proporcional, mantendo o Brasil com uma participação muito pequena no financiamento público da saúde, o que fica claro quando se compara com dados dos países vizinhos da América Latina, ou então com outros países com sistemas universais de saúde.

**Gráfico 01 – Gastos dos entes em saúde (R\$ bilhões, a preços de 2018)**



Fonte: Siop, Siops, IBGE (preços médio – IPCA).

**Gráfico 02 – Valores federais aplicados em ações e serviços públicos de saúde – 2000 a 2021**



Fonte: [Sioip](#) (gastos de saúde), IBGE (PIB 2000 a 2019), PLOA 21 (PIB 2020 e 2021), STN (RCL 2000 a 2019) e Relatório LOA (RCL 2020). Entre 2000 e 2019, empenho. Para 2020, LOA inicial. Para 2021, PLOA.

Outra inconsistência no financiamento da saúde brasileira é a inversão do gasto público e privado, sendo esse último maior. Na maioria dos países com sistemas universais de saúde há maior investimento do gasto público.

Os gastos privados em saúde no Brasil representaram 51, 8% dos gastos totais, sendo mais da metade com gastos diretos do bolso das famílias (prioritariamente com medicamentos) [...]. Outra grave distorção são as deduções no imposto de renda de despesas privadas. Apenas em 2013, foram deduzidos R\$ 13, 5 bilhões, que equivalem a 16% das despesas federais em saúde nesse ano.<sup>39</sup>

Assim, com a aprovação da EC 95, que estabelece o congelamento dos gastos por 20 anos, e sem uma revisão da política fiscal, encontramos um sistema subfinanciado que rapidamente caminha para um processo de desfinanciamento e com repercussões gravíssimas para o povo brasileiro.

## Os novos formatos jurídicos na administração pública

As dificuldades para a gestão cotidiana das unidades do SUS, notadamente as mais complexas, faziam parte dos diagnósticos iniciais do

processo de transição que aconteceu no final de 2002. No período, foram gestadas várias propostas para tentar solucionar esse gargalo no âmbito do setor público. Enquanto isso, proliferaram, no âmbito de estados e municípios, inspiradas na reforma administrativa proposta por Bresser e FHC, toda sorte de instituições e contratações de entes privados para fazer a gestão das unidades públicas, estes pertencentes ao chamado terceiro setor ou não.

Engendrados nos governos do PT, formatos alternativos à lógica privatizante – como o projeto das Fundações Estatais de Direito Privado, uma subsidiária da EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares) para gerir os hospitais federais no Rio de Janeiro e um Serviço Social Autônomo para assistência da Saúde Indígena – ficaram pelo caminho, e não se enfrentou o tema da reforma da gestão para responder as necessidades da Administração Pública moderna e democrática.

As Fundações Estatais foram propostas como modo de superar modos tradicionais de gestão de instituições complexas dificultadas por uma institucionalidade clientelista, patrimonialista e burocrática do Estado brasileiro que tem reduzido sua capacidade de responder às necessidades sociais da maioria da população <sup>40</sup>.

## **Produção de redes de cuidado com reorganização da atenção especializada**

Ressaltamos dois fatores que contribuem muito para que a rede de atenção especializada siga insuficiente: a forma de organização e financiamento fragmentados por procedimentos e a incipiência de dispositivos de apoio para a produção viva do cuidado compartilhado nos territórios.

Na atenção especializada temos uma rede de serviços distribuídos, ainda, de forma desigual entre os estados e regiões, sem o necessário planejamento global a partir das necessidades da população. Serviços que são instalados sem compromisso de atendimento integral, mas focados, em sua maioria, na oferta de procedimentos isolados.

Na área de ortopedia, por exemplo, considerando o cuidado à dor crônica de quadril, joelho e coluna, ainda persiste uma disparidade entre as regiões.

**Tabela: Demanda atendida em relação ao parâmetro de necessidade para o quadril, joelho e coluna**

REGIÃO	QUADRIL % do parâmetro (demanda atendida)	JOELHO % do parâmetro (demanda atendida)	COLUNA % do parâmetro (demanda atendida)
CENTRO OESTE	17%	4%	39%
NORDESTE	12%	3%	9%
NORTE	7%	3%	12%
SUDESTE	35%	17%	25%
SUL	44%	22%	61%

Fonte: Departamento de atenção especializada. Secretaria de atenção à Saúde- 2015.

Assim, para enfrentar esse e outros desafios da atenção especializada, será preciso inovar nos arranjos de gestão do cuidado articulando essas várias dimensões. Antes do golpe vinha sendo gestado no MS uma estratégia chamada Mais Especialidades, que tinha como ideia-força o acesso em tempo oportuno e com resolutividade. Considerava algumas dimensões-chave: definição das necessidades de saúde como base do cuidado, organização modular do cuidado integrando atenção básica e especializada, financiamento e contratualização por módulo e não mais por procedimentos, e a regulação. Tal formulação foi construída com a participação de muitos atores e pode apoiar o enfrentamento desse grande desafio para uma atenção integral no SUS.

Para que a produção de rede não fique só na letra da política, é fundamental avançar na instalação de um apoio efetivo do MS na produção de redes vivas em cada região, unificando os vários coletivos federais de apoiadores temáticos visando o fortalecimento da produção de espaços de compartilhamento entre os vários pontos de cuidado e entre os gestores presentes em cada território. Um apoio que reconheça a pluralidade e as singularidades na efetivação do SUS.

## Considerações finais

A despeito dos enormes êxitos obtidos desde a criação do SUS, em 1988, muitos desafios foram enfrentados para que seus objetivos pudessem ser alcançados. Atingir a integralidade e a qualidade do cuidado à saúde, promovendo a equidade em um país populoso, de dimensão continental e profundamente heterogêneo e desigual, foi meta buscada incessantemente pelas gestões petistas no comando do MS.

O PT produziu importantes conquistas que se transformaram em marcas exitosas para o SUS, como o SAMU, o Brasil Sorridente, a Farmácia Popular, a Democratização da Gestão, o Mais Médicos, a Saúde Mental, entre outras tantas políticas inovadoras e necessárias, fortalecendo junto à população a percepção de que o SUS é um patrimônio do povo brasileiro. Fortaleceu políticas como as de combate ao tabagismo, prevenção e tratamento de AIDS, organização de redes de atenção à saúde, imunizações e outras que não foram citadas nesse artigo. Ainda que não tenha sido possível atender todas as necessidades de saúde, as prioridades de gestão e os esforços foram sempre pautados na defesa do SUS e no seu fortalecimento como um sistema universal, público e gratuito, imprescindível para dar à população brasileira melhores condições de vida e de saúde.

No “Plano de Reconstrução e Transformação do Brasil: outro mundo é possível, outro Brasil é necessário”<sup>41</sup>, lançado em 2020, durante o período da pandemia, o PT apresenta propostas objetivas e estruturantes para a saúde. Reafirma políticas implantadas anteriormente e prospecta desafios necessários, como o do financiamento estável, a valorização dos trabalhadores e a regulação adequada dos setores privados e organizações sociais.

O PT, mais do que nunca, continua engajado na luta pelo SUS e entende que é necessário apresentar propostas que visem sua defesa e fortalecimento, uma vez que desde o golpe de 2016 ele tem sido atacado impiedosamente pelas forças retrógradas e pela lógica neoliberal. Afinal, para o PT – e essa ideia pautou nossos governos e continua nos alimentando –, o SUS é um projeto ético-político, solidário e civilizatório, em defesa da vida, pelo qual vale continuar lutando para garantir vida digna e saudável para todos os brasileiros e brasileiras.

## **RESUMO**

As gestões petistas no governo federal (2003-16) produziram uma série de mudanças estruturais na construção do SUS no Brasil. Políticas que buscaram a universalização e a redução de iniquidades do Sistema foram implantadas e hoje fazem parte do cotidiano da população brasileira. SAMU, Farmácia Popular, Mais Médicos, expansão da rede substitutiva na saúde mental, PDPs, fortalecimento do PNI e do SNT tiveram grande repercussão positiva em indicadores de saúde como a queda da mortalidade infantil e materna, o aumento da expectativa de vida e outros. Persistiram, no entanto, problemas estruturais no processo de implantação do SUS. Destacamos dois deles: o financiamento, que, apesar de crescer durante todo o período, não variou enquanto proporção do PIB; e os modelos de gestão das unidades, onde não foram construídas alternativas para fazer frente à avalanche de crescimento dos modelos por fora da gestão pública e parte das redes de atenção especializadas.

## **PALAVRAS-CHAVE**

Gestões petistas; políticas de saúde; indicadores de saúde; gestão pública.

*The action of the Workers' Party in the management of the Ministry of Health: Strategic Agendas aimed at guaranteeing the right to health and the defense of the SUS*

## **ABSTRACT**

The administrations' petistas in the federal government (2003-16) produced a series of structural changes in the construction of the SUS in Brazil. Policies that sought the universalization and reduction of system inequities were implemented and today are part of the daily life of the Brazilian population. SAMU, Farmácia Popular, Mais Médicos, expansion of the substitute network in mental health, PDPs, strengthening of PNI and SNT, had great positive repercussion on

health indicators such as the fall in infant and maternal mortality, increased life expectancy and others. However, structural problems persisted in the process of implementing the SUS. We highlight three: financing, which, despite growing throughout the period, did not vary as a proportion of GDP, the management models of the units, where no alternatives were built to face the avalanche of growth of models outside the public management and part of specialized care networks.

## **KEYWORDS:**

Administrations' petistas; health policies; health indicators; public management.

## **NOTAS**

---

<sup>1</sup> Médico sanitaria, professor da Universidade Federal de São Paulo. Ministro da Saúde 2014-2015. Contato do autor: arthur.chioro@unifesp.br.

<sup>2</sup> Médico, Professor Universitário, Ministro da Saúde 2011-2014, Deputado Federal SP. Contato do autor: padilha.alexandre@gmail.com

<sup>3</sup> Médico, jornalista, Senador da República pelo estado de Pernambuco, Ministro da Saúde 2003-2005. Contato do autor: humbertocosta@uol.com.br.

<sup>4</sup> Médico sanitaria, Doutor em Saúde Coletiva, pesquisador da Fiocruz Minas. Contato do autor: faustops@uol.com.br.

<sup>5</sup> Odontóloga, mestre e doutoranda em Saúde Pública pela ENSP, Assessora Legislativa do Senado Federal. Contato da autora: silvanassp@bol.com.br.

<sup>6</sup> Fisioterapeuta, doutor em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB), docente do Centro de Ciências Médicas do Departamento de Promoção à Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CCM-DPS-UFPB), ex-secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. Contato: andrelbc4@gmail.com.

<sup>7</sup> Médica sanitaria, doutoranda em Saúde Pública pela UNIFESP, Assessora Legislativa do Senado Federal. Contato da autora: ana\_soter@icloud.com.

<sup>8</sup> Psicóloga sanitaria, docente da Unifesp. Contato da autora: lumenafurtado@gmail.com.

<sup>9</sup> BRASIL. *Lei nº 8142*, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 21 out. 2020.

---

<sup>10</sup>TOFANI, L. F. N.; CARPINTÉRO, M. DO C. C. 3ª Conferência Municipal de Saúde de Várzea Paulista: a participação da sociedade no processo de priorização e compromisso político. *Saúde e Sociedade*, v. 21, n. suppl 1, p. 244–252, maio 2012.

<sup>11</sup> ABRASCO. *Confira o relatório com as diretrizes aprovadas na 15ª CNS*. 14/01/2016. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/movimentos-sociais/confira-o-relatorio-com-as-diretrizes-aprovadas-na-15a-cns/15697/>>.

Acesso em: 5 nov. 2020

<sup>12</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS/Ministério da Saúde*, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017

<sup>13</sup> BRASIL. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. 1ª edição, 1ª reimpressão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013(b).

<sup>14</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais/Ministério da Saúde*, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013(a). Disponível em: <[file:///Users/lia/Desktop/politica\\_nacional\\_saude\\_lesbicas\\_gays.pdf](file:///Users/lia/Desktop/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf)> Acesso em: 16 nov. 2020.

<sup>15</sup> BRASIL. *Decreto n. 7.053*, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2009]. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm)> Acesso em: 16 nov. 2020.

<sup>16</sup> BRASIL. *Portaria n. 2.761*, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde [2013c]. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761\\_19\\_11\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html)> Acesso em: 16 nov. 2020.

<sup>17</sup> CARVALHO, ANDRE LUIS BONIFACIO DE *et al.* O pacto dos indicadores da atenção básica: um instrumento de monitoramento e avaliação da gestão do SUS na Paraíba. *Saúde em Debate*, v. 20, p. 46-51, 2000.

<sup>18</sup> BRASIL. *Decreto n. 7.508*, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação

---

interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2011a]. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)> Acesso em: 21 out. 2020.

<sup>19</sup> BRASIL. *Decreto n. 7.616*, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde – FN-SUS. Brasília, DF: Presidência da República, [2011b]. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7616.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7616.htm)> Acesso em 16 nov. 2020.

<sup>20</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. Regulamento Sanitário Internacional, Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/regulamento-sanitario-internacional/regulamento-sanitario-internacional>>, acesso em: 4 dez. 2020.

<sup>21</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n. 1.645*, de 02 de outubro de 2015. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645\\_01\\_10\\_2015.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html)>, acesso em: 3 dez. 2020.

<sup>22</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n. 2.436*, de 21 de setembro de 2017. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>.

<sup>23</sup> CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 8, 2018.

<sup>24</sup> CLAUDIA BITTNCOURT. *Brasil Sorridente completa 11 anos de atividade*, Site do UNA-SUS, Brasil, 26 mar. 2015 disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/noticia/brasil-sorridente-completa-11-anos-de-atividade>>, acesso em: 29 out. 2020.

<sup>25</sup> MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A política de saúde no governo Lula. *Saúde e Sociedade*, v. 20, n. 2, p. 522–532, 2011.

<sup>26</sup> FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Programa farmácia popular do Brasil: manual básico*, Brasília, DF: Editora MS, 2005.

<sup>27</sup> LIDERANÇA DO PT NO SENADO. Farmácia Popular do Brasil - PT Argumento. Disponível em: <[http://www.ptargumento.org.br/index.php/Farm%C3%A1cia\\_Popular\\_do\\_Brasil\\_\(Verbetes\\_do\\_Legado\)](http://www.ptargumento.org.br/index.php/Farm%C3%A1cia_Popular_do_Brasil_(Verbetes_do_Legado))>, acesso em: 29 out. 2020.

---

<sup>28</sup> ALMEIDA, Aléssio Tony Cavalcanti de *et al.* Impacto do Programa Farmácia Popular do Brasil sobre a saúde de pacientes crônicos, *Revista de Saúde Pública*, v. 53, p. 20, 2019.

<sup>29</sup> BRASIL, *Lei n. 12871*, de 22 de outubro de 2013. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm)>, acesso em: 7 dez. 2020.

<sup>30</sup> SANTOS, Leonor Maria Pacheco; COSTA, Ana Maria; GIRARDI, Sábado Nicolau. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde, *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 11, p. 3547–3552, 2015.

<sup>31</sup> SANTOS, Wallace Dos. *et al.* Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência. *Saúde em Debate*, v. 43, n. 120, p. 256–268, 2019.

<sup>32</sup> COMES, Yamila *et al.* Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2749–2759, 2016.

<sup>33</sup> OLIVEIRA, Felipe Proença de; SANTOS, Leonor Maria Pacheco; SHIMIZU, Helena Eri. Programa *Mais Médicos* e Diretrizes Curriculares Nacionais: avanços e fortalecimento do Sistema de Saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 17, n. 1, p. e0018415, 2019.

<sup>34</sup> COMES, Yamila *et al.* Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2749–2759, 2016.

<sup>35</sup> GONÇALVES, Rogério Fabiano *et al.* Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2815–2824, 2016.

<sup>36</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE, *Portaria n. 2.395*, de 11 de outubro de 2011. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395\\_11\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html)>, acesso em: 7 dez. 2020.

<sup>37</sup> ORTIGA, Angela Maria Blatt *et al.* Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 12, 2016.

<sup>38</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE, **CONITEC**. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/>>, acesso em: 7 dez. 2020.

<sup>39</sup> REIS, Ademar Arthur Chioro dos *et al.* Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. *Saúde em Debate*, v. 40, n. spe, p. 122–135, 2016.

<sup>40</sup> FRANCO, Túlio Batista; PINTO, Heider. Fundações Estatais como dispositivo para a desprivatização do Estado brasileiro., p. 16, 2012. PINTO, Hêider Aurélio; FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias, Fundação Estatal e o Fortalecimento da Capacidade de Ação do Estado, p. 4, 2012.

---

<sup>41</sup> FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; PARTIDO DOS TRABALHADORES. Plano de Reconstrução e Transformação do Brasil. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/publicacoes/estante/plano-de-reconstrucao-e-transformacao-do-brasil/>>