

DOCUMENTOS

O PT e a Saúde Pública no Brasil

Vanessa Xavier Nadotti (org.)

Neste Caderno de Documentos, que acompanha o Dossiê de artigos da mesma temática, disponibilizamos uma seleção de textos acerca das ações e debates do PT sobre a questão da saúde pública. No momento em que elaboramos essa seleção, o país é assolado pelo descaso governamental, que se posiciona de maneira passiva diante da pandemia provocada pelo vírus Covid-19, que já vitimou mais de 160 mil brasileiros. Até o fechamento desta edição, certamente este número terá sido superado. Ao passo que a sociedade civil e a comunidade médica fazem o possível para conter esta triste realidade, o Estado brasileiro é negligente nas ações de combate à expansão e controle da doença.

Esse quadro social e político tornou evidente para amplos setores da sociedade a necessidade de um sistema público e gratuito de saúde que atenda satisfatoriamente a população. O debate, no entanto, não é novo. Apresentamos aqui as ações e discussões encampadas pelo PT no âmbito da saúde pública no Brasil. Os debates promovidos pelo Partido apontam para um horizonte em que a saúde pública deve ser definida como direito fundamental.

Já em 1981, o PT denunciava, através do debate sobre a crise na previdência, as mazelas oriundas da privatização da saúde, que transforma um serviço de interesse público em mercadoria, restrito a poucos. Ainda no início daquela década, nas resoluções do II Encontro Nacional de 1982, o Partido reforçava a importância da consolidação de um sistema de saúde gratuito e o fortalecimento do setor público como garantia de acesso e atendimento qualificado à população. Em sua plataforma eleitoral, previa não só expansão do atendimento, mas também do saneamento básico e melhores salários aos profissionais da saúde enquanto aspectos fundamentais no fortalecimento da saúde coletiva.

No correr da década de 1980, as discussões propostas pelo Partido colocavam que para melhorar a saúde pública, além de fortalecer um Sistema Único de Saúde gratuito, era necessário também melhorar a qualidade de vida da população em relação a melhores salários, moradia digna, reformas urbanas e erradicação da pobreza. Os dados apresentados mostram que, no início da década, em 1982, o Brasil possuía 40 milhões de brasileiros subnutridos. Dessa maneira, para garantir saúde à população era urgente e necessário reverter este quadro.

O PT pensa a saúde de forma ampla, apresentando propostas e ações de acesso universal. No entanto, olha também para necessidades específicas. Durante a década de 1990, os programas de governo apresentaram propostas para a saúde de mulheres, indígenas, da população negra e do povo nordestino. Essas proposições levam em conta que a assistência à saúde deve ser direcionada também para as realidades locais, de forma que não se produza um modelo assistencial uniforme, prezando pela diversidade social e regional do povo brasileiro.

O debate trazido pelo Partido é vasto. Na pluralidade de discussões, dentre as proposições, o PT também contribuiu com a formação dos Conselhos de Saúde e da participação popular no desenvolvimento de políticas na área da saúde. Também se discutiu a importância da regulação pública na produção e acesso aos medicamentos pela população, e ainda sobre a necessidade do incentivo e investimento em ciência e pesquisa em território nacional. Debateu ainda sobre o investimento e a formulação de legislação específica para garantir segurança e condições dignas de trabalho aos cidadãos como um fator decisivo na promoção da saúde do trabalhador.

Os documentos aqui presentes são parte do debate promovido pelo Partido no intuito de consolidar um sistema de saúde público e democrático na sociedade brasileira, respondendo às questões que envolvem a complexidade do tema.

Neste Caderno de Documentos reunimos documentos veiculados em periódicos de circulação nacional, atualmente disponíveis *online* na [base de dados](#) do Centro Sérgio Buarque de Holanda da Fundação Perseu Abramo. São eles: *Jornal dos Trabalhadores*, *Boletim Nacional do PT*, *PT na Constituinte* e *PT Notícias*. O Caderno também traz as resoluções de Encontros e Congressos e dos Programas de Governo, também disponíveis para consulta em nosso [acervo](#).

Boa leitura!

A. O PT E A CRISE DA PREVIDÊNCIA SOCIAL – 1981

*I Encontro Nacional do PT
Assessoria de Saúde do PT*

Moção aprovada no encontro nacional do Partido dos Trabalhadores¹, a ser divulgada entre os militantes do Partido e a população em geral.

A crise da Previdência é hoje o centro de uma crise política que exige um posicionamento do Partido dos Trabalhadores. O governo pretende cobrir o rombo do orçamento da Previdência com medidas entre as quais se destaca a elevação de 8 para 10% da contribuição das empresas e trabalhadores. Na prática, isto significa reduzir ainda mais o poder aquisitivo dos trabalhadores, que já não têm como satisfazer suas necessidades com o salário de fome que recebem.

Segundo o governo, a Previdência terá um déficit este ano de 200 a 300 bilhões de cruzeiros para uma receita de 1.065 bilhões. Para o ano que vem, se não forem tomadas as medidas que propôs, este déficit aumentaria para 500 bilhões ou talvez até 1 trilhão.

Para o governo, os maiores responsáveis por essa crise da Previdência são os reajustes dos benefícios em 10% acima do INPC² (para os beneficiários até 3 salários mínimos) e o custo dos serviços médicos. Estas duas despesas teriam aumentado muito além das arrecadações da Previdência.

A crise financeira da Previdência não é fato novo; ela vem sendo alardeada periodicamente há 40 anos e sempre com os mesmos desdobramentos: a imposição de medidas restritivas nos planos de benefícios e serviços e o aumento do ônus dos trabalhadores no custeio dos gastos da Previdência.

Um dos principais responsáveis pelo *deficit* da Previdência é o próprio governo, que deve para ela mais de 100 bilhões de cruzeiros (alguns dizem que deve mais de 200 bilhões). E o governo vem se recusando a pagar, alegando falta de verbas, combate à inflação, etc.; porém, quando se trata de beneficiar a burguesia, a quem ela serve, o gasto de mais de 1 trilhão de cruzeiros em subsídios e incentivos fiscais e creditícios é defendido com o argumento de estímulos à produção, à exportação, criação e manutenção de empregos, etc. Não interessa que todo esse dinheiro no fim das contas esteja beneficiando apenas os patrões... (as famosas tetas do governo)!

As razões do *deficit* da Previdência, não interessa ao governo discutir. Elas têm origem na própria Política Econômica responsável pela selvagem exploração do

¹ Moção aprovada no I Encontro Nacional do Partido dos Trabalhadores, ocorrido em 8 e 9 de agosto de 1981, na Assembleia Legislativa de São Paulo/SP. [N. E.]

² INPC, sigla de “Índice Nacional de Preços ao Consumidor”. É medido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística desde setembro de 1979. Serve como parâmetro para reajustes salariais, pois oferece a variação de preços no mercado varejista, mostrando o aumento do custo de vida da população. [N. E.]

trabalhador; pelos assustadores índices de acidentes no trabalho; pelas doenças provocadas por insalubridade, desnutrição, etc.; pelos altos índices de desemprego e subemprego; etc. E o desemprego provocado pela atual política econômica, ao reduzir o número de contribuintes à Previdência, diminui a receita e amplia seu déficit orçamentário.

Segundo o governo, existem hoje 23 milhões de trabalhadores contribuintes da Previdência (87% dos trabalhadores ativos do País), que sustentam outros 8,5 milhões de beneficiários inativos. O Ministro da Previdência acha exagerado este número de inativos... ele se esquece, entretanto, que o “milagre econômico brasileiro” se fez às custas de uma enorme elevação dos índices de acidentes no trabalho e que até hoje a segurança dos trabalhadores não é respeitada para que as empresas aumentem seus lucros.

Da receita da Previdência, 65% é consumido com os benefícios. Sua distribuição mostra a miséria vivida pela grande maioria dos trabalhadores. Mostra que as condições de habitação, saneamento e nutrição são as principais responsáveis pela situação atual.

Dos 65% gastos pelo INPS³ em benefícios, 8% destinam-se aos aposentados por tempo de serviço, 9% aos pensionistas; 10% para os acidentados afastados definitivamente do trabalho e 34% a auxílio-doença. A pequena despesa com as aposentadorias e pensões não poderia ter causado o rombo no orçamento da Previdência...

O *deficit* da Previdência se deve à selvagem exploração do trabalhador, que se manifesta também na exploração dos serviços médicos por empresas capitalistas que transformam a saúde dos brasileiros em mercadorias, que podem ser compradas apenas por quem tem dinheiro. Os serviços que deveriam ser responsabilidade do Estado e gratuito para toda a população são péssimos e pioram a cada dia, pois o interesse das empresas que os prestam não é outro senão o lucro.

Consideramos cinismo a proposta de reduzir ainda mais o já insuficiente salário do trabalhador em troca da manutenção da assistência médica e outros benefícios. Consideramos cinismo elevar a contribuição do trabalhador para continuar alimentando um modelo de saúde mercantilizado, corrupto, inadequado às necessidades da população e que serve apenas aos interesses do empresariado privado do setor.

A proposta de enfrentamento da crise deve passar, ao contrário do proposto pelo governo, pela mudança da estrutura de assistência médica da Previdência. E a forma de realizá-lo está clara: modificar a atual forma de pagamento dos serviços privados e implantar uma rede nacional de serviços básicos de saúde, capaz de

³ O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) é um órgão criado em setembro de 1966, vinculado ao Ministério da Previdência Social. Aglutinou nesta única autarquia outros institutos de aposentadorias e pensões existentes até então, tais como o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB), Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes (IAPC), Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (IAPFESP), entre outros. Em junho de 1990, através de uma fusão com o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas), transformou-se no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), permanece até os dias atuais como a organização pública prestadora de serviços previdenciários. [N. E.]

solucionar, a baixos custos, os principais problemas de saúde da população, diminuindo os recursos aos serviços mais complexos e ao setor privado.

No entanto, essas medidas vêm sendo obstaculizadas pelo empresariado da saúde, através da pressão de suas entidades representativas e a colaboração de dirigentes do sistema previdenciário e de saúde, muitos dos quais, eles próprios, empresários privados da área.

A questão dos benefícios oferecidos pela Previdência, enquanto perdurarem as péssimas condições de vida e trabalho dos trabalhadores, continuará a recolocar, de tempo em tempo, as “crises” da Previdência, que terão suas soluções definidas a partir da capacidade de luta da classe trabalhadora em não se deixar espoliar em favor dos interesses das empresas, do lucro, pela ação do Estado, que se coloca francamente a favor dos empresários.

As conquistas dos trabalhadores proporcionam uma melhora nas suas condições de vida, mas têm que ser garantidas contra a contínua pressão dos empresários e do Estado. Por isso existe a necessidade de os trabalhadores exercerem o controle popular dos serviços públicos, a crítica aos programas de saúde, educação, transporte, habitação, etc.; enfim, a mobilização de todos contra a exploração e a opressão.

Assessoria de Saúde do PT, São Paulo, agosto de 1981.

Fonte: Moção aprovada no I Encontro Nacional do PT, 1981. Resoluções de Encontros e Congressos & Programas de Governo do Partido dos Trabalhadores. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/csbn/encontros-nacionais-do-pt-resolucoes/>>. Acervo CSBH/FPA.

B. SAÚDE MELHOR SÓ VIRÁ COM PARTICIPAÇÃO – 1982

Todos os jornais e estações de televisão deram a notícia: trabalhadores que carregavam um perigoso produto químico, que ficou conhecido como o “pó da morte”, morreram no Rio de Janeiro por não saberem do risco que corriam ao fazer aquele trabalho e por não estarem usando nenhum equipamento que os protegesse.

Por que acontecem coisas como essa no Brasil, todos os dias? Este foi um dos assuntos discutidos no I Encontro Estadual de Saúde, organizado pela Assessoria de Saúde do PT em São Paulo, que fez uma série de recomendações, inclusive a respeito de problemas como o do “pó da morte”. Por exemplo: as empresas deveriam ser obrigadas a informar seus empregados sobre as condições de insalubridade de seu ambiente de trabalho ou de periculosidade das substâncias que eles manejam. Essa obrigação existia antigamente, mas hoje exige-se um “parecer técnico” que está fora do alcance da maioria dos empregados.

Além desta, outras recomendações foram feitas pelo Encontro de Saúde, que reuniu 120 pessoas (a maioria trabalhadores da área de saúde) nos dias 13 e 14 de março último. Foi proposto, por exemplo, que as leis trabalhistas garantam estabilidade ao trabalhador que fizer denúncias contra más condições de trabalho e ofereçam real proteção ao cipeiro, para que ele possa desenvolver com segurança as suas tarefas.

É claro que as proposições não ficaram apenas nas ideias para mudar leis. Os que participaram da reunião sabiam que simples modificações na legislação nunca garantiram nenhuma conquista para o trabalhador. Por isso, grande parte das conclusões do Encontro foi dedicada à necessidade de se organizar a população para interferir mais nas decisões referentes às questões de saúde.

A questão da previdência social é um desses casos. O controle da gerência do sistema previdenciário pelas pessoas que se utilizam dele foi defendido pelo Encontro. Claro que isso não vai acontecer da noite para o dia, principalmente num regime autoritário como o nosso. Então, é fundamental que se apoie todos os movimentos populares que sejam organizados na área da saúde.

A questão dos medicamentos

Outro problema grave que foi abordado pelo Encontro de Saúde do PT de São Paulo foi o dos medicamentos. Os participantes sugeriram que seja feita uma lista básica de medicamentos, aqueles que realmente são necessários para a população e que deveriam ser produzidos pelos laboratórios oficiais, para que pudessem ser vendidos por preços mais baixos.

Ao mesmo tempo, deveria ser exigido um controle rigoroso para impedir a venda de medicamentos nocivos e que são fabricados pelos laboratórios multinacionais. O Encontro também recomendou o incentivo à pesquisa para que se possa eliminar a dependência de conhecimento que o Brasil tem em relação aos países desenvolvidos e para que os remédios populares possam ser mais bem conhecidos e, talvez, incorporados aos hábitos de toda a população.

Um capítulo especial foi reservado ao caso da saúde mental. O Encontro recomendou que as internações por motivos de doença mental sejam feitas apenas em último caso e que as condições de atendimento nos hospitais que tratam desses problemas sejam humanizadas. Uma outra sugestão é que a rede de ambulatórios junto aos Centros de Saúde e postos do Inamps⁴ seja ampliada para se evitar internações desnecessárias e repetidas.

As péssimas condições de trabalho a que estão submetidos, em sua maioria, os funcionários dos hospitais de doenças mentais foram também denunciadas. E a última proposição nesta área foi a de que sejam desenvolvidas práticas para prevenção da doença e promoção da saúde mental nas comunidades, escolas, creches, lares, locais de trabalho, sempre com a ampla participação da população.

Salário e Saúde

Apesar de toda a propaganda do governo, a verdade é que o quadro geral da saúde do brasileiro é muito triste: 15 milhões têm esquistossomose, 10 milhões são doentes mentais, 6 milhões são excepcionais, 14 mil morrem a cada ano por causa do tétano, 200 mil têm lepra e um brasileiro morre de tuberculose a cada hora. E quase todas essas doenças já são perfeitamente controláveis através de vacinação regular e sistemática, saneamento básico e educação sanitária.

Este quadro, contudo, só vem confirmar aquilo que todos já sabem: um regime econômico e político que concentra riqueza e poder nas mãos de uns poucos só pode resultar em péssimas condições de vida para a maioria. O relatório final do Encontro Estadual de Saúde do PT de São Paulo chegou a essas conclusões.

É claro que com os salários de fome que se paga ao trabalhador e com sua superexploração desde pequeno nas empresas, o índice da desnutrição teria que ser enorme como é: 40 milhões de brasileiros (dos quais 12 milhões são crianças) estão subnutridos. E a concentração de todas as doenças é muito maior nos Estados mais pobres e na periferia das grandes cidades, exatamente, onde o atendimento médico e sanitário é mais deficiente.

Todo o sistema médico e previdenciário, por sua vez, está voltado para o incentivo à iniciativa privada. O atendimento nos hospitais particulares recebe todos os privilégios e a medicina preventiva fica sempre com as migalhas dos orçamentos públicos. Os serviços de saúde são centralizados e distribuídos conforme os interesses das classes dominantes e têm como um de seus objetivos a manutenção e reprodução da força de trabalho e o controle do nível de produtividade do trabalhador.

Fonte: *Jornal dos Trabalhadores*, ano I, n. 01, março de 1982, p. 06. Disponível em: <acervo.fpabramo.org.br>. Acervo CSBH/FPA.

⁴ O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) é um órgão federal criado em 1977 que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). Após sua criação, parte das funções do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foram atribuídas a esse órgão. A gestão financeira da instituição e assistência médica aos segurados se tornaram tarefas do Inamps, cabendo ao INPS apenas a concessão do benefício. O Inamps foi extinto em 1993 durante o governo de Itamar Franco. [N. E.]

C. NESTE PAÍS, HÁ POUCA SAÚDE E MUITO LUCRO COM A DOENÇA – 1982

*II Encontro Nacional do PT*⁵

A campanha eleitoral do PT é muito diferente de todas as que nós, trabalhadores, participamos até hoje. É diferente porque temos o nosso Partido e escolhemos os nossos próprios candidatos; porque o PT combate a compra do voto, o cabo eleitoral e as promessas demagógicas.

A campanha eleitoral do PT é diferente porque é, antes de tudo, uma grande campanha de mobilização e organização dos trabalhadores, a partir das principais reivindicações do movimento popular.

A campanha eleitoral do PT é uma campanha de luta, quer dizer, uma campanha que se compromete com todas as lutas dos trabalhadores.

NOSSO LEMA NACIONAL É: TRABALHO, TERRA E LIBERDADE!

Assumindo as principais reivindicações dos trabalhadores da cidade e do campo, lutamos para acabar com a fome e o desemprego, por melhores salários e terra para plantar e para morar, para que nossos direitos sejam respeitados no campo e na cidade, para sair de baixo da operação dos tubarões.

[...]

A grande maioria da população brasileira vive, hoje, em péssimas condições de saúde. Esta situação não poderá ser superada com medidas parciais. É verdade que o atendimento médico é precário, mas a saúde não é apenas o produto de um bom atendimento médico. Milhares de mortes seriam evitadas se existisse saneamento nos bairros. Se as águas que o povo bebe não estivessem contaminadas. Se a poluição fosse combatida. Se o trabalhador na fábrica tivesse realmente voz forte nas questões referentes aos acidentes de trabalho. A doença é também um produto da má alimentação, dos quartos úmidos, da falta de agasalhos e da falta de lazer.

Tudo isto tem de ser enfrentado em bloco.

Entretanto, qualquer política nesta área se inicia acabando com o lucro. Não dá mais para suportar que se ganhe dinheiro às custas da doença. As clínicas, hospitais, remédios e equipamentos hospitalares têm de estar nas mãos do Estado, o qual deve encampar a indústria química e farmacêutica e empresas que atuam no setor. Estes serviços têm de passar a ser controlados diretamente pela população e pelos trabalhadores da área.

A única forma de garantir o mesmo padrão de atendimento médico para qualquer cidadão é oferecer atendimento médico público e gratuito. Este atendimento tem de ser dado nos próprios locais de moradia do trabalhador, que não pode continuar perdendo a saúde em longas filas, no fim das quais receberá um tratamento precário.

⁵ O II Encontro Nacional do PT ocorreu em 27 e 28 de março de 1982 no Instituto *Sedes Sapientiae* em São Paulo/SP. [N. E.]

Os postos de saúde têm de existir em número suficiente em cada bairro, e ali mesmo oferecer atendimento básico e, caso necessário, encaminhar o trabalhador para um tratamento mais especializado.

Fonte: Plataforma Eleitoral Nacional, II Encontro Nacional do PT, 1982. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/csbh/encontros-nacionais-do-pt-resolucoes/>>. Acervo CSBH/FPA.

D. A DOENÇA SOCIAL – UM MAL COM CURA – 1982

*Paulo José Moraes*⁶

É importante que a gente esteja sempre muito atento às intenções, na maior parte das vezes altamente aproveitadoras, daquelas pessoas que dirigem as instituições e os governos. É dentro dessa forma de pensar que vale a pena uma reflexão em cima da carga horária de trabalho que tem sido gasta pelo trabalhador, comparada à pequena extensão de tempo de que esse mesmo trabalhador dispõe para seu lazer.

Os psiquiatras, psicólogos e psicoterapeutas, que são procurados inúmeras vezes na hora da crise, têm condições de perceber e denunciar para seu cliente, o trabalhador, essa verdadeira exploração que está sendo imposta, de maneira desumana ou sub-humana, ao povo. Mas, em geral, o profissional médico tem se acomodado no silêncio, e com isso, por omissão, fica ao lado do opressor, ajudando essa situação a crescer.

Sem tempo

Dando exemplos de como funcionam esses mecanismos de opressão em termos de saúde: para um indivíduo produzir bem seu trabalho, sair satisfeito com o que fez, poder chegar em sua casa bem, ficar bem com a mulher e os filhos, crescer como pessoa responsável, é necessário, além das boas condições empregatícias, como bom salário, respeito do patrão, boa alimentação etc., que ele tenha um horário para o lazer. Quero dizer, um tempo pra si próprio e para sua família. Não importa de que forma ele prefira usar esse tempo, isso é da conta de cada um. Mas que ele possa ter tempo para sua cerveja, ou seu jogo de futebol, para um passeio com a família de quando em quando, poder levar os filhos para um parque, qualquer coisa assim.

E aí é que a porca torce o rabo, como se diz no interior. Hoje, para o indivíduo sobreviver, quero dizer, para pagar a condução, comer mal, pagar a casa, além dos impostos cada vez maiores, para enfim passar mal a vida, ele tem que além de trabalhar doze ou treze horas por dia, ainda fazer hora-extra nos fins de semana. Por isso é que às vezes aparece no consultório do psiquiatra o trabalhador que não vê a esposa mais do que alguns minutos por semana, porque ela também trabalha, em outro horário, também faz extra, e por aí vai.

Surge a doença

É claro que um jeito assim de viver só pode provocar doença. E é o que acontece. Começam a surgir sintomas de nervosismo, irritação, insônia, e não muito dificilmente, medos, angústias, manias etc. É o chamado *stres*s. Aí, tem que parar na marra, senão, os próximos passos serão as neuroses e, terrível, as psicoses. Já se sabe hoje que o indivíduo que fica louco, na maior parte das vezes, rompe com uma situação insustentável, do ponto de vista psicológico, e é aí que pira.

⁶ Psiquiatra, professor de Psicologia, filiado ao PT – V. Madalena. [Nota Original do documento]

Quando a pessoa começa a ter esses sintomas, vai ser obrigado a cair em verdadeiras arapucas da medicina, onde muitas vezes as consultas são de cinco ou dez minutos, sem qualquer nível de assistência mais séria ou responsável. O doente vai ser iludido por maus profissionais, ou por profissionais que, sofrendo o impacto desse sistema opressor, não conseguem fazer sua medicina bem-feita.

Se o trabalhador precisar ser internado, vai ser pior. Vai parar em hospitais psiquiátricos que funcionam semelhantemente aos campos de concentração. Com raspagem de cabelo, uniformes iguais, janelas com grades, e verdadeiras torturas, como o eletrochoque, onde se tenta fazer com que o doente fique bem-comportado, ou adequado ao sistema.

Direitos dos doentes

A nossa atenção, como cidadãos que, juntos, vamos determinar qual sistema vai vigorar, é a de exigir uma medicina que não só seja boa, no sentido técnico da palavra, mas que também respeite os direitos humanos do paciente, principalmente quando esse procura um psiquiatra por apresentar um problema causado pelo simples fato de ser um oprimido dentro da sociedade. Podemos concluir dizendo que, nesse Brasil de hoje, sobrenome (principalmente os mais simples, sem tradição e riqueza herdada) muitas vezes é doença. Não tem que ser assim, e esta moléstia quem pode tratar e curar, definitivamente, é o povo.

Fonte: *Jornal dos Trabalhadores*, ano I, n. 02, abril de 1982, p. 06. Disponível em: <acervo.fpabramo.org.br>. Acervo CSBH/FPA.

E. OS 95 MIL VOTOS PARA A SAÚDE – 1982

Em 1981, moradores dão exemplo de como criar um Conselho Popular

Há um ano, exatamente no dia 15 de novembro de 1981, tomaram posse simbólica, em cerimônia conjunta, 18 Conselhos de Saúde eleitos na região Leste da Capital de São Paulo.

Essa eleição foi o coroamento de uma memorável mobilização popular por melhores condições de saúde e conseguiu reunir 95 mil eleitores para escolha dos conselheiros, em cada um dos 18 bairros, assim distribuídos: 10 na área de S. Mateus, 1 na Vila Curuçá e 7 na região que compreende Jardim Nordeste, Cidade Patriarca, Artur Alvim e Burgo Paulista.

Os Conselhos de Saúde assim eleitos são canais formais de representação da população junto aos Centros de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado, para colaborar na execução do programa de saúde da área e para controlar o funcionamento dos serviços prestados à população.

A eleição

O movimento de saúde na região de São Mateus – uma das áreas mais desassistidas em recursos de saúde da Capital de S. Paulo – não começou, e não acaba, com a eleição dos conselhos.

Começou muito antes, quando a população percebeu que tinha direito à saúde, e que não poderia ficar esperando os favores das autoridades. E, aí, passou a se reunir, de casa em casa, de rua em rua, em comissões de saúde, para formular suas reivindicações em termos de construção de centros de saúde, nomeação de médicos, compra de vacinas, remédios, e encaminhá-las às autoridades.

As formas de luta foram se desenvolvendo. No início eram apenas os abaixo-assinados: em seguida, foram as assembleias de bairro reunindo milhares de pessoas e, depois, as memoráveis caravanas à Secretaria da Saúde, os ônibus lotados que despejavam homens, mulheres e crianças, carregando faixas, inventando paródias, enfrentando as autoridades, o secretário de Estado e seus assessores de igual para igual.

“Saúde é direito e não favor”, era o *slogan* que tomou conta da consciência dessa população.

Vitória

Foi assim que, quando alguns Centros de Saúde foram construídos na região de São Mateus, a população festejou essa conquista como uma vitória do movimento popular e colocou a sua placa ao lado das placas de inauguração do governo do Estado.

A ideia da formação dos Conselhos de Saúde surgiu quando o povo percebeu que a luta não termina quando se conquista um benefício.

“O que se obtém hoje pode ser perdido amanhã. O Centro de Saúde inaugurado não é garantia de um bom atendimento à população. É preciso ter controle sobre a execução dos serviços. É preciso participar das decisões que afetam a saúde da

população. Em outras palavras, é preciso conquistar uma parcela de poder”, diz um dos membros do Conselho de São Mateus.

Aproveitando uma brecha na legislação da Secretaria da Saúde – que previa a existência de conselhos junto a cada Centro de Saúde –, a população resolveu eleger os seus conselheiros. Mas não da forma que estava na cabeça dos legisladores da Secretaria (uma representação de notáveis da comunidade – o juiz, o delegado, o membro do Rotary) e sim entre os usuários do Centro de Saúde e de forma realmente representativa.

A eleição foi precedida de uma intensa mobilização: reuniões, debates, grupos que percorriam as feiras, as ruas, as praças, explicando o que significava o conselho e quem deveria ser indicado.

O resultado foi esse: 95 mil pessoas participando da eleição. A posse conjunta, cujo 1º aniversário se festeja a 15 de novembro, foi uma demonstração da força dessa mobilização.

Os regimentos

Realizada a eleição, começou a luta pelo reconhecimento dos conselheiros pela Secretaria da Saúde. Vários obstáculos burocráticos foram levantados pela cúpula da Secretaria, assustada com a grandeza da mobilização popular.

Finalmente, a 17 de dezembro de 1981, o “Diário Oficial do Estado publicava a designação dos conselheiros pelo então secretário Adib Jatene⁷.

Daí para cá vem se desenvolvendo outra luta: a da aprovação dos regimentos internos que, de acordo com a norma legal vigente, devem ser elaborados pelos próprios conselhos e referendados pelo secretário da Saúde.

Essa luta pode ser assim resumida: a população tentando transformar os conselhos num instrumento real de controle popular e a Secretaria da Saúde tentando subverter o processo de forma a que os conselhos passem a ser instrumentos de controle da Secretaria sobre a população. O momento atual é assim, de impasse.

Funcionamento

O funcionamento dos conselhos – embora prejudicado pela situação de conflito com a Secretaria, em reação aos regimentos internos – vem se fazendo de forma animadora, propiciando a existência de um canal formal de representação da população, de encaminhamento de suas reivindicações e de controle sobre o funcionamento dos serviços.

Em alguns lugares foi conseguido um excelente relacionamento com os funcionários dos Centros de Saúde, aumentando consideravelmente o potencial de luta por melhor atendimento da população.

⁷ Adib Domingos Jatene (1929-2014), médico. Ocupou o cargo de secretário Estadual de Saúde de São Paulo na gestão de Paulo Maluf, de 1979 a 1982. Foi Ministro da Saúde de fevereiro de 1992 a outubro de 1992, no governo de Fernando Collor, e também de janeiro de 1995 a novembro de 1996, durante a presidência de Fernando Henrique Cardoso. [N. E.]

O resultado mais animador para o movimento de saúde da área, porém, é o fato de que a eleição dos conselhos representou um reforço e não a desmobilização das comissões de saúde, da qual participa toda a população do bairro. São elas que garantem o respaldo popular, indispensável para dar legitimidade e força de pressão para a atuação dos conselhos.

Conselho popular

O nascimento, as dificuldades, as lutas e as vitórias dos Conselhos de Saúde da região Leste de São Paulo são aqui brevemente relatados como uma demonstração concreta da necessidade de mobilização e organização dos setores populares na conquista de seus direitos.

O exemplo dos Conselhos de Saúde da região Leste de São Paulo, e há inúmeros outros exemplos semelhantes pelo país, também serve para mostrar o acerto e o caráter da proposta de Conselhos Populares que consta da plataforma e dos programas do Partido dos Trabalhadores.

Ao propor os Conselhos Populares como um caminho efetivamente democrático e popular de participação nas decisões governamentais, o PT inspirou-se neste e nos demais exemplos de luta concreta da classe trabalhadora brasileira.

Fonte: *Jornal dos Trabalhadores*, ano I, n. 16, novembro de 1982, p. 05. Disponível em: <acervo.fpabramo.org.br>. Acervo CSBH/FPA.

F. PROPOSTA DO PT SOBRE SAÚDE NA CONSTITUINTE⁸ – 1988

A proposta do PT:

- a saúde é direito de todos e dever do Estado;
- acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde;
- sistema único de saúde, com todas as ações e serviços sendo de natureza pública, a fim de se caminhar para a estatização progressiva do setor;
- controle popular sobre o sistema de saúde;
- definição das seguintes atribuições do sistema único (entre outras):

a) controle da produção de medicamentos e equipamentos de saúde; b) formação de recursos humanos; c) controle de todos os procedimentos relativos ao sangue e hemoderivados; d) saúde do trabalhador.

O que foi aprovado:

Foi aprovada a execução das ações e serviços de saúde tanto pelo Estado como por particulares; essa foi a diferença básica em relação às propostas do PT, já que, para nós, todos os serviços e ações de saúde deviam ser considerados de natureza pública; este era o princípio básico que permitiria uma estatização progressiva ao setor; em vez disto criou-se um sistema público único de saúde, que deixa de fora a área privada; muito importante foi a aprovação da proibição do comércio do sangue e hemoderivados.

Avaliação crítica:

Apesar da derrota da tese da estatização progressiva do setor saúde, foram conquistados pontos importantes, como o controle popular sobre o sistema único público de saúde, e os contratos de direito público que permitirão um maior rigor na fiscalização dos hospitais privados contratados, a proibição do comércio do sangue e dos hemoderivados e a incorporação da saúde do trabalhador ao sistema único.

Fonte: *PT na Luta da Constituinte*, ano I, n. 09, julho de 1988, p. 03. Disponível em: <acervo.fpabramo.org.br>. Acervo CSBH/FPA.

⁸ A Bancada do Partido dos Trabalhadores na Constituinte contava com os seguintes deputados: Benedita da Silva (RJ), Vladimir Palmeira (RJ), João Paulo Pires (MG), Paulo Delgado (MG), Virgílio Guimarães (MG), Olívio Dutra (RS), Paulo Paim (RS), Vitor Buáiz (ES), Eduardo Jorge (SP), Florestan Fernandes (SP), Gumercindo Milhomem (SP), Plínio de Arruda Sampaio (SP), Irma Passoni (SP), José Genoíno (SP), Luiz Gushiken (SP) e Luiz Inácio Lula da Silva (SP). Os deputados se dividiam em oito comissões temáticas. O líder da bancada era o Lula, e os vice-líderes eram Genoíno e Plínio. [N. E.]

G. TEM CURA – 1989

Programa de Governo

O modelo capitalista que tem sido imposto aos brasileiros produziu reflexos graves na qualidade da saúde da população. Todos os seus principais indicadores fazem forte contraste com as festejadas realizações nacionais no plano da economia.

Lá pelos anos 1950 era comum apresentar cifras alarmantes sobre saúde, em especial de áreas como o Nordeste, explicando-as como malefícios de uma economia pobre, de base agrária. No entanto, com todo o crescimento urbano e industrial das últimas décadas, ainda hoje esses números impressionam.

Em 1988, registraram-se 566 mil casos novos de malária; estima-se entre 6 e 8 milhões o número de brasileiros infectados por esquistossomose; gira em torno de 6 milhões o total de chagásicos; são 240 mil os hansenianos (leprosos).

Anualmente, ocorrem 100 mil novos casos anuais de tuberculose, e reaparecem doenças que estiveram sob controle desde as primeiras décadas deste século, como a dengue. Milhões de pessoas são portadoras de algum tipo de distúrbio mental.

A desnutrição que cerca mais de 40 milhões, aliada aos vergonhosos números de nossa rede de saneamento, mantém na altura dos vários milhões o total de atingidos por parasitoses intestinais desde a mais tenra infância.

São elas as principais causas da mortalidade infantil, cuja taxa no Brasil se mantém em torno de 65 por 1000 nascidos vivos; bem maior que a registrada na Venezuela (36), Argentina (33), Uruguai (27) e Cuba (15).

O país enfrenta, ainda, graves desafios sanitários sem demonstrar nenhuma seriedade. O caso mais escandaloso está associado à pandemia de Aids, que desnudou a podridão de uma parcela de nossos serviços médicos. O descaso governamental, a ganância capitalista e a criminoso ansiedade por lucros vêm provocando o assassinato – a palavra é essa mesma – de milhares de brasileiros, sendo que uma boa parte é vitimada por transfusões de sangue contaminado.

E não cabe argumentar que o descaso homicida está restrito apenas ao comércio-tráfico de sangue. O Brasil ocupa o terceiro lugar mundial em número absoluto de casos de Aids, sem que esteja definida qualquer política pública capaz de normatizar o problema do sangue ou incorporar plenamente à cidadania os grupos humanos mais expostos aos riscos da síndrome. Essa situação contraria o próprio texto da Constituição de 1988, que proibiu a comercialização de sangue e de seus derivados.

Fonte de lucros

Na configuração dos serviços de saúde, podemos encontrar uma das faces mais perversas da política oficial de favorecimento da iniciativa privada em prejuízo da coletividade. Nos últimos 20 anos, ergueu-se e consolidou-se mais um ramo de acumulação capitalista no Brasil: a saúde. O Estado pouco investiu na implementação de serviços públicos, preferindo subsidiar o desenvolvimento de um amplo setor privado de prestação de assistência médica, com recursos provenientes da Previdência.

Isso foi facilitado pela exclusão dos trabalhadores no acompanhamento e gestão dos organismos da Previdência, bem como pela criação de elos entre a tecnoburocracia estatal e os grupos empresariais da área de saúde. Estes cresceram e auferiram lucros consideráveis, através de dois filões principais:

a) Serviços hospitalares, representados na sua maioria pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH)⁹. Esse ramo conseguiu beneficiar-se, na década de 1970, de financiamentos públicos através da Caixa Econômica Federal, sendo mantido, hoje, pelo SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde)¹⁰ para atender os segurados da Previdência;

b) Convênios das empresas de Medicina de Grupo, representadas pela Abramge (Associação Brasileira de Medicina de Grupo)¹¹. Nesse ramo, verifica-se o casamento de interesses entre os empresários médicos, por um lado, e os objetivos de lucratividade e controle sobre o trabalhador, por parte das empresas industriais, financeiras e comerciais.

No mesmo período em que financiou a expansão da rede particular, o Estado diminuiu os recursos aplicados na prestação de serviços públicos, produzindo uma alta concentração de leitos hospitalares no setor privado. Além disso, durante a década de 1980, cerca de 85% das dotações federais destinadas à saúde foram dirigidas aos serviços hospitalares, geralmente de custos elevados, enquanto foram insignificantes as verbas endereçadas ao controle de doenças transmissíveis, ficando restritas aos momentos de surto epidêmico as iniciativas para combatê-las.

Por fim, cabe recordar que, nos principais centros industriais do país, a Medicina do Trabalho¹² está completamente subordinada aos convênios realizados entre empregadores e empresas de Medicina de Grupo, gerando-se um tipo de tratamento que é predominantemente orientado pela óptica do interesse capitalista.

⁹ Federação Brasileira de Hospitais (FBH), fundada em dezembro de 1966, é uma entidade sem fins lucrativos que visa aglutinar as associações hospitalares e representar o setor privado nas negociações com o Estado por meio da Agência Nacional de Saúde (ANS). No contexto, a FBH pressionava o governo para garantir o financiamento e favorecimento do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) ao setor privado. Por meio de empréstimos a juros baixos, ocorreu uma ampliação do setor privado de saúde por meio de recursos públicos. [N. E.]

¹⁰ O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), instituído pelo decreto n. 94.657, de 20 de julho de 1987, tinha como objetivo estabelecer um convênio entre os governos estaduais e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Esse sistema visava descentralizar a gestão de saúde do âmbito federal para as unidades federativas. Durante a década de 1980, as discussões sobre a universalização, descentralização e equidade dos serviços de saúde eram as reivindicações dos movimentos populares e do Movimento pela Reforma Sanitária. O SUDS é instituído nesse contexto, após a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, que tinha, dentre suas diretrizes, a descentralização das ações de saúde das mãos da União. O Suds outorgou maior autonomia para os estados, tirando da esfera federal a gestão dos serviços e recursos destinados às ações para saúde pública. [N. E.]

¹¹ A Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), fundada em 1966, é uma associação que representa o setor privado de saúde junto aos órgãos federais. Visa organizar e ampliar a atuação da categoria no cenário nacional, garantindo o funcionamento e o lucro do setor. [N. E.]

¹² A Medicina do Trabalho, também conhecida como Medicina Ocupacional, é um ramo da Medicina que cuida da saúde de trabalhadores e trabalhadores visando controle e prevenções de doenças e acidentes ocasionadas no e pelo ambiente de trabalho [N. E.]

A conclusão que pode ser extraída dessa descrição é clara: o setor de saúde no Brasil está gravemente enfermo. Assim como está estruturado, não pode contribuir, em nada, para corrigir as desigualdades de nossa realidade social.

Mas a doença tem cura, desde que se decida modificar, de alto a baixo, todas as políticas governamentais que, direta ou indiretamente, se refletem nesse campo. E isso constitui um compromisso fundamental da Frente Brasil Popular¹³.

Bases da nova política de saúde

Para a Frente Brasil Popular, os problemas de saúde da população não se resolvem apenas com assistência médica, remédios e hospitais. A base mais fundamental de nossa intervenção começa nas políticas gerais de governo, na questão do salário, habitação, educação, saneamento, reforma agrária etc.

Água limpa, escoamento adequado de dejetos e boa alimentação são três pilares sem os quais não se faz política de saúde. Estamos decididos a resgatar a noção de saúde como um direito de todos e dever do Estado. É preciso assegurar o acesso universal, igualitário e gratuito às ações preventivas, curativas ou de reabilitação, sem qualquer discriminação.

O setor privado que se construiu e se mantém financiado pelo setor público deve ser tratado com o máximo rigor. Deverão ser estatizados os serviços que funcionem como monopólios lucrativos, sem equivalentes no setor público, assim como setores estratégicos da indústria farmacêutica e de equipamentos.

A construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) será uma medida central em nosso esforço para garantir uma completa mudança na situação de saúde do país. O SUS terá como características básicas a descentralização através dos estados e municípios, o caráter integral do atendimento e demais ações de saúde, o comando único em cada esfera de governo, a participação e controle dos usuários sobre a formulação e execução das políticas de saúde.

As atribuições do governo federal relativas ao SUS deverão estar a cargo de um único ministério, o da Saúde, esvaziando-se o papel do Inamps¹⁴.

A atividade do SUS não ficará restrita à assistência médica. Compreenderá também vigilância sanitária, promoção nutricional, ações de saneamento, formação de recursos humanos, desenvolvimento de ciência e tecnologia etc.

A transferência de recursos para os estados e municípios não seguirá mais os esquemas de clientelismo hoje dominantes. Obedecerá a critérios objetivos, como o

¹³ A Frente Brasil Popular era integrada pelo Partido dos Trabalhadores (PT), Partido Comunista do Brasil (PCdoB), Partido Socialista Brasileiro (PSB) e Partido Verde (PV). [N. E.]

¹⁴ O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) é um órgão federal criado em 1977 que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas). Após sua criação, parte das funções do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foram atribuídas a esse órgão. A gestão financeira da instituição e assistência médica aos segurados se tornaram tarefas do Inamps, cabendo ao INPS apenas a concessão do benefício. O Inamps foi extinto em 1993 durante o governo de Itamar Franco. [N. E.]

perfil demográfico de cada área, o quadro de doenças e mortalidade da população atendida e a natureza dos serviços já existentes no local.

Os serviços privados, quando necessários à complementação dos serviços públicos, serão contratados e ficarão submetidos a todas as normas de gestão do SUS, incluindo-se a obrigatoriedade de atendimento equânime, gratuito e universal. Os serviços privados que estejam excluídos do SUS não receberão nenhum tipo de recurso público.

Além de fortalecer o setor público, nossa política de governo terá como objetivo a construção de um novo padrão de atendimento. Isso exige mudanças também no esquema de trabalho de todos os profissionais da área.

Para tanto, será adotada uma política salarial que valorize o funcionalismo de saúde, promovendo-se ao mesmo tempo uma verdadeira revolução cultural no tipo de relacionamento que se estabelece entre servidor público e população.

Superadas as injustiças hoje existentes na estrutura do serviço público – e logicamente isso não vale apenas para a saúde –, o novo governo exigirá de todos os profissionais da área uma nova postura ética, profundamente compromissada com as necessidades da população.

Fonte: Programa de Governo do Partido dos Trabalhadores de 1989. Caderno *Sociedade*. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/csbn/programas-de-governo/>>. Acervo CSBH/FPA.

H. SAÚDE: DIREITO DE TODOS; DEVER DO ESTADO – 1989

Programa de Governo

A saúde dos brasileiros é tratada com descaso pelo governo. As indústrias farmacêuticas e as empresas médico-hospitalares aproveitam a incapacidade do Estado, e lucram com a doença do povo.

A raiz do mal é a fome, baixo salário, falta de habitação, etc. que fazem com que a maioria dos brasileiros vivam em péssimas condições, sendo vítimas de muitas enfermidades que podem ser prevenidas.

Uns com tanto, outros sem nada. A desigualdade social se reflete também na saúde, fazendo com que a minoria tenha a mais sofisticada atenção, enquanto a maioria não tenha acesso e não possa pagar os serviços mais básicos. Enquanto uns fazem *check-up* anual em modernos hospitais dotados de sofisticados equipamentos, outros morrem nas filas do Inamps.

Para a Frente Brasil Popular¹⁵, é dever prioritário do governo cuidar da saúde de todos os brasileiros. É necessário desenvolver políticas que garantam salário, alimentação, habitação, que preserve o meio-ambiente como condições fundamentais para a saúde.

A Frente Brasil Popular propõe a criação de um Sistema Único de Saúde, administrado pelo Estado e sob o controle da população. Este sistema deve atingir todo o país, especialmente onde a população seja mais carente.

A rede privada também ficará sob o controle popular e os hospitais particulares e indústrias farmacêuticas serão estatizadas quando o governo não impuser serviços que os substituam.

O Sistema Único de Saúde deve desenvolver programas especiais de saúde materno-infantil, da mulher, bucal, etc., para atacar os problemas que mais afetam a população.

Fonte: As Bases do Plano Alternativo de Governo. Síntese Popular. Programa de Governo do Partido dos Trabalhadores de 1989. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/csbn/programas-de-governo/>>. Acervo CSBH/FPA.

¹⁵ A Frente Brasil Popular era integrada pelo Partido dos Trabalhadores (PT), Partido Comunista do Brasil (PCdoB), Partido Socialista Brasileiro (PSB) e Partido Verde (PV). [N. E.]

I. AS BASES DO PAG 1989

*VI Encontro Nacional
As bases do PAG¹⁶*

Para o PT, os problemas de saúde não se resolvem só com assistência médica, remédios e hospitais, como quer fazer crer o atual modelo de atenção à saúde. Temos que compreender a saúde como resultado do atual modo de organização social da produção, que gera condições desiguais e inaceitáveis de vida, trabalho, doença e morte. A partir desta concepção, o PAG do PT para a saúde articula-se às demais políticas sociais, econômicas e ambientais, como habitação, educação, reforma agrária e saneamento, não se esgotando em medidas racionalizadoras ou de extensão de cobertura (aumento do número de serviços para maior atendimento à população).

Cabe ao PAG resgatar a noção de saúde como direito de todos e dever do Estado, imprimindo uma marca própria à construção do Sistema Único de Saúde (SUS), estatizado e sob controle popular, [tendo como eixos] centrais a melhoria da qualidade dos serviços, o respeito aos direitos dos usuários, a eficácia e a universalização da atenção à saúde (acesso igual para todos), buscada no enfrentamento das desigualdades sociais.

O setor privado, que se construiu e se mantém financiado pelo setor público, deve ser tratado com o máximo rigor. Devem ser imediatamente estatizados todos os serviços, hospitais, indústria farmacêutica e de equipamentos considerados estratégicos para a construção do SUS. Conveniados ou não, devem ser mantidos sob rigoroso controle público. Entendem-se como estratégicos os serviços que são vitais para o funcionamento do sistema de saúde e que devem ser estatizados num primeiro momento, na medida em que não existam serviços públicos que possam proporcionar a cobertura relativa a estes. Entendem-se como serviços essenciais aqueles que são fundamentais para o sistema, mas que não seriam possíveis de estatizar num primeiro momento.

Deve ser fortemente estimulada, recuperada e expandida a rede pública, dentro de uma nova lógica, especialmente a partir das regiões mais carentes e desassistidas. Isso inclui ainda o estímulo à produção estatal de medicamentos, equipamentos e insumos essenciais e uma política de recursos humanos articulada à transformação do sistema, com acesso por concurso público, plano único de cargos, carreira e salários e educação continuada em serviço. Por último, dentro de uma concepção de atenção integral à saúde, o novo modelo deve ser estimulado por programas específicos (Saúde do Trabalhador, da Mulher, Saúde Bucal, Mental etc.) e controlado pela população em todos os seus níveis.

Fonte: As bases do PAG – Plano de Ação de Governo. VI Encontro Nacional, 1989. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/csbn/encontros-nacionais-do-pt-resolucoes/>>. Acervo CSBH/FPA.

¹⁶ As bases do Plano de Ação de Governo (PAG). Resolução do VI Encontro Nacional ocorrido entre 16 e 18 de junho de 1989, no Colégio Caetano de Campos em São Paulo/SP. [N. E.]

J. PREFEITURA INTERVÉM E REVOLUCIONA CASA DE SAÚDE – 1989

As celas fortes foram desativadas, os eletrochoques suspensos, a administração de drogas controlada, os horários para visitas e o acesso dos familiares às enfermarias-dormitório liberados. Em quatro meses de governo, a prefeita Telma de Souza¹⁷, de Santos, 465 mil habitantes, litoral paulista, mostrava que tinha assumido o cargo preocupada e decidida a mudar a qualidade de vida da população marginalizada que vive no extremo da loucura. Sua intervenção na Casa de Saúde Anchieta é um retrato disso.

“É preciso que a sociedade toda questione o modo como são tratados seus doentes mentais. É indispensável devolver a eles o direito de cidadania.” A afirmação da prefeita Telma de Souza sintetiza a orientação que a Administração petista de Santos está desenvolvendo no campo da saúde mental.

No dia 21 de abril deste ano, o secretário municipal de Saúde, David Capistrano Filho¹⁸, com base em relatórios elaborados por órgãos estaduais e federais – e diante da falta de providências por parte destes –, denunciou a situação de calamidade em que se encontrava a Casa de Saúde Anchieta. A Casa era o único hospital psiquiátrico da região da Baixada Santista e Litoral Sul e, através de convênios, dava atendimento público à população.

Superlotação, condições sub-humanas de assistência, promiscuidade, maus tratos, eletrochoques, confinamento em celas-fortes, uso indiscriminado de drogas pesadas e, principalmente, anulação total do sentido de cidadania dos pacientes. Uma estrutura (que no geral prevalece na quase totalidade do sistema dos manicômios brasileiros) destinada a reter os doentes mentais nas instituições privadas, com o objetivo de obter lucro por intermédio dos convênios com os órgãos públicos.

No dia 3 de maio, já que nenhuma dessas irregularidades foi sanada, a prefeita, após vistoria no hospital, determinou a intervenção da prefeitura no Anchieta, por um prazo mínimo de 120 dias. As reformulações implantadas pelas equipes de profissionais da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde (Sehig), dirigidas pelo interventor do hospital e coordenador do Programa de Saúde Mental do órgão, Roberto Tykanori Kinoshita¹⁹, foram imediatas: as celas-fortes foram desativadas, os eletrochoques suspensos, a administração de drogas controlada, os horários de visitas liberados para os familiares dos pacientes, e estes (ao contrário do que ocorria no passado) puderam ter livre acesso às enfermarias-dormitórios, com cada cama identificada com o nome do respectivo internado.

¹⁷ Telma de Souza (1944 -), pedagoga e política brasileira. Em 1986, foi eleita Deputada Estadual Constituinte em São Paulo pelo Partido dos Trabalhadores e, em 1988, eleita prefeita de Santos também pelo PT. [N. E.]

¹⁸ David Capistrano da Costa Filho (1948-2000), médico e político brasileiro, foi prefeito de Santos entre 1993 e 1996, eleito pelo Partido dos Trabalhadores. [N. E.]

¹⁹ Roberto Tykanori Kinoshita, médico especializado em saúde coletiva. No contexto, coordenador do Programa de Saúde Mental de Santos na gestão de Telma de Souza. [N. E.]

Em paralelo, começou a ser desenvolvido um programa de novas técnicas terapêuticas, com reuniões de grupo, contato com os familiares dos internados, acompanhamento individualizado dos pacientes, programas de lazer internos e externos e implantação de novos critérios para internações e altas. Como o objetivo já não era mais o lucro, só eram internadas aquelas pessoas que realmente necessitassem, priorizando-se também a liberação de pacientes que já tinham condições de receber tratamento extra-hospitalar. Em pouco tempo, essas medidas acabaram com a superlotação, embora, em nenhum momento, fossem recusadas internações nos casos realmente necessários, não só provenientes de Santos como dos demais municípios da região.

O processo continuou avançando, com o reforço de psiquiatras, psicólogos, médicos, assistentes sociais, atendentes e outros profissionais. Em junho, Franco Rotelli, diretor do Centro Psiquiátrico Regional de Trieste, Itália (um dos centros mais avançados da moderna psiquiatria em todo o mundo), visita o Anchieta, aprova a experiência e dá seu aval para a concretização de um convênio entre aquela cidade italiana e Santos, para o desenvolvimento de experiências na área da saúde mental. Em julho, Marcos Pacheco de Toledo Ferraz²⁰, diretor da Divisão Nacional de Saúde Mental²¹ do Ministério da Saúde, também vem a Santos e aprova o ato de intervenção da prefeitura.

Enquanto em setembro a prefeita Telma de Souza prorroga por mais 90 dias a intervenção no Anchieta, o Ministério da Saúde aprova integralmente o projeto elaborado pela Sehig para a assinatura de um acordo de cooperação entre Santos e Trieste, no campo da saúde mental, no valor de US\$ 651 mil. O convênio prevê o intercâmbio de profissionais santistas e italianos e a criação de toda uma infraestrutura para, no prazo de um ano, implantar em Santos um sistema de atendimento no setor com base nas novas técnicas terapêuticas, que estimulam a reintegração de ex-pacientes no seu contexto social, mantendo apenas uma estrutura de atendimento ambulatorial e uma rede de comunidades de ex-internados.

A formalização de tal convênio, que deverá ser financiado integralmente pelo Departamento de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento, da Itália, está agora em fase de tramitação diplomática. A expectativa é de que o acordo seja concretizado no início do próximo ano. O intercâmbio com Trieste, que envolve também a criação de um centro de formação de profissionais a partir das novas

²⁰ Marcos Pacheco de Toledo Ferraz, médico psiquiatra. No contexto, diretor da Divisão Nacional de Saúde Mental. Ferraz também foi secretário da Associação Psiquiátrica da América Latina (1983-1985), coordenador de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (1983-1986) e secretário-adjunto de Saúde do Estado de São Paulo (1992-1993). [N. E.]

²¹ Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), órgão vinculado ao Ministério da Saúde, responsável por políticas para o setor de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica no Brasil foi impulsionada, dentre outros fatores sociais e políticos, pela “crise do Dinsam”, no ano de 1978. No contexto, os hospitais psiquiátricos viviam sob condições precárias tanto para os profissionais quanto para os pacientes. A partir da mobilização do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e das denúncias ocorridas sobre as péssimas condições de tratamento e trabalho, o Dinsam sofre uma reforma institucional e impulsiona o movimento pela Reforma Psiquiátrica, enfatizando a importância de tratamento humanizado e adequado. [N. E.]

concepções terapêuticas, é considerado mais um passo pioneiro dentro da concepção prioritária que a Administração Democrática Popular está dando à saúde mental.

Fonte: *Boletim Nacional do PT*, ano II, n. 47, julho de 1989, p. 09. Disponível em: <acervo.fpabramo.org.br>. Acervo CSBH/FPA.

K. A SAÚDE NO GOVERNO LULA – 1994

Programa de Governo

O programa da Saúde sintetiza as linhas gerais que nortearão a atuação do Governo Democrático Popular na área da saúde. Ele significa um compromisso político da candidatura Lula. O indispensável detalhamento de seus princípios em projetos prioritários para o setor pode ser encontrado nos demais materiais da campanha, cuja produção, em seu conjunto, contou com a contribuição ampliada de técnicos do setor de entidades da sociedade civil e de movimentos populares, além das contribuições advindas de discussões com os partidos coligados.

O grande mote que orienta a formulação do Programa é EFETIVAR A SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO. O Programa baseia-se na concepção da multideterminação da saúde por fatores biológicos, ambientais, culturais e sobretudo socioeconômicos. Esta concepção leva à ideia de que a distribuição das doenças na população dá-se de forma desigual entre os diversos segmentos que compõem a sociedade. Assim, a intervenção do Governo Democrático-Popular nas Políticas de Saúde orienta-se pelo ideário dos DIREITOS DE CIDADANIA E DA EQUIDADE SOCIAL.

O Programa de Saúde divide-se em três tópicos: diagnóstico do setor, diretrizes, princípios básicos para ação política de governo.

Diagnóstico

Aponta-se a precariedade das condições de vida da grande parcela da população brasileira, decorrente da miséria, da violência social, da falta de infraestrutura urbana e de equipamentos sociais.

A repercussão desta situação na saúde compõe um quadro complexo de morbimortalidade, com a ocorrência significativa de doenças infecciosas antigas (tais como a tuberculose, cólera, Febre Amarela) ao lado de novas (como a Aids), das doenças crônicas (entre elas a hipertensão arterial e a diabetes). E nas áreas de maior concentração urbana, o aumento dos agravos decorrentes dos acidentes de trânsito, homicídios e acidentes do trabalho.

Quanto ao financiamento do setor, a situação não é melhor. Nos últimos anos, vem acontecendo uma diminuição brutal dos recursos federais destinados para a saúde: em 1989 eles eram cerca de 2,5% do PIB (US\$11,3 bilhões), enquanto em 1992 eles passam a cerca de 1,7% do PIB (US\$6,5 bilhões). Isso significa que o gasto médio *per capita* de US\$76,5 em 1989 cai para cerca de US\$42 em 1992.

Isso também se faz sentir na deterioração dos serviços, em especial na rede pública, que se encontra sucateada, com desativação de mais de 9 mil leitos e de muitas unidades parcial ou totalmente desativadas. É comum acontecer falta de pessoal, material de consumo e de medicamentos, além do abandono de equipamentos para diagnóstico e terapêutica. Essa situação de calamidade em que se encontram os serviços

públicos leva a uma queda da qualidade de atendimento e favorece a procura do setor privado lucrativo (seguro-saúde, medicina de grupo, planos de saúde, etc.).

O governo Democrático Popular se compromete a modificar esse estado de coisas desenvolvendo iniciativas para a recuperação dos serviços públicos dentro do novo modelo de saúde proposto.

Princípios básicos

1) *Redefinição da atuação pública na saúde.* Estimular a constituição de um modelo de saúde baseado no planejamento local e regional, articulado intersetorialmente, e que no âmbito assistencial garanta cuidados integrais de modo a tornar o Sistema Único de Saúde socialmente eficaz e economicamente viável.

2) *Saúde como direito de todos.* Atuar em cooperação com os governos estaduais e municipais para garantir a toda a população a saúde como um direito. Desenvolver, portanto, a implantação do SUS baseada na equidade e na integralidade das ações, na descentralização político-administrativa, na universalização do acesso com garantia de qualidade e na humanização do sistema. Priorizar, ampliar e fortalecer o setor público tornando-o democrático e sob controle da sociedade.

3) *Estabilidade e continuidade das políticas de saúde.* Imprimir ao setor da saúde reformas que criem bases para a continuidade administrativa das políticas no setor no que diz respeito às fontes de financiamento e à democratização do estado.

4) *Democratização e capacitação do Estado.* Promover uma reforma administrativa no setor que faça com que a gestão da saúde garanta os direitos de cidadania. Promover uma política de profissionalização dos recursos humanos, adequar a estrutura do Ministério da Saúde à legislação do SUS e definir as competências de cada esfera de governo (federal, estadual e municipal).

Diretrizes de governo para o financiamento

- Definir fontes estáveis de financiamento ampliando os recursos para o SUS.
- Estabelecer mecanismos de repasse regular e automático para os Estados e Municípios, sem favoritismo político.
- Obter o compromisso de que Estados e Municípios gastem no mínimo 10% do seu orçamento em saúde.

Descentralização

- Promover a descentralização político-administrativa dos recursos financeiros, dos equipamentos, dos serviços e ações de saúde.
- O planejamento e a execução de serviços caberão ao município ou a associações deles.
- A coordenação nacional do SUS caberá ao Ministério da Saúde, devendo evitar tarefas diretas na execução de ações assistenciais.

Controle social

- Estimular o funcionamento autônomo dos Conselhos de Saúde.
- Democratizar as informações necessárias para a atuação dos conselhos.

Políticas específicas

- Conjugar ações com os estados e municípios no sentido de modificar o quadro de morbimortalidade descrito e buscar uma nova qualidade e humanização no atendimento ambulatorial e hospitalar.

- Respeitar, no planejamento das ações e serviços de saúde, as diferenças de gênero, raça, idade e contemplar as necessidades específicas dos portadores de deficiência física e mental e de patologias crônicas.

- Resguardar esses segmentos sociais da discriminação e dos preconceitos.

Informação e comunicação

- Criar um sistema nacional de informação em saúde que alimente as ações técnicas e o controle público do SUS.

Relação público/privado

- Promover e estimular a capacidade plena do setor público de saúde. Articular o setor privado conveniado no planejamento local e regional de saúde, pagando-lhe adequadamente e em dia de serviços, exigindo em contrapartida um atendimento humanizado e de qualidade.

- Exercer o poder regulador do Estado para regulamentar o setor privado que atua no mercado de saúde (seguro-saúde, planos e sistemas de pré-pagamento).

Recursos humanos

- Promover uma política específica para esta área baseada na profissionalização (valorização, humanização e capacitação dos servidores públicos) e na participação democrática desses profissionais.

- Atuar junto a Estados e Municípios para incentivar a implementação de políticas de recursos humanos que levem em consideração planos de cargos, carreiras e salários e o aperfeiçoamento dos mecanismos de gestão através da implementação de contratos coletivos de trabalho.

- Resgatar a dimensão pública de serviços de saúde exigindo o indispensável compromisso dos trabalhadores da saúde para com os cidadãos usuários do SUS.

Insumos, medicamentos, imunobiológicos e hemoderivados

- Suprir a rede pública de medicamentos, insumos médicos e demais materiais de consumo na qualidade e na quantidade requeridas.

- Implementar ações que tornem os preços dos medicamentos acessíveis à população.

- Incentivar a parceria com a sociedade civil, através de entidades representativas do setor, para o desenvolvimento das ações propostas.

Agora que você tomou contato com o resumo do programa de saúde do Governo Democrático Popular, divulgue estas ideias para amigos, vizinhos, companheiros de trabalho e monte um comitê na sua rua, bairro, no seu trabalho ou na sua cidade para ajudar a eleger Lula presidente e colocar estas ideias em prática.

Fonte: A saúde no Governo Lula. Programa de Governo – Frente Brasil Popular pela Cidadania, julho de 1994. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/csbnh/programas-de-governo/>>. Acervo CSBH/FPA.

L. A CIDADANIA DAS MULHERES NA ÁREA DA SAÚDE – 1994

Programa de Governo

A situação de vida pessoal e social das mulheres é determinante no seu quadro de morbidez e mortalidade. O sistema de saúde pública, em acelerado processo de sucateamento, não responde a estas necessidades.

Agrava-se a incidência do câncer ginecológico e de mama. Por outro lado, a proporção homem/mulher nos índices de contaminação pela Aids que em 1984 era de 123 para uma, 19 [sic] hoje é de cinco para uma, sendo as relações heterossexuais a principal causa de contaminação das mulheres.

As condições da mulher trabalhadora – dupla jornada, precariedade do trabalho –, somadas a outras formas de discriminação que sofre, contribuem para uma forte incidência de diversas doenças, inclusive as mentais.

A situação é mais alarmante no que se refere à mortalidade materna e à assistência à anticoncepção, sendo o aborto uma importante causa de óbitos.

Propostas

1. Garantir o Sistema Único de Saúde (SUS) e a implantação do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher)²².

2. Priorizar a saúde da mulher junto aos estados e municípios, com destaque para um programa emergencial que, por meio da contratação e capacitação de profissionais de saúde e do aumento dos equipamentos de serviços (postos, hospitais, ambulatórios, laboratórios), acabe com a mortalidade materna ou a reduza a índices mínimos através de assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, diminuindo o número de cesáreas.

3. Promover campanhas e programas de prevenção do câncer de mama e cérvico.

4. Desenvolver campanhas e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, particularmente a Aids.

5. No Brasil, a mortalidade materna atinge índices alarmantes, 156 mortes por 100 mil nascidos vivos, constituindo-se o aborto uma importante causa de óbitos. Estima-se que mais de 2 milhões de abortos são realizados anualmente no país. Como resultado desta lamentável situação, verifica-se um grande número de óbitos e sequelas físicas e psicológicas. Em cada mil mulheres em idade fértil, 18 já sofreram sequelas de aborto. Em cada quatro mulheres submetidas ao aborto clandestino, uma já foi internada com complicações que levam à esterilidade ou mesmo à morte. Isso representa a ocupação de 20 a 30% dos leitos de ginecologia e obstetria da rede pública hospitalar. Em função deste quadro de flagrante atentado à saúde pública, a

²² Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism), foi lançado em 1983 por meio do Ministério da Saúde. [N. E.]

questão do aborto torna-se relevante para a sociedade e para um governo democrático e popular.

O recurso ao aborto não é método anticonceptivo. Daí a importância de garantir o acesso das mulheres a todos os métodos anticonceptivos não prejudiciais à saúde, com orientação médica, incentivando também o desenvolvimento de pesquisa em relação a métodos para os homens. Isso deverá ser contemplado no programa de atenção à saúde da mulher, acompanhado de um amplo processo educativo, envolvendo a rede pública de saúde, os meios de comunicação e a rede escolar, de forma que se garanta ampla participação da sociedade civil.

Hoje, por falta de informação e acesso aos métodos anticonceptivos, restam à maioria das mulheres duas alternativas: a pílula, vendida sem prescrição médica e sem a devida assistência, o que traz sequelas às usuárias; e a esterilização, em grande parte realizada durante a cesariana e, muitas vezes, sem a permissão da mulher. O alto número de cesáreas – 33% dos partos – acarreta riscos de saúde às mulheres e aos nascituros.

Esta situação que penaliza as mulheres, principalmente as mais pobres, deverá ser tratada como problema de saúde pública. Nos casos de aborto previstos em lei, é imperativo que se normatize o atendimento por toda rede pública de saúde.

O Governo Democrático e Popular deverá tomar as iniciativas necessárias para garantir a cidadania das mulheres.

Fonte: As bases do Programa de Governo. Programa de Governo do Partido dos Trabalhadores de 1994. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/csbnh/programas-de-governo/>>. Acervo CSBH/FPA.

M.O NORDESTE E A INTEGRAÇÃO NACIONAL – BASES DE UMA PROPOSTA PARA O NORDESTE – 1994

Programa de Governo

Políticas Sociais

A FBPC²³ considera que, no conjunto das políticas sociais, a segurança alimentar tem um destaque fundamental, devendo ser tratada tanto nas ações prioritárias de curto prazo (ver adiante) como no âmbito de políticas mais estruturadoras de geração de emprego, de reforma agrária e das novas políticas agrícolas, já indicadas anteriormente.

No caso das políticas de habitação e saneamento, a FBPC considera que o Governo Federal deverá agir em sintonia com os governos estaduais e municipais, apoiando ações de desenvolvimento local efetivas no enfrentamento dos problemas.

Por outro lado, afirma-se um claro entendimento da importância do investimento nesses setores do ponto de vista da geração de emprego na região.

Quanto ao tema da saúde no contexto regional nordestino, a FBPC parte da compreensão de que a desigualdade social e regional expõe os habitantes das regiões mais pobres a graves determinantes de doenças e mortes (fome, inexistência de saneamento, desemprego etc.) e os priva, em maior escala, do acesso a um conjunto de políticas públicas, inclusive à saúde. O simples fato de nascer no Nordeste já reduz em 9 anos a expectativa média de vida, se comparada com a esperança de vida ao nascer da região Sul. Por outro lado, o coeficiente de mortalidade infantil do Nordeste aponta para um “excedente” de 76 mortes infantis a cada mil crianças nascidas vivas, se comparado com o coeficiente da região Sul.

Esse nível de saúde precário não se apresenta de maneira homogênea nem simétrica em toda a região Nordeste. Aqui convivem níveis equiparáveis aos do Sul/Sudeste ao lado de bolsões comparáveis aos países americanos. Uma outra característica da região é a agudização da chamada superposição epidemiológica, convivendo com doenças “antigas” como a cólera, a dengue e a desnutrição com problemas de saúde “modernos”, como as doenças cardíacas e a AIDS. Esse perfil coloca lado a lado problemas de saúde com causalidades distintas e complexas.

O atual sistema de financiamento do setor saúde mantém e aprofunda essas desigualdades, na medida em que se baseiam nos procedimentos médicos (consultas, internações, cirurgias etc.) realizados pela rede de serviços de saúde e não nas necessidades efetivamente postas pelo perfil epidemiológico de cada região.

Nesse quadro, o programa da FBPC para o Nordeste propõe:

²³ Frente Brasil Popular pela Cidadania (FBPC) foi uma coligação composta pelo Partido dos Trabalhadores (PT), Partido Socialista Brasileiro (PSB), Partido Popular Socialista (PPS), Partido Comunista do Brasil (PCdoB), Partido Comunista Brasileiro (PCB) e Partido Socialista dos Trabalhadores Unificado (PSTU). [N. E.]

a) antes de tudo, que só é possível reverter essa situação com a promoção ampla da cidadania, garantindo direitos mínimos e indispensáveis como o emprego, melhor distribuição de renda, acesso à terra etc.;

b) que se garanta a implantação efetiva do Sistema Único de Saúde (SUS) para que se altere o modelo assistencial atualmente hegemônico – centrado na doença e na dicotomia entre ações preventivas e curativas – e seja assegurado o acesso da população excluída. Para o Nordeste, a viabilização do SUS é particularmente importante porque aqui está situada grande parte da população que, incapaz de pagar serviços privados e/ou associar-se aos seguros-saúde, depende exclusivamente do sistema público para receber atenção à saúde;

c) que se promova a equidade, concentrando os recursos públicos na área de saúde nos grupos populacionais sob maior risco de adoecimento e morte, através da adoção de novas formas de financiamento do setor, com base em critérios populacionais e epidemiológicos.

Fonte: O Nordeste e a integração nacional. Bases de uma proposta para o Nordeste. Programa de Governo do Partido dos Trabalhadores de 1994. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/csbnh/programas-de-governo/>>. Acervo CSBH/FPA.

N. CONTRA O GENOCÍDIO NA SAÚDE – 1996

*Arlindo Chinaglia*²⁴

A saúde pública, no Brasil e em qualquer parte do mundo, é determinada pelas condições sociais e econômicas. Isto significa que, ao se pensar seriamente a saúde, é necessário equacionar desde o investimento específico no setor (vacinas, medicamentos, formação profissional, equipamentos, unidades de atendimento) até resolver questões de saneamento básico, alimentação, moradia, salário, etc.

Quanto às questões técnicas, tão decisivas em qualquer atividade, elas são universais e devem ser aplicadas de acordo com as realidades do País. E a realidade brasileira é de contrastes também na saúde.

Nas duas últimas décadas, houve aumento significativo de expectativa de vida e reduções acentuadas em indicadores como mortalidade infantil e mortalidade proporcional por doenças infecciosas. Entretanto, reapareceram velhos problemas, como dengue e cólera, e persistem grandes endemias, como doença de Chagas, malária, esquistossomose, etc.

E há o horror, como as mortes de Caruaru, onde se utilizou água contaminada na hemodiálise²⁵, e as mortes da Clínica Santa Genoveva, no Rio de Janeiro, verdadeiro depósito que servia para superfaturar as contas pagas pela seguridade social²⁶.

Um trecho do relatório da deputada Tânia Rodrigues (PT-RJ)²⁷, em visita à Santa Genoveva: “o freezer, todo sujo e com restos de alimentação, ... sacos de leite com validade vencida, carnes estragadas exalando mau cheiro, ... carne seca e filés de peixe exalando mau cheiro...”. Caruaru e a Clínica Santa Genoveva demonstram a crise generalizada do sistema de assistência à saúde, situação que inclui os convênios e seguros de saúde, visto que estes, além de mercantilizar o atendimento, destinam à rede pública os casos graves, portanto caros.

É preciso agir seriamente em defesa da saúde!

Fonte: *PT Notícias*, ano I, n. 06, julho de 1996, p. 06. Disponível em: <acervo.fpabramo.org.br>. Acervo CSBH/FPA.

²⁴ Arlindo Chinaglia Junior (1949-), médico e político brasileiro. No contexto, deputado federal eleito pelo Partido dos Trabalhadores, reeleito consecutivamente até os dias atuais. [N. E.]

²⁵ As mortes de Caruaru, ou “Tragédia da Hemodiálise”, como ficou conhecida, ocorreu em 1996 no município de Caruaru, no Pernambuco. No contexto, 60 pessoas morreram contaminadas por intoxicação em função da água utilizada no tratamento, que continha microcistina, toxina produzida pelas cianobactérias. No contexto, a Secretaria Estadual de Saúde apontou a causa da morte por hepatite tóxica. [N. E.]

²⁶ 156 idosos morreram em razão das más condições de tratamento e repouso na Clínica Genoveva, entre janeiro e maio de 1996, no Rio Janeiro/RJ. Apuradas as denúncias, a clínica foi fechada pelo Ministério da Saúde. [N. E.]

²⁷ Tânia Rodrigues (1950-), médica e política brasileira. No contexto, deputada estadual do Rio de Janeiro eleita pelo Partido dos Trabalhadores. Desligou-se do partido e atualmente é filiada ao Partido Democrático Trabalhista (PDT). [N. E.]

O. SAÚDE É DIREITO, NÃO MERCADORIA – 1998

Programa de Governo

1. Os cuidados integrais à saúde são um direito dos brasileiros. Eles compreendem medidas que elevem os padrões de vida (reforma agrária, criação de empregos, saneamento básico, habitação digna, educação, acesso à cultura, direito à informação e à comunicação, aos esportes e ao lazer), ações de promoção da saúde, de prevenção das doenças (vacinação, eliminação de transmissores de enfermidades), de diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação.

Prevenção e cura não podem ser separadas nem contrapostas. O descaso de sucessivos governos com a saúde da população conduziu o Brasil a um quadro de enfermidades, onde se combinam doenças comuns dos países desenvolvidos com aquelas que já deveriam ter sido controladas, típicas das nações mais atrasadas.

O governo União do Povo – Muda Brasil²⁸ mobilizará o conhecimento e a criatividade de nossa sociedade para construir políticas e realizar ações concretas a fim de reduzir as altas taxas de mortalidade infantil, materna e por doenças facilmente controláveis. Aplicará programas preventivos e de saúde pública de largo alcance, também garantindo serviços de pronto-socorro bem equipados (necessários para o atendimento às vítimas da violência, dos acidentes graves de trabalho e do trânsito) para diagnosticar precocemente e tratar adequadamente os casos que requerem atenção ambulatorial ou hospitalar especializada e qualificada.

2. Saúde é assunto de interesse público e alta relevância social, não podendo jamais ser entendida apenas como um negócio privado. O governo da União do Povo – Muda Brasil será rigoroso na defesa da gestão pública, transparente, participativa e descentralizada dos serviços de saúde. Os Conselhos de Saúde serão fortalecidos. Serão respeitadas suas atribuições legais, sobretudo sua função deliberativa.

A existência de Conselhos fortes – com visibilidade pública em todas as instâncias administrativas, respaldados pelos movimentos sociais, pelo respeito à lei e pela ação do governo – é a única arma eficaz contra a corrupção, os privilégios, o desrespeito aos princípios do SUS. Os Conselhos de Saúde constituem uma diversificada malha de meios de efetiva participação cidadã e controle social, testemunho prático da possibilidade de construir novas relações entre o poder público e a sociedade.

3. O governo da União do Povo – Muda Brasil garantirá recursos estáveis para a Saúde, com a vinculação de receitas específicas para o setor, a exemplo do que já acontece com a área de Educação. Recursos orçamentários da União, dos Estados e

²⁸ A coligação União do Povo – Muda Brasil era composta pelo Partido dos Trabalhadores (PT), Partido Democrático Trabalhista (PDT), Partido Socialista Brasileiro (PSB), Partido Comunista Brasileiro (PCB) e Partido Comunista do Brasil (PCdoB). [N. E.]

Municípios, além de parte das contribuições sociais, serão as fontes dos recursos necessários.

Antes do final de seu mandato, o governo assegurará pelo menos R\$ 250,00 *per capita*/ano para a defesa da vida e saúde dos brasileiros. Imediatamente após a posse, através do remanejamento de recursos orçamentários, serão adicionados R\$ 1 bilhão para reforçar a capacidade financeira dos municípios fazerem frente às necessidades de saúde de suas populações, sem as restrições que caracterizam os repasses do Piso Assistencial Básico (PAB)²⁹.

A definição dos recursos estáveis para a Saúde será feita no âmbito de um crescimento econômico sustentado, do combate à sonegação e às fraudes e de uma verdadeira reforma fiscal, que livrará os municípios e estados de medidas como o FEF (Fundo de Estabilização Fiscal)³⁰, a lei Kandir³¹ e outros instrumentos de redução de suas receitas.

Os municípios terão os recursos necessários à organização da atenção à saúde dos seus cidadãos, podendo dispor desses recursos para executar as ações que seus Conselhos e suas Conferências Municipais considerarem prioritárias.

O Sistema Único de Saúde não é exclusivamente federal, estadual ou municipal, mas baseia-se no princípio federativo e na corresponsabilidade entre as diversas instâncias de governo. O respeito à autonomia de Estados e Municípios é condição para a descentralização, que torna possível e eficaz a participação e o controle social. O governo da União do Povo – Muda Brasil será fiel às diretrizes de descentralização e municipalização que constam da legislação e das resoluções das Conferências Nacionais de Saúde³² e reverterá todas as medidas recentralizadoras e tendentes a converter as relações entre o Fundo Nacional de Saúde³³ e os fundos estaduais e municipais em tratos de tipo convencional, que favorecem a ingerência da União em assuntos da

²⁹ Piso Assistencial Básico (PAB) é um recurso financeiro destinado aos estados e municípios, designado ao custeio de assistência básica e saúde, calculado de acordo com a quantidade populacional a partir de dados fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [N. E.]

³⁰ Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), criado em 1996 durante o governo do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso, permite que a União deixe de repassar recursos públicos previstos em Constituição destinados à saúde, educação, por exemplo, aos estados e municípios. Nos anos 2000, essa medida passou a ser denominada Desvinculação dos Recursos da União (DRU). [N. E.]

³¹ Lei Kandir é a lei complementar 87, de 1996, promulgada durante o governo do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso. Possui esse nome em razão do então Ministro do Planejamento, Antonio Kandir. Previa regulamentar a aplicação do Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS), isentando o pagamento de ICMS sobre as exportações de produtos primários, acarretando perda na arrecadação dos estados. [N. E.]

³² A 1ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu em 1941, por meio da articulação entre sociedade civil e profissionais da saúde. Surge reivindicando reforma sanitária e um programa nacional de saúde. A 8ª Conferência Nacional da Saúde realizada em 1986 é um marco na história da saúde pública, pois suas resoluções serviram de base para a Lei Orgânica da Saúde, promulgada na Constituição de 1988. A última conferência realizada foi a 16ª, em 2019, com o tema “Democracia e Saúde”. [N. E.]

³³ Fundo Nacional de Saúde (FNS), foi instituído em 1969 para gerenciar os recursos públicos na área da saúde. Após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a ser o gestor financeiro dos recursos destinados para a saúde pública no Brasil. [N. E.]

competência estadual e municipal e permitem a prática de favorecimentos e discriminações de cunho político-partidário no repasse dos recursos financeiros.

4. O governo da União do Povo – Muda Brasil considera que os trabalhadores da saúde – servidores públicos ou assalariados das entidades filantrópicas e privadas – constituem o mais valioso recurso para promover a saúde, diagnosticar e tratar os brasileiros. Por essa razão, tomará as medidas necessárias para valorizar o trabalhador da saúde, resgatando sua dignidade, promovendo capacitação e atualização permanente e mantendo diálogo e negociação com suas entidades sindicais de representação.

5. O governo da União do Povo – Muda Brasil implementará o Programa “Saúde em Casa”, garantindo ações integrais de saúde, a partir de experiências exitosas como os Programas de Saúde da Família³⁴, de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde em Casa e da organização de redes básicas de saúde e de programas de atenção e internação domiciliar.

Este programa será aplicado em parceria com as prefeituras e Conselhos Municipais de Saúde, dando ênfase ao trabalho dos agentes comunitários. Ele receberá do governo da União do Povo – Muda Brasil a prioridade necessária para garantir a extensão do direito à saúde aos cidadãos que não têm acesso a serviços, particularmente os residentes na zona rural, cidades e localidades de difícil acesso (que não conseguem atrair e fixar profissionais de saúde), bem como nas aglomerações urbanas mais carentes e desprovidas de unidades de saúde, nas grandes e médias cidades.

O Programa “Saúde Em Casa” não se propõe oferecer “saúde pobre para os pobres”. Ele estará à serviço da defesa da vida, fundamentada em novos compromissos e responsabilidades assumidos em relação à saúde e à felicidade de todos os brasileiros.

Como o Brasil é um país de grande diversidade regional e social, as formas de organizar a assistência à saúde devem ser adequadas à realidade e necessidades locais, não podendo ser imposto um modelo assistencial uniforme.

Por essa razão, o governo da União do Povo – Muda Brasil adotará soluções que favoreçam a proximidade dos serviços das casas, a vigilância constante da qualidade dos alimentos, da água e dos medicamentos.

6. O governo da União do Povo – Muda Brasil mudará a atual política em relação aos medicamentos e outros produtos necessários às ações de saúde. Estimulará as empresas públicas (Furp, Lafepe, Vital Brasil)³⁵, criando as condições para que possam

³⁴ Programa Saúde da Família (PSF), foi implantado em 1994. Tinha como objetivo implantar a estratégia de Atenção Básica à saúde das famílias e comunidades. O programa visava descentralizar dos hospitais de alta complexidade o atendimento emergencial para casos de média e baixa complexidade. Dessa maneira, pretendia investir na prevenção e promoção da saúde local. Essa reorganização prevê que grande parte dos problemas de saúde que acometem a população possam ser facilmente cuidados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), sem que sejam necessárias internação ou busca por hospitais que realizam procedimentos de alta complexidade. [N. E.]

³⁵ Fundação para o Remédio Popular (Furp), criada em 1968, é o laboratório oficial do governo do estado de São Paulo; Lafepe, Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco Governador Miguel Arraes,

investir em pesquisa e produzir fármacos que hoje importamos, de alto custo. Fiscalizará as empresas privadas e impedirá o aumento abusivo dos preços dos remédios, muito superior à inflação média ocorrida desde 1994. Fará respeitar a lei que obriga as indústrias a utilizar os nomes das substâncias contidas nos medicamentos, em lugar de nomes fantasia (lei dos genéricos)³⁶. Respeitando as decisões da X Conferência Nacional de Saúde³⁷, estabelecerá, com os Estados e Municípios, a Relação Nacional de Medicamentos (Rename)³⁸. Reorganizará e moralizará a Vigilância Sanitária, ampliando seu escopo para atuar com rigor permanente no controle de produtos ou ações que possam causar dano à saúde. Também os laboratórios de análises clínicas e serviços complementares de diagnóstico serão controlados, em parceria com os Estados e Municípios.

7. A saúde bucal é parte inseparável da saúde, por isso estará presente em todos os programas do governo da União do Povo – Muda Brasil. Nas ações de saneamento, a preocupação será fornecer água fluoretada para prevenir o aparecimento da cárie dentária. No programa Saúde em casa, as ações de saúde bucal atingirão todos os membros da família, inclusive as gestantes, os bebês, os portadores de deficiência e os idosos. A assistência odontológica básica, eliminando dor e sofrimento, será assegurada a todos, mas a ênfase do trabalho nessa área – como sempre realizado em estreita parceria com estados e municípios – recairá sobre as ações educativas e preventivas. Nas creches e nas escolas, este trabalho terá continuidade.

Novas tecnologias de trabalho odontológico serão estimuladas e apoiadas. O Ministério da Saúde promoverá, em parceria com institutos de pesquisas e universidades, estudos epidemiológicos e outros, para desenvolver os conhecimentos sobre problemas de saúde bucal e melhorar a qualidade dos serviços prestados à população.

8. O governo da União do Povo – Muda Brasil tem compromisso assumido com a humanização do tratamento dos que sofrem de transtornos mentais. A política do Ministério da Saúde nessa área será a de promover a substituição progressiva dos

criado em 1965, é o laboratório oficial do governo do estado de Pernambuco; O Instituto Vital Brasil, criado em 1956, é o laboratório oficial do governo do estado do Rio de Janeiro. [N. E.]

³⁶ Lei n. 9.787, de 1999, estabeleceu a inserção dos medicamentos genéricos no país. Após sua promulgação, foi permitido que os laboratórios interessados produzissem e comercializassem medicamentos que possuíssem patentes vencidas, utilizando o mesmo princípio ativo. A lei estabeleceu ainda que o direito de exclusividade da patente medicamentosa tenha validade de 20 anos; após esse período, a fórmula pode ser produzida e comercializada por outros laboratórios e passa a ser de domínio público. Essa medida possibilitou o barateamento do preço dos remédios no mercado, ampliando o acesso à população. Na embalagem do produto, a lei instituiu que deve constar o nome do princípio ativo e uma tarja amarela indicando que se trata de um medicamento genérico. [N. E.]

³⁷ A 10ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu de 2 a 6 de setembro de 1996, em Brasília/DF. As resoluções podem ser consultadas em: <http://www.ccs.saude.gov.br/cns/timeline.php>. [N. E.]

³⁸ Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou aos países membros a criação de uma lista de medicamentos essenciais necessários à saúde da população. No Brasil, essa lista é conhecida como Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e determina a listagem de medicamentos disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, em 2020, a lista consta com 921 nomes indicados. [N. E.]

hospitais psiquiátricos por serviços de atenção integral à Saúde Mental, de base comunitária. O objetivo é garantir a assistência humana, ética, resolutiva quando possível e fundamentada no exercício pleno da cidadania e na recuperação da identidade e subjetividade dos portadores de transtornos mentais.

9. O governo da União do Povo – Muda Brasil estabelecerá, em parceria com as Universidades e instituições públicas de ensino e pesquisa, uma política de Ciência e Tecnologia para a área da Saúde. A partir da incorporação de tecnologias novas, serão desenvolvidos programas permanentes de avaliação e fiscalização, de forma a proteger os usuários, aumentar a resolutividade dos serviços, racionalizar os custos e orientar os investimentos no setor.

10. Parcelas importantes de nosso povo padecem de enfermidades que o descaso ou a discriminação tornam “invisíveis”, acrescentando ao sofrimento da doença o agravante do abandono e do silêncio.

O governo da União do Povo – Muda Brasil, em conjunto com os movimentos sociais que lutam pelos direitos desses brasileiros, desenvolverá e estimulará programas específicos para grupos étnicos (a exemplo da anemia falciforme, predominante entre os negros), para problemas ligados ao gênero – como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher –, para humanizar o tratamento e restaurar a cidadania dos que têm necessidades especiais, para tornar visíveis e inaceitáveis os acidentes e doenças que vitimam os trabalhadores rurais, os empurrados para o chamado “setor informal” e outros grupos excluídos.

11. 6 mil trabalhadores brasileiros perderam a vida em decorrência de acidentes e doenças ditas do trabalho em 1996. Isso quer dizer que mais de 20 trabalhadores que saíram de suas casas para trabalhar não voltaram com vida, todos os dias úteis.

No mesmo ano, mais de trezentos mil dedos foram perdidos em acidentes nas fábricas e nos campos. Esses números, já terríveis, são ainda apenas parciais, pois não incluem as vítimas do trabalho na agricultura, não registrados pelo INSS³⁹, e a legião de trabalhadores “informais”, que não contam com registro em carteira profissional, cujas famílias ficam no completo desamparo, pois não têm direito aos miseráveis benefícios pagos pela previdência social. O governo da União do Povo – Muda Brasil mudará tudo nesta área, trazendo-a para o âmbito da saúde, reforçando as equipes de fiscalização e estreitando a cooperação com o movimento sindical urbano e rural e os Conselhos de Saúde, para sanear os ambientes de trabalho e assegurar o bem-estar e a segurança dos trabalhadores.

12. Milhões de brasileiros têm planos privados de saúde. O governo da União do Povo – Muda Brasil respeitará a iniciativa privada nessa área – como está previsto

³⁹ O Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), criado em junho de 1990, resultado da fusão do Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas) com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), é a autarquia vinculada ao Ministério da Previdência Social. É a prestadora de serviços da União responsável pelos serviços previdenciários à população. [N. E.]

na Constituição. Mas fiscalizará esses serviços, de modo a assegurar seu caráter complementar ao SUS e a observância de princípios éticos e humanos pelas empresas. Não permitirá a negação de certos tipos de assistência a usuários, ou seu encaminhamento ao setor público unicamente devido aos seus custos elevados. A lei que regula o funcionamento dos planos será reformulada e a fiscalização contará com a participação dos usuários.

13. O Brasil possui os recursos humanos, técnico-científicos, industriais e financeiros para assegurar a seu povo um alto padrão de saúde. Escolas secundárias e técnicas, universidades, centros de pesquisa de excelente padrão, parque industrial capaz de produzir todo tipo de equipamentos, materiais de consumo e medicamentos – tudo que é necessário para dar um salto de qualidade nos níveis de saúde e bem-estar do povo brasileiro.

A meta-síntese do programa da UNIÃO DO POVO – MUDA BRASIL para a saúde dos brasileiros é a eliminação das doenças típicas do século passado que ainda nos agridem (febre amarela, dengue, malária, tuberculose, entre tantas outras) e o controle eficaz das doenças típicas deste final de século (o câncer, os enfartes do miocárdio, os derrames cerebrais, os acidentes e a violência de toda natureza). Este é o nosso compromisso, para que nosso país possa entrar no século XXI como uma nação de homens e mulheres saudáveis, respeitados nos seus direitos fundamentais: tratados com respeito e dignidade.

Fonte: Diretrizes de governo. 2: Caderno de Saúde. Programa de Governo do “União do Povo – Muda Brasil”, 1998. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/csbn/programas-de-governo/>>. Acervo CSBH/FPA.

P. SAÚDE PARA A FAMÍLIA BRASILEIRA – 2002

Programa de Governo

Como o governo Lula vai cuidar da saúde do Brasil?

Em primeiro lugar, com o respeito que toda brasileira e brasileiro merecem, mas que, infelizmente, nem sempre recebem.

É certo que graças ao SUS muita coisa mudou. O SUS se constituiu como importante avanço no direito constitucional à saúde. Universalizou e democratizou o acesso aos serviços. Mas a qualidade do atendimento prestado ainda deixa a desejar. Por isso, um programa de governo sério precisa reconhecer que ainda há muito o que fazer, tanto no funcionamento do SUS quanto nas políticas públicas que incidem diretamente na qualidade de vida. Não se pode tolerar a indiferença à humilhação diária de quatro milhões de famílias sem acesso à água tratada. Ou à passividade diante dos milhões que vivem abaixo da linha de pobreza.

É possível tratar seriamente de Saúde no Brasil sem uma ação de governo para amenizar as carências de nove milhões de moradias sem esgoto sanitário? Ou para prevenir e fazer recuar a ação das doenças que nascem da extrema pobreza, como diarreia, infecções respiratórias e parasitárias, que são as principais causas de mortalidade infantil?

Ou mesmo para barrar o contra-ataque de doenças como febre amarela, cólera, dengue, malária e tuberculose, que voltaram a atingir a população de forma crescente?

O governo Lula, com toda a sociedade, vai impulsionar uma ampla mobilização pelo Brasil. Nosso governo enfrentará esses imensos desafios com a mesma disposição que estamos demonstrando nas cidades e estados que administramos. Vamos estender para todo o País os programas de saúde bem-sucedidos que nós implementamos e que foram premiados internacionalmente.

A garantia dos direitos já conquistados e a busca da superação das enormes desigualdades que humilham nosso povo é compromisso sagrado do governo Lula para melhorar a saúde de todo o Brasil.

O presente programa, elaborado a partir da participação ampla de dirigentes públicos, parlamentares, representantes partidários e de instituições de saúde, procura, de maneira objetiva, apontar os caminhos de consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil. É fruto da experiência acumulada em muitos anos de luta pela reforma sanitária e pela implantação prática do SUS e, ao mesmo tempo, uma homenagem àqueles que dedicaram toda sua vida profissional ou militante em defesa do direito à saúde como princípio constitucional.

Introdução

O Movimento da Reforma Sanitária⁴⁰ nos anos 1980 foi um marco para reestruturar a saúde em nosso país. A Constituição Federal e a Lei Orgânica de Saúde

⁴⁰ Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), foi um movimento surgido na década de 1970, na esteira da ampla mobilização pela redemocratização no cenário nacional, oriundo das diversas organizações

instituíram o Sistema Único de Saúde (SUS)⁴¹ nos direitos sociais. Integrante da Seguridade Social, o SUS é organizado regionalmente e de forma hierarquizada. Tem comando único em cada esfera de governo (municipal, estadual e federal) e é regido segundo os princípios e diretrizes de universalização, equidade, integralidade e descentralização, e participação da população nos serviços.

O SUS significa a conquista de uma forma ampla de entender a saúde, definida constitucionalmente como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário a ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. A implementação do dispositivo constitucional que estabelece o SUS ganhou crescente apoio político na década de 1990, o que viabilizou mudanças institucionais e a descentralização do sistema de saúde, permitindo um tratamento adequado dos problemas de saúde da grande maioria da população brasileira. Apesar das insuficiências e das grandes dificuldades para sua implementação, é preciso reafirmar que o SUS é um dos mais amplos e universais sistemas de saúde do mundo e contribui para o avanço da democratização e da integração das demais áreas de atuação pública em sistemas nacionais. Mesmo com a debilidade de recursos e imperfeições nos critérios de repasses, a saúde está legal e praticamente mais avançada que as demais áreas onde predomina uma maior dispersão e sobreposição de estruturas, e o clientelismo.

Mas é preciso deixar claro: sozinho o sistema não resolve algumas das carências básicas de saúde do nosso povo. O SUS é aplicado em meio às profundas desigualdades econômicas e sociais que caracterizam nosso País, agravadas na última década pela deterioração do nível de emprego e de renda. A persistência de bolsões de fome e miséria e a crescente violência no campo e na cidade afetam diretamente o quadro sanitário nacional. As epidemias de dengue, malária, a desnutrição, as mortes decorrentes da violência não serão resolvidas exclusivamente por ações dos serviços de saúde.

No entanto, milhões de brasileiros com diabetes, hipertensão arterial, epilepsia, doença mental e Aids, entre muitas outras, dependem da atenção continuada do SUS.

O aumento das despesas públicas com saúde, a expansão dos serviços e a implantação das diversas modalidades de Programas de Saúde da Família (PSF) levaram a um aumento na oferta de cuidados básicos, embora ainda existam grandes lacunas a serem preenchidas. Da mesma forma, existem distorções e carências nos níveis mais complexos de assistência que precisam ser corrigidas. Em que pesem as lacunas, o SUS, compartilhado pelos governos federal, estadual e municipal, é um conjunto de políticas

populares que reivindicavam melhores condições de saúde para o povo. Defendia o direito à saúde como princípio fundamental da cidadania e tinha como valores norteadores para a Saúde Pública a universalização, a descentralização, a equidade e a justiça social no âmbito da saúde, bem como a defesa da democracia participativa. O Movimento foi fundamental para a definição de políticas públicas que culminaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). [N. E.]

⁴¹ Em termos de legislação, no âmbito federal, a Constituição de 1988 estabeleceu, por meio do artigo 196, a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Em 1990, por meio da lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990, implantou e regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto instituição pública responsável pelas ações na área da saúde. [N. E.]

a serem preservadas, valorizando e ampliando o que vem dando certo, completando o que falta fazer e corrigindo o que está errado.

A gestão e condução do SUS devem ser efetivamente descentralizadas, com a cooperação técnica e financeira da União com todos os estados e municípios, de modo a que se desenvolvam condições políticas, técnicas e financeiras para coordenar a oferta dos serviços no seu território, exercer a gestão, prestar contas, respeitar e implementar as deliberações dos Conselhos de Saúde. O poder deliberativo dos Conselhos de Saúde permite que as ações e os serviços de saúde tenham, conforme indica o diagnóstico das necessidades e problemas da população de cada local, o planejamento e a organização necessária, com participação e controle social.

Nosso governo vai fortalecer a cultura e a prática de gestão solidária entre as três esferas de governo, com o respeito às instâncias de pactuação das políticas de saúde entre os gestores e as deliberações dos Conselhos de Saúde. No plano nacional, além da construção consensual das estratégias para todo o País, que leve em conta as desigualdades regionais e locais, serão discutidas e pactuadas formas de monitoramento de metas e resultados a serem alcançados e de formas de acompanhamento da gestão descentralizada, substituindo os atuais controles centralizados. Esse compromisso de gestão substituirá as numerosas e fragmentadas iniciativas resultantes de acordos por área, campanhas e programas que pouco levam em conta as realidades locais.

Em nosso governo, o Ministério da Saúde fará a direção e a gestão nacional do SUS, mas sem concorrer com os estados e municípios. Uma das estratégias essenciais para induzir a implementação do SUS será capacitar estados e municípios para planejar, de baixo para cima, o sistema de saúde no âmbito de suas competências. Com isso, acreditamos que se poderá identificar da melhor forma possível os problemas e prioridades das comunidades, ordenar e tornar mais eficientes os recursos financeiros e as ações e serviços existentes, ampliar os serviços nas áreas de carência, avaliar e regular as ações e os serviços oferecidos.

Nosso governo adotará as Conferências de Saúde como prática regular para avaliar a situação de saúde, discutir e deliberar diretrizes para a formulação das políticas setoriais. Além das Conferências, será fortalecida a Plenária Nacional de Conselhos e de Conselheiros de Saúde⁴², com os representantes de todas as regiões do país. Por fim, serão asseguradas ao Conselho Nacional de Saúde⁴³ as condições materiais de funcionamento para todas as suas atividades.

⁴² A Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde foi criada em 1995, como deliberação do I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde. Tem por objetivo elaborar, fortalecer e encaminhar as pautas de luta pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e garantir a participação dos Conselhos nas deliberações sobre saúde pública no Brasil. [N. E.]

⁴³ Conselho Nacional de Saúde (CNS) é uma instância colegiada e deliberativa do Sistema Único de Saúde (SUS). Formado em 1937, possuía um caráter consultivo, levava às instâncias governamentais as diretrizes no âmbito da saúde. A partir de 1990, por meio da lei n. 8.142, o Conselho passa a integrar o SUS, tornando-se o órgão que fiscaliza, acompanha e monitora as ações que dizem respeito à saúde pública no Brasil. Dentre as atribuições, é responsável por acompanhar e avaliar o Plano Nacional de Saúde e aprovar o orçamento destinado para saúde. O CNS é formado por especialistas, prestadores de serviço, comunidade científica, trabalhadores, militantes dos movimentos de saúde e de segmentos do governo

Os problemas práticos que angustiam a população

O primeiro grande desafio que nosso governo vai enfrentar decorre das duras condições de atendimento em saúde que estão reservadas à grande maioria dos brasileiros. Pela falta, historicamente, de um sistema de saúde preventivo eficiente, milhões de pessoas acabam recorrendo à rede hospitalar e de atendimento públicos em praticamente qualquer circunstância, contribuindo para um quadro desolador de filas, espera de consultas e comprometimento da qualidade dos serviços. A questão elementar é se é possível ou não acabar com o problema das filas e reduzir a espera, assegurando, ao mesmo tempo, qualidade no atendimento. O mesmo tipo de questionamento se coloca para outros problemas aflitivos da população, como epidemias, acesso a remédios e saúde bucal.

Filas, espera e qualidade e atendimento

Para reduzir o tempo de espera e melhorar o atendimento, nosso governo modificará as prioridades de financiamento da saúde, reformulando a maneira como estão organizados os serviços, e aumentará, progressivamente, o investimento em saúde. Para isso, tomaremos seis medidas:

1. Fortalecimento e qualificação da Atenção Básica⁴⁴. Hoje, o Programa de Saúde da Família envolve o trabalho de 15 mil equipes, que chegam a cerca de 50 milhões de brasileiros. Nosso compromisso será o de dobrar esse contingente a médio prazo (até 3 anos), formando 30 mil equipes e atendendo 100 milhões de pessoas. Em quatro anos, pretendemos chegar a, pelo menos, 70% dos brasileiros, ou 120 milhões de pessoas. A Saúde da Família terá, em nosso governo, sotaque regional. Cada município deverá adaptar o programa à sua realidade. As Equipes de Saúde da família deverão atender aos doentes e, ao mesmo tempo, cuidar da prevenção. Esta é a principal forma para fazer desaparecer o problema das filas ainda existentes no SUS. É um trabalho de parceria entre Ministério, estados e municípios, universidades e entidades. O governo federal deverá aumentar o financiamento desta rede, custeando, no mínimo, 50% dos recursos para pagamento das equipes de saúde, de modo a garantir acesso, acolhimento, vínculo e qualidade. Cada cidadão brasileiro poderá se matricular em uma unidade de saúde com essas características.

2. Estruturação do Atendimento às Urgências. Será criada uma ampla rede de prontos-socorros e serviços de resgate (ambulâncias) em parceria com hospitais

federal. Sua estrutura é formada por 48 conselheiros, dentre eles, 50% são os usuários do Sistema Único de Saúde, 25% de trabalhadores e 25% de prestadores de serviços e gestores da área da saúde. [N. E.]

⁴⁴ A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de procedimentos na área da saúde que envolvem a prevenção, diagnóstico e tratamento das necessidades primárias da população. Para isso, é necessária ampla rede de atendimento médico profissional, por meio de unidades básicas de saúde que estejam próximas aos usuários e permitam a prevenção e tratamento dos problemas de saúde que ocorrem com maior frequência. Os projetos Samu, Programa Saúde para Família, Programa Brasil Sorridente e Mais Médicos são exemplos de programas que correspondem à atenção básica. [N. E.]

públicos, filantrópicos e comunitários. Funcionando 24 horas por dia, estará articulada às Equipes de Saúde da Família, às Unidades de Terapia Intensiva e à reabilitação. Para tanto, será necessário investir em unidades de atendimento 24 horas fora dos hospitais, bem como nos prontos-socorros dos pequenos hospitais do país. Respeitadas as características locais e regionais, a meta do nosso governo vai se orientar com os parâmetros de um pronto-socorro para cada 100 mil pessoas e um Hospital de Urgência para cada 500 mil pessoas. O governo federal deverá estimular e apoiar também a criação de Centrais de Regulação Regionais das urgências.

3. Prioridade ao financiamento de Formas Alternativas de Atendimento, como internação domiciliar, centros de cirurgia ambulatorial e hospitais dia, entre outras medidas que ampliem a capacidade do atendimento e o humanizem. Evitam-se com isso internações desnecessárias e reduzem-se os custos.

4. Estímulo à constituição de Centros de Referência por grandes áreas de especialidade em substituição aos tradicionais ambulatorios. Haverá, nesses Centros, concentração de recursos para o diagnóstico e para o tratamento de problemas que as Equipes de Saúde da Família não resolverem, evitando a peregrinação de pacientes por diversos serviços e a interrupção de tratamentos. Um exemplo: onde houver dermatologistas, deverá haver uma pequena equipe de apoio e equipamentos para exames de pele e pequenas cirurgias, acelerando o tratamento.

5. Reorganização do Atendimento Hospitalar e de Alta Complexidade: vamos identificar os pontos de estrangulamento em procedimentos complexos como transplantes, tratamento de câncer, trauma e atendimento neurológico, entre outros, de forma a elaborar um plano de investimento, com prioridade para hospitais públicos e filantrópicos. É preciso igualmente evitar a multiplicação de serviços de alta complexidade em uma mesma região, o que tem contribuído para o enfraquecimento dos serviços. É fundamental, para tanto, a informatização do SUS, de modo que o paciente saia com vaga garantida quando atendido na saúde da família ou em Centros de Referência. Para tanto, serão estabelecidos contratos e convênios entre os estados e municípios e com o setor privado e filantrópico sob a ótica do direito público. Será dada prioridade ao setor filantrópico, assim como haverá novos formatos de financiamento para os serviços hospitalares das pequenas cidades, criando novas maneiras de organização do hospital (leito-dia, unidades mistas, leitos de observação, centro de especialidades e outros).

Será estabelecida uma nova forma de financiamento dos Hospitais Universitários, garantindo o cumprimento de metas e desvinculando-os do recebimento somente por produção. Ao incrementar e modificar o financiamento dos Hospitais Universitários, será renegociada a ampliação da função de geração e irradiação do conhecimento, articulada com a realidade sanitária e da implementação do SUS.

Serão feitos investimentos na consolidação de uma rede própria do SUS em áreas estratégicas como: rede de sangue, hemocomponentes e hemoderivados, urgência e emergência, saúde mental, DST/AIDS, saúde do trabalhador e outras.

6. Gestão Participativa e Humanização dos Serviços. Nosso governo buscará incentivar e apoiar os estados e municípios para que, efetivamente, possam avaliar e controlar os serviços de saúde prestados à população. Em nosso governo, a população terá voz, por meio dos conselhos de saúde e de ouvidorias. Até mesmo no atendimento hospitalar, os usuários poderão participar da gestão e avaliar a qualidade da prestação dos serviços, bem como a satisfação com o atendimento.

Dengue, malária e outras epidemias.

É possível controlar a dengue, a malária, bem como outras epidemias e ainda garantir uma vida saudável para os brasileiros?

Sim, para isto é necessário reorganizar a Saúde Pública, valorizando a promoção da saúde e a prevenção de doenças, criando planos para controle das grandes epidemias (dengue, malária, leishmaniose), um Sistema de Vigilância Sanitária e de Saúde Ambiental.

Para isto deveremos:

1. Elaborar, junto aos estados, municípios e universidades, Planos de Controle das grandes epidemias brasileiras, considerando a necessidade de que haja concentração de recursos e de esforços, sob a coordenação do Ministério da Saúde. As ações contra estes problemas devem, ao máximo, ser integradas e articuladas ao SUS, ampliando a capacidade de atuação permanente do sistema.

2. Descentralizar para os municípios as ações de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, considerando-se a capacidade de gestão, a estrutura organizacional, o financiamento adequado, a capacitação de recursos humanos e o controle social.

3. Reforçar a Vigilância Sanitária para a promoção da saúde, controlando a qualidade dos alimentos, da água, dos medicamentos, dos serviços de saúde públicos e privados.

4. Reafirmar o papel de Coordenação do Ministério da Saúde, bem como fortalecer a relação com as instâncias de defesa do consumidor e do Ministério Público. Aprimorar e estreitar a relação entre os agentes públicos e a população.

Remédios a baixo custo

É possível assegurar medicamentos básicos e essenciais gratuitos aos necessitados; é possível garantir remédios a baixo custo?

Sim, a Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/90) consagra a assistência farmacêutica como parte integrante do SUS, como um direito do cidadão. Para tal finalidade, é preciso:

Reformular e ampliar a Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica de acordo com as seguintes diretrizes:

- estímulo à criação de Farmácias Populares e reformulação e ampliação dos genéricos,
- reformulação e atualização da Relação Nacional de Medicamentos (Rename)⁴⁵, garantindo o fornecimento gratuito de uma lista básica conforme prioridades regionais e as diretrizes terapêuticas acordadas com especialistas,
- compor com estados e municípios um Fundo para compra destes medicamentos prioritários,
- implementação de uma Política de Ciência e Tecnologia, integrando centros de pesquisa, laboratórios oficiais e universidades, visando a pesquisa e o desenvolvimento de fármacos.
- reabertura da Central de Medicamentos (Ceme)⁴⁶, como instituição de apoio e acompanhamento da produção e distribuição de medicamentos para a população carente e de baixa renda, e na rearticulação de fundos públicos específicos para o setor;
- avaliação por parte do Ministério da Saúde sobre composição dos preços dos medicamentos comercializados no país para que se evitem aumentos abusivos;
- fortalecimento dos laboratórios oficiais (estatais) de medicamentos, ampliando a capacidade produtiva e dotando-os de capacidade técnica e científica para o estabelecimento e o acompanhamento dos parâmetros de referência destinados ao registro e autorização de uso dos medicamentos genéricos e sua consequente intercambialidade;
- estabelecimento de canal junto aos laboratórios privados nacionais visando pesquisa, desenvolvimento e produção de medicamentos que atendam às necessidades da população;
- estruturação de efetiva vigilância sanitária para que ela possa acompanhar todos os elos da cadeia do medicamento (indústrias, distribuidoras, farmácias de manipulação e drogarias), a qualidade de produtos e serviços ofertados à população;
- revisão geral dos registros dos medicamentos com consequente eliminação daqueles sem efeitos terapêuticos;
- criação de medidas que protejam a flora nacional e forte investimento em pesquisa de medicamentos fitoterápicos;
- realização de ampla discussão com a sociedade sobre a Lei de Patentes e suas consequências.

⁴⁵ Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou aos países-membros a criação de uma lista de medicamentos essenciais necessários à saúde da população. No Brasil, essa lista é conhecida como Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e determina a listagem de medicamentos disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, em 2020, a lista consta com 921 nomes indicados. [N. E.]

⁴⁶ Central de Medicamentos (Ceme), órgão do governo federal, foi instituído pelo decreto n. 68.806, de 25 de Junho de 1971. Era responsável pela distribuição de medicamentos à população de baixo poder aquisitivo. Foi extinto em 1997, durante o governo do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso. [N. E.]

Saúde bucal

Alguns indicadores de saúde bucal, especificamente em relação à cárie dental, têm apresentado melhoras. Vários municípios, muitos dos quais administrados pelo PT, já superaram as metas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde⁴⁷ de três dentes cariados ou perdidos (CPO-D) aos doze anos. Entretanto, apesar desta melhora, há uma demanda acumulada de tratamento assistencial e reabilitador causada pela cárie dental.

Atualmente, a cada quatro pessoas com mais de sessenta anos de idade, três necessitam de prótese total. Além disso, há necessidade de estruturar e ampliar as políticas específicas para outros problemas de saúde bucal: doenças periodontais, câncer bucal, distúrbios oclusais e fissuras labiopalatais. Constata-se também que boa parte das prefeituras nas quais ocorreu implementação efetiva do SUS têm conseguido prestar atenção básica de qualidade, mas apresentam problemas na prestação de serviços especializados: reabilitação oral (próteses dentárias), endodontia (tratamento de canal), ortodontia preventiva, entre outros.

É possível garantir saúde bucal à maioria da população?

Sim, para isto é necessário articular a ação pública com os municípios, de modo a:

- Ampliar a oferta de serviços para a população na faixa etária de 0 a 14 anos;
- Garantir a fluoretação das águas de abastecimento público e a vigilância dos cremes dentais e de todos os produtos que contenham flúor;
- Realizar estudos e pesquisas sobre os problemas de saúde bucal diretamente pelas instituições do SUS ou em parcerias com institutos de pesquisas e universidades;
- Incentivar a produção no Brasil de equipamentos e insumos odontológicos de qualidade, capazes de atender à demanda interna e ampliar a competição no mercado mundial;
- Integrar a atenção odontológica aos programas de saúde, particularmente ao Saúde da Família, incluindo dentista e auxiliares na composição destas equipes;
- Implantar os núcleos regionais de especialidades (reabilitação oral, endodontia, ortodontia preventiva, diagnóstico bucal, entre outros);
- Executar ações específicas visando a prevenção, detecção precoce e tratamento das neoplasias bucais;
- Implementar programas de educação em saúde bucal.

Grupos com Atenção Especial

O princípio da equidade exige que o atendimento às pessoas seja oferecido de maneira diferenciada, conforme as necessidades de cada um ou das comunidades. Por isso, destacamos os seguintes grupos que receberão atendimento diferenciado:

⁴⁷ Organização Mundial da Saúde (OMS) é uma agência vinculada à Organização das Nações Unidas (ONU), criada em 1948, responsável por elaborar diretrizes e apontamentos sobre saúde. Com sede em Genebra/Suíça, possui atualmente 194 países-membros, sendo o Brasil um deles. [N. E.]

Crianças e adolescentes

Os dados da mortalidade infantil do Brasil ainda são constrangedores. No ano 2000, chegou em 29,6/1000 nascidos vivos, a Argentina teve 18, o Uruguai 15, o Chile 10, Cuba 7 e países de renda alta de 4 a 7 por mil nascidos vivos (Unicef⁴⁸). Antes de mais nada, este indicador revela que as mulheres brasileiras não têm acesso a um pré-natal adequado. Além disso, verifica-se uma distribuição regional desigual.

Não se tem ainda a garantia de leitos para a internação em maternidades nas várias regiões do País. A atenção ao recém-nascido é insuficiente, com número limitado de leitos em UTI's neonatais, provocando superlotação em várias unidades hospitalares com graves consequências. Não existe prioridade na destinação de recursos para o seu efetivo atendimento. A promoção da saúde da gestante e da criança não tem sido uma preocupação prioritária para a redução das complicações na gestação, parto, puerpério e dos agravos à saúde do recém-nascido.

A magnitude e a complexidade dos problemas que envolvem o processo de viver dos jovens de hoje exigem procedimentos de intervenção que sejam coletivos e multidisciplinares. Além da atenção integral à saúde, o acolhimento ao adolescente priorizará a adequação da estrutura física e de equipamentos, a capacitação dos recursos humanos especialmente para esta finalidade, o monitoramento e a atenção multidisciplinar para as vítimas de violência urbana e no campo.

No atendimento das crianças e adolescentes, respeitadas as necessidades regionais, nosso governo vai:

- Impulsionar políticas públicas para a atenção à saúde da Mulher e da Criança.
- Garantir assistência às gestantes, com pré-natal e vinculação às maternidades;
- Incentivar a assistência ao parto humanizado e ao recém-nascido; valorizando os hospitais amigos da criança;
- Estimular o aleitamento materno e a ampliação dos bancos de leite humano;
- Ampliar a oferta de leitos em UTI's neonatais; incentivar o alojamento conjunto; a atenção integral nas diferentes fases de crescimento e desenvolvimento da criança; promover a atenção especial ao combate à violência infantil (doméstica, sexual e simbólica).
- Reduzir os índices de câncer – colo de útero e mama – por meio de ações preventivas e educativas e do atendimento nas unidades de saúde e nos hospitais de referência, com garantia da realização de exames diagnósticos e de tratamento para os casos positivos.
- Promover a atenção integral à saúde da mulher no período do climatério⁴⁹ e na terceira idade.

⁴⁸ Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) é um órgão da Organização das Nações Unidas (ONU), criado em 1946. Presente no Brasil desde 1950, atua na promoção dos direitos das crianças e adolescentes, buscando recursos através de doações individuais, por meio de campanhas, e também de alianças corporativas. Possui 34 Comitês Nacionais e atua em aproximadamente 190 países ao redor do mundo. [N. E.]

⁴⁹ Climatério é o nome que se dá à fase de transição do período fértil reprodutivo da mulher ao não-reprodutivo. [N. E.]

Mulher, saúde e cidadania

Nosso governo assumirá o compromisso de assegurar tratamento diferenciado e efetivo para a população feminina, priorizando as seguintes ações públicas:

1. Redução dos coeficientes de mortalidade materna através:

- do acesso a serviços de saúde de boa qualidade a todas as mulheres gestantes, incluindo o atendimento ao pré-natal, parto e pós-parto;
- do acesso a leitos de maternidade para todas as gestantes;
- de mecanismos de referência e contrarreferência e de laboratórios como forma de reduzir a mortalidade materna;
- do incentivo ao funcionamento dos comitês de prevenção à morte materna com a participação da sociedade civil;
- do acesso à informação a todos os métodos de planejamento familiar, respeitando a livre escolha das mulheres;
- da implementação de estratégias para o atendimento ao parto humanizado;
- da garantia dos serviços de assistência nos casos previstos no artigo 128 do Código Penal⁵⁰.
- do incentivo ao atendimento nos serviços de saúde da rede pública para mulheres e adolescentes em situação de violência sexual e doméstica, por meio de ações integradas multidisciplinares.

2. Redução dos índices de incidência de câncer – colo de útero e mama – por meio de ações preventivas e educativas e do atendimento nas unidades de saúde e nos hospitais de referência, com garantia da realização de exames diagnósticos e de tratamento para os casos positivos.

3. Desenvolvimento da atenção integral à saúde da mulher no período do climatério e na terceira idade.

Idosos

Nosso governo desenvolverá uma política especialmente voltada para assegurar atenção integral à *Saúde do Idoso* por meio do Sistema Único de Saúde. A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de: cadastramento da população idosa em base territorial; atendimento geriátrico em ambulatórios; unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado; atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o poder público, nos meios urbano e rural; reabilitação orientada para redução das sequelas decorrentes do agravo da saúde, com fornecimento de medicamentos aos idosos, em especial os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

A Política de Saúde do Idoso do nosso governo buscará:

⁵⁰ O artigo 128 do Código Penal brasileiro estabelece a não punição do aborto, considerado crime, nos casos de a vida da gestante estar em risco e de gravidez resultante de estupro. [N. E.]

1. Garantir o atendimento à saúde do idoso pelos serviços públicos de saúde compreendendo: assistência imediata, sempre que necessário, ou o oferecimento de acomodações adequadas, quando indispensável à espera; e disponibilização de locais exclusivos para a marcação de consultas, exames e demais procedimentos médicos.

2. Assegurar ao idoso internado ou em observação o direito a acompanhante, em tempo integral e em condições adequadas, segundo critério médico.

3. Garantir o direito de opção ao tratamento de saúde, possibilitando alternativas de procedimentos ao idoso.

4. Garantir que as instituições de saúde atendam aos critérios mínimos para atendimento ao idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda.

5. Assegurar, nos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos a idoso em instituições de saúde a obrigatoriedade de comunicar sob pena de responsabilidade, aos órgãos: Autoridade Policial; Ministério Público; Conselho Municipal do Idoso; Conselho Estadual do Idoso; Conselho Nacional do Idoso.

6. Apoiar, junto a outras áreas de governo, a criação de centros de convivência para a terceira idade pelos municípios, com atividades de cultura e lazer, além de recapacitação para o trabalho.

Povos indígenas

Estima-se hoje a existência de 370 mil pessoas, pertencentes a aproximadamente 210 etnias, com 170 línguas falantes identificadas. Registra-se ainda, um número expressivo de índios vivendo em áreas urbanas, de uma maneira geral, na periferia ou em favelas.

A precariedade das condições de vida da população indígena reflete um quadro sanitário complexo, onde as taxas de morbimortalidade apresentam-se três a quatro vezes maiores do que da população em geral. O alto número de óbitos sem registro ou indexado, sem causa definida, confirma a pouca cobertura assistencial e a baixa resolubilidade dos serviços disponíveis. As principais causas de morbidade são: as doenças respiratórias e diarreicas agudas, desnutrição, tuberculose, dermatoses, malária, doenças sexualmente transmissíveis, destacando-se a AIDS, doenças imunopreveníveis e dependência química (alcoolismo).

A política nacional de saúde indígena do nosso governo será implantada seguindo as orientações das conferências nacionais de saúde indígena⁵¹, reavaliando a

⁵¹ A 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio foi realizada em novembro de 1986, em Brasília, após a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Naquela conferência ficou definida a necessidade da criação de um órgão vinculado ao Ministério da Saúde que, por meio do Sistema Único de Saúde, gerencie e permita a participação dos indígenas nas formulações de saúde pública. A 2ª Conferência Nacional Indígena, realizada em 1993, pautou a criação do Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS). Em 1999, foi instituído o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI's), unidade descentralizada do SasiSUS. [N. E.]

atual organização da atenção à saúde nos DSEIs (distritos sanitários especiais indígenas)⁵².

As diretrizes de atuação são:

1. ampliação da rede de assistência, garantindo a execução das atividades de atenção básica e vigilância à saúde, nas terras indígenas;
2. articulação dos diversos níveis de gestão do SUS, para garantir a referência e contrarreferência na média e alta complexidade;
3. ampliação do número de agentes indígenas de saúde, cobrindo o maior número de famílias, considerando a dispersão das moradias, condições de acesso, perfil epidemiológico e aspectos culturais;
4. articulação da promoção de ambientes saudáveis, com ênfase no saneamento básico e na disponibilidade de alimento adequado, propiciando o equilíbrio das condições ambientais nas terras indígenas como um fator de crescente importância para a Saúde Indígena;
5. capacitação dos delegados, representantes e lideranças indígenas;
6. envolvimento das universidades em projetos voltados à saúde indígena, considerando seus hábitos culturais.

População Negra

Nosso governo desenvolverá política específica para a população negra, tendo em vista um quadro particular de doenças prevalentes e as repercussões do racismo. Neste sentido, é fundamental promover a atualização e multiplicação do debate sobre saúde e a temática racial, de maneira a tornar mais efetiva a participação popular, a socialização de informações e a elaboração das ações nesta área.

Para tanto, as diretrizes de ação do nosso governo estarão orientadas para:

1. promover o debate sobre saúde e direitos reprodutivos, segundo a perspectiva das mulheres negras;
2. dar suporte para os estados e municípios desenvolverem o programa nacional de triagem neonatal, em especial, o programa aos portadores de traço falciforme e da anemia falciforme;
3. incorporar a temática racial enquanto discussão norteadora para os agravos específicos da população negra;
4. fomentar nas universidades a criação de núcleos de pesquisa, formação e treinamento sobre as doenças com agravos na população negra;
5. investir na incorporação da formação e capacitação de lideranças populares sobre a promoção à saúde da população negra, incorporando também os conteúdos que tratem da saúde desta população na formação, capacitação, aperfeiçoamento e especialização dos trabalhadores de saúde.

Portadores de doenças crônicas ou endêmicas

⁵² Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), criados em 1999, são unidades sanitárias federais localizadas em territórios indígenas, vinculadas ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Possui 34 distritos voltados para as especificidades da saúde indígena. [N. E.]

Nosso governo dará prioridade para os portadores de doenças crônicas ou endêmicas, como Aids, câncer, epilepsia, hepatite, hipertensão arterial e diabetes, tuberculose, hanseníase, entre outras, por meio de:

- garantia de atenção integral às pessoas portadoras destas patologias pelas Equipes de Saúde da Família e Centros de Referência Especializados;
- fortalecimento das associações de usuários, de defesa dos portadores de patologias, estímulo às iniciativas das organizações não governamentais (ONGs);
- intensificação de ações de prevenção e promoção à saúde;
- não discriminação das pessoas portadoras de enfermidades crônicas;
- controle do sangue, com atenção especial à infecção pela hepatite C, seu diagnóstico e tratamento;
- intensificação da vacinação e do controle de doenças endêmicas;

Destaque especial deverá ser dado às pessoas vivendo com a Aids, especialmente porque nosso País transformou-se em referência de controle desta doença, a partir das ações concentradas e articuladas do poder público, nos três níveis de governo e nas ações das ONGs. Em nosso governo, serão priorizadas as seguintes medidas:

- fortalecimento das associações de usuários, de defesa dos portadores de patologias, e o movimento popular de luta contra a Aids;
- estímulo às iniciativas das organizações não governamentais (ONGs) nas esferas federal, estadual e municipal;
- intensificação de ações de prevenção da Aids/DST;
- aumento do uso de preservativos em todas as camadas sociais, ampliando a distribuição gratuita;
- melhoria da atenção pré-natal e eliminação da transmissão vertical do HIV;
- intensificação da vacinação e o controle de doenças endêmicas;
- promoção da orientação sobre Aids/DST nas escolas públicas e privadas, além de educação sexual e orientação sobre redução de danos (quanto ao uso de drogas);
- garantia de expansão e implementação de Centros de Orientação e Apoio Sorológico-Coas⁵³;
- melhoria da atuação da vigilância epidemiológica, buscando, em particular, a redução da categoria “ignorados”;
- apoio ao programa de diagnóstico precoce para HIV, com aconselhamento adequado;
- distribuição de preservativos, realização de ações de redução de danos e outras atividades de prevenção para a população confinada, como a prisional e da Febem⁵⁴;

⁵³ Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico (Coas) são unidades de testagens e prevenção ao HIV criada pelo Ministério da Saúde em parceria com estados e municípios. O primeiro Coas foi fundado em Porto Alegre/RS em 1988, seguido por São Paulo/SP, em 1989. Os Centros devem garantir testagem anônima, preservando a identidade e integridade do cidadão, bem como fornecer orientação e apoio aos usuários. [N. E.]

⁵⁴ A Fundação Estadual para o Bem-Estar do Menor (Febem) foi criada durante a década de 1970 no contexto da Ditadura Militar como uma instituição responsável pela reclusão e prisão de menores infratores e abandonados. [N. E.]

- garantia de atenção, acompanhamento e tratamento adequados para os efeitos adversos do uso das medicações;
- fiscalização dos preços dos medicamentos e preservativos, com informação periódica à sociedade sobre reajustes;
- garantia do fluxo regular de medicamentos, incluindo os de doenças oportunistas;
- aumento do número de exames necessários para controle de carga viral.
- garantir a cobertura, pelos planos privados de saúde, de todas as doenças crônicas, infectocontagiosas, infectotransmissíveis, de notificação compulsória e pré-existentes, sobretudo HIV/AIDS, com acesso a procedimentos, internações e medicamentos;
- promoção da produção de medicamentos genéricos para o HIV e outras doenças;
- promoção de pesquisas destinadas ao combate do HIV;

Portadores de problemas mentais

No Brasil, pelo menos 4,5 milhões de pessoas necessitam de atendimento contínuo e regular em saúde mental. Crianças portadoras de autismo, deficiência mental grave e psicose infantil ainda contam com raros serviços onde se tratar adequadamente, e acabam internados em abrigos e educandários. Cerca de 8 milhões de pessoas têm problemas graves de saúde em decorrência do uso de álcool e outras drogas. A violência, em todas as suas formas, produz um contingente de indivíduos que necessitam de apoio e cuidado. Situações de crise social, como o desemprego, agravam tal situação.

Os problemas de saúde mental estão entre as mais graves questões de saúde pública. Dos investimentos em saúde mental, 85% dos recursos ainda são destinados aos hospitais (cerca de 470 milhões/ano), e apenas 15% aos serviços ambulatoriais e residências terapêuticas.

Nosso governo dará atenção integral à Saúde Mental, composta por serviços alternativos ao hospital psiquiátrico, programas de trabalho, moradia, educação e lazer para os usuários dos serviços, na perspectiva de sua inclusão social.

O financiamento para a atenção à saúde mental será invertido, com a maior parte dos recursos sendo destinada aos serviços e programas que substituem o hospital psiquiátrico, com ênfase para a ampliação dos Centros de Apoio Psicossocial (Caps)⁵⁵.

O nosso governo dará prioridade para os serviços abertos para usuários de álcool e drogas, articulado a programas preventivos contra a dependência e uso de drogas.

A reforma da legislação voltada aos portadores de sofrimento mental será aprofundada, buscando consolidar a defesa de seus direitos e a afirmação de sua responsabilidade e inclusão social.

⁵⁵ Centro de Apoio Psicossocial (Caps), criado em 1992 com o intuito de corresponder ao atendimento para Atenção Básica de saúde. São unidades que atendem os cidadãos com sofrimento ou transtornos mentais, e também aos problemas decorrentes do uso de álcool e drogas. [N. E.]

Portadores de deficiência

Nosso governo vai desenvolver ações de atenção à saúde das pessoas portadoras de deficiência por meio de políticas para incentivar a criação, em todos os municípios, de núcleo de reabilitação física aos portadores de deficiência, com equipe multidisciplinar.

Aos portadores de consequências de acidente vascular cerebral, será assegurado o acesso a estes serviços. Incentivar a implantação de atendimento integral aos portadores de deficiência, de caráter regionalizado, descentralizado, hierarquizado, em níveis de complexidade crescente, com o fornecimento de órtese, prótese e equipamentos.

Serão divulgados, nos meios de comunicação, o art. 23 da Constituição Federal⁵⁶, o Decreto 1744 de 1995⁵⁷, o art. 20 da Lei Federal 8.742 de 1993⁵⁸ e outros atinentes aos direitos dos portadores de deficiência.

Vigilância à Saúde

A vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica tem como objetivo controlar e intervir nas situações de risco que a população enfrenta, como acidentes, intoxicações por substâncias químicas (solventes, metais pesados e gases tóxicos) e outros eventos passíveis de prevenção e controle. Para assegurar as condições de promoção, proteção e assistência é fundamental notificar e adotar medidas de intervenção intersetoriais, além de informar a população de forma eficiente. Nosso governo intensificará o controle das fraudes, adulterações, concorrência desleal e incompetência técnica no interesse do consumidor e do produtor.

Em nosso governo, será constituído um efetivo Sistema Nacional de Vigilância à Saúde com as ações integradas de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária de produtos, serviços, de processos e ambientes de trabalho e meio ambiente, em geral, e dar-se-ão no âmbito do Sistema Único de Saúde. Será elaborada uma política nacional de vigilância à saúde centrada nos seguintes eixos: atuação integrada, articulada às demais ações do SUS, associando às ações de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e de saúde do trabalhador, dando maior efetividade às ações de proteção e promoção da saúde; participação dos estados, municípios, além de setores da sociedade e o controle social.

⁵⁶ O artigo 23 da Constituição Federal estabelece que é de competência da União, estados e municípios promover melhorias das condições e serviços de saneamento básico à população. [N. E.]

⁵⁷ O decreto n. 1.744, de 8 de dezembro de 1995, prevê o pagamento de um salário mínimo mensal para as pessoas portadoras de deficiências e também aos idosos acima de 70 anos que comprovem não possuir condições pessoais de sobrevivência. [N. E.]

⁵⁸ A Lei Federal 8.742 de 1993 regulamentou a Lei Orgânica de Assistência Social (Loas), tendo como objetivos 1) proteção à família, maternidade, infância, adolescência e à velhice; 2) amparo às crianças e adolescentes carentes; 3) Promoção da integração ao mercado de trabalho; 4) Habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; 5) a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família. Em seu texto, ainda estabelece que são consideradas organizações de assistência social as entidades sem fins lucrativos que prestam atendimento e assessoramento à população. [N. E.]

Saúde e Saneamento

Apesar da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira, em que predominam os óbitos e as doenças crônico-degenerativas e por causas externas – processo que reflete o crescimento urbano, o envelhecimento progressivo da população e a exposição ambiental –, ainda é significativo o quadro de morbimortalidade relacionado às doenças infecciosas e parasitárias e aquelas decorrentes da exposição a substâncias químicas perigosas e à poluição ambiental.

Ocorrem por ano mais de 7 mil óbitos e mais de 500 mil internações hospitalares provocadas por diarreias, uma das doenças relacionadas à falta ou inadequação das ações de saneamento. São mais de 12 óbitos por dia em menores de um ano, em decorrência desta situação. 27 milhões de brasileiros se abastecem diretamente de poço ou nascente dentro de sua propriedade, outros 13 milhões recorrem a outras formas de abastecimento de água imprópria ao consumo humano e mais de 16 milhões não dispõem de nenhum tipo de banheiro ou sanitário – a maioria em zonas rurais e nas periferias dos grandes centros urbanos –, além de não contarem com políticas públicas eficazes que proponham soluções sanitárias para esses problemas.

Nosso governo enfrentará esse quadro com:

- implantação da Política Nacional de Saúde Ambiental no âmbito do SUS;
- resgate das competências constitucionais do SUS, regulamentadas pela Lei Orgânica da Saúde;
- fomento, no âmbito do SUS, das ações de saneamento domiciliar;
- estabelecimento do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde, com prioridade da vigilância da água para consumo humano.

Saúde e Trabalho

No cenário do desemprego, da precarização e da desregulamentação das relações de trabalho, os trabalhadores brasileiros encontram-se submetidos a vários riscos que desencadeiam doenças e acidentes típicos do século XIX: pneumoconioses⁵⁹ e amputações, esmagamentos e quedas, convivendo com novas doenças como as cardiovasculares, lesões por esforços repetitivos e sofrimento mental.

Apesar de serem passíveis de prevenção, os acidentes e doenças relacionados aos processos de trabalho acometem milhões de trabalhadores em nosso país, representando um dos maiores índices do mundo na ocorrência de mortes, doenças, sequelas e mutilações.

Além da prevenção e das ações de vigilância aos ambientes de trabalho, nosso governo desenvolverá políticas articuladas com os setores da sociedade visando a erradicação do trabalho infantil.

Recursos humanos

É possível humanizar os serviços de saúde, motivar os trabalhadores de saúde e garantir a satisfação pessoal e coletiva dos profissionais? Sim, para isto nosso governo

⁵⁹ Pneumoconioses são doenças pulmonares ocasionadas pela inalação de poeiras e substâncias danosas ao pulmão em ambiente de trabalho, exemplo das carvoeiras, minas e metalurgias. [N. E.]

buscará envolver as Equipes de Saúde com a gestão dos serviços, fortalecendo colegiados de cogestão, bem como implementar a democracia nas relações de trabalho, implementando Mesas Permanentes de Negociação com os Trabalhadores do SUS.

Serão implantados Programas de Educação Continuada com vistas à formação integral do trabalhador, articulada com as necessidades do SUS, criando-se novas funções que objetivem uma atuação profissional generalista e aberta às questões sociais. A profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde será valorizada, definindo-se suas atribuições e integrando-os ao Programa de Educação Continuada.

O Ministério da Saúde

A gestão e a condução do SUS deve ser descentralizada efetivamente, com cooperação técnica e financeira da União com todos estados e municípios para que desenvolvam condições políticas, técnicas e financeiras para coordenar a organização dos serviços no seu território, exercer a gestão, prestar contas e implementar as deliberações dos Conselhos de Saúde.

Em nosso governo, será fortalecida a cultura e a prática de gestão solidária entre as três esferas de governo, com o respeito às instâncias de articulação das políticas de saúde entre os gestores e as deliberações dos Conselhos de Saúde. Para tanto, o Ministério da Saúde terá a direção efetiva e o comando da gestão nacional do SUS, sem concorrer com os estados e municípios.

Nosso governo criará uma Rede Pública e Nacional de Comunicação e Informação em Saúde voltada para o aprofundamento da cidadania, do controle social e da humanização da atenção à saúde no Brasil. No mesmo sentido, adotará formas de decisão conjunta com as Conferências e Conselhos de Saúde como prática regular para a formulação das políticas setoriais.

Financiamento

O governo FHC,⁶⁰ nos oito anos de gestão, não aplicou recursos suficientes na saúde para reverter a situação do quadro sanitário brasileiro, não obedecendo o que determina a Constituição Federal (Emenda Constitucional 29)⁶¹, nem mesmo, destinou

⁶⁰ Fernando Henrique Cardoso (1931), sociólogo e político brasileiro. Foi eleito presidente da República em 1994, reeleito em 1998, governando o país até 2002. [N. E.]

⁶¹ A Emenda Constitucional n. 29, instituída em 2000, determinou a aplicação de percentuais mínimos oriundos da União, estados e municípios, nas ações de serviços públicos de saúde. Essa medida permite que os recursos destinados para a área da saúde não sofram desvios de finalidade, e tenham a aplicação integralmente cumprida. A emenda n. 29 alterou os artigos 34, 35, 160, 167 e 198 da Constituição Federal, promulgada em 1988, visando garantir um fundo de financiamento fixo ao Sistema Único de Saúde (SUS), que, até então, não possuía percentual previamente estabelecido, dando margem aos governos e União destinarem arbitrariamente os recursos, comprometendo o financiamento da saúde pública no Brasil. Ao artigo 34 foi somada a obrigatoriedade de percentuais mínimos à área da Saúde, juntamente à Educação; o artigo 35 estabeleceu que a União poderá intervir caso estados e municípios não cumpram com a aplicação do percentual mínimo destinado à saúde; o artigo 160 proíbe a União de reter os recursos destinados à saúde pública; e, por fim, o artigo 198 estabeleceu a aplicação anual dos recursos mínimos arrecadados para a área da saúde em território nacional. [N. E.]

a totalidade dos recursos gerados pela CPMF⁶² para a saúde, como ficou acordado com a sociedade quando da sua criação. O resultado de tudo isso tem sido falta de medicamentos, redução de investimentos, estrangulamento da assistência com congelamento dos recursos transferidos para as ações básicas de saúde, ou seja, R\$0,83 por pessoa ao mês, para o pagamento destes serviços que os municípios prestam ao cidadão, gerando dificuldades no acesso à saúde, no aumento das filas e no insuficiente investimento para a qualificação dos trabalhadores de saúde.

Buscando reverter este quadro, nosso governo desenvolverá sua política de financiamento em três pilares fundamentais: ampliação dos recursos, reorganização das prioridades e fortalecimento do controle e da transparência sobre o uso dos recursos disponíveis.

Com relação à ampliação dos gastos com a saúde, iremos cumprir o que manda a Constituição Federal. Para isso, um crescente esforço fiscal será feito para garantir que a totalidade dos recursos previstos seja destinada à saúde.

A transparência e o controle da aplicação dos recursos serão feitos por meio do fortalecimento do controle social dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, assegurando rotinas de apresentação e votação: do orçamento anual, de planos de aplicação dos recursos, das prestações de contas públicas, dos critérios de repasse de recursos, de relatórios de gestão que possam vincular a aplicação de recursos à obtenção de resultados, e por uma forte ação de fiscalização sobre a utilização destes recursos.

No nosso governo, os critérios de repasse de recursos serão baseados nas necessidades de saúde e na Lei Orgânica da Saúde⁶³; serão aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde⁶⁴. Serão invertidas as prioridades de aplicação dos recursos gastos para as áreas onde houve abandono nos governos anteriores. Será ampliada a descentralização de recursos para os municípios e estados responsáveis pela execução

⁶² A Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), criada em 1994 com o nome de Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF), teve sua denominação alterada para CPMF em 1996. Era uma cobrança que incidia nas movimentações bancárias. Sua criação visava estabelecer a vinculação fixa de uma fonte tributária cujos recursos seriam exclusivamente destinados à área da saúde. No entanto, apesar de ter sido criada para financiar a área da saúde, por falta de previsão em lei, a receita acabou sendo utilizada e aplicada para outros setores. A CPMF foi extinta em 2007. [N. E.]

⁶³ Em termos de legislação, no âmbito federal, a Constituição de 1988 estabeleceu, por meio do artigo 196, a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Em 1990, por meio da lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, implantou e regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto instituição pública responsável pelas ações na área da saúde. [N. E.]

⁶⁴ O Conselho Nacional de Saúde (CNS) é uma instância colegiada e deliberativa do Sistema Único de Saúde (SUS). Formado em 1937, possuía um caráter consultivo, levava às instâncias governamentais as diretrizes no âmbito da saúde. A partir de 1990, por meio da lei n. 8.142, o Conselho passa a integrar o SUS, tornando-se o órgão que fiscaliza, acompanha e monitora as ações que dizem respeito à saúde pública no Brasil. Dentre as atribuições, é responsável por acompanhar e avaliar o Plano Nacional de Saúde e aprovar o orçamento destinado para saúde. O CNS é formado por especialistas da área da saúde, prestadores de serviço, comunidade científica, trabalhadores, militantes dos movimentos de saúde e de segmentos do governo federal. Sua estrutura é formada por 48 conselheiros, dentre eles, 50% são os usuários do Sistema Único de Saúde, 25% de trabalhadores e 25% de prestadores de serviços e gestores da área da saúde. [N. E.]

direta das ações através do repasse direto do Ministério da Saúde para as contas dos fundos estaduais e municipais de saúde.

Os valores estabelecidos para as ações básicas de saúde serão ampliados e revistos, a descentralização de recursos da saúde será baseada em parâmetros demográficos, epidemiológicos (ou seja, priorizando o tratamento das doenças mais frequentes e a proteção aos grupos de pessoas com necessidades específicas, como crianças, idosos, mulheres, índios e negros, entre outros), e capacidade instalada, com mais verbas para os municípios que mais precisam e também respeitando as necessidades locais, priorizando a resolução de problemas mais frequentes. A associação entre estes critérios, a apresentação de resultados e o cumprimento de metas, principalmente nas ações de prevenção, serão utilizados como incentivos ao processo de descentralização. O objetivo é que todos os recursos para os estados e municípios sejam repassados fundo a fundo, e não mais por convênios.

Os valores hoje praticados para o pagamento de internações, consultas, exames e outros procedimentos serão revistos buscando adequá-los aos custos. Esses valores serão acordados junto aos gestores e prestadores de serviços no Conselho Nacional de Saúde.

Toda essa lógica terá que cumprir o papel de reequilibrar desigualdades regionais aumentando recursos de investimentos para os lugares mais desprovidos de serviços em todo o país, principalmente para o Norte e Nordeste, sem deixar de garantir os recursos necessários ao custeio das ações e serviços do SUS onde eles já existem.

Setembro, 2002.

Fonte: Saúde para a família brasileira. Programa de Governo 2002, Coligação Lula presidente. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/csbnh/programas-de-governo/>>. Acervo CSBH/FPA.

Q. GOVERNO LULA AUMENTA AS VERBAS PARA ÁREAS ESTRATÉGICAS DA SAÚDE – 2003

Orçamento para 2004 permitirá reforço e eleva recursos para a área em 17,3%

O orçamento do Ministério da Saúde⁶⁵ para 2004 permitirá o reforço de ações em áreas consideradas estratégicas, fundamentais e prioritárias pela nova gestão. Com a aplicação da Emenda Constitucional 29⁶⁶, que prevê o investimento crescente no setor, reajustado pela variação nominal do PIB (Produto Interno Bruto, soma dos bens e serviços produzidos pelo país) sobre o orçamento do ano anterior, os recursos da pasta para 2004 deverão aumentar 17,3% em relação a 2003.

Para este ano, o orçamento global do Ministério foi de R\$ 30,5 bilhões. No próximo ano, deverá chegar a R\$ 35,8 bilhões (confira a tabela 1), informou a assessoria do ministério. A proposta orçamentária para 2004, encaminhada pelo Ministério do Planejamento, ainda precisa ser aprovada pelo Congresso.

Do valor previsto para o ano que vem, R\$ 24,9 bilhões – o equivalente a 69,55% do total – deverão custear despesas com ações diretamente ligadas à promoção da saúde. Fazem parte dessas ações o atendimento hospitalar e ambulatorial, o PAB (Piso de Atenção Básica)⁶⁷ e os gastos com medicamentos e vacinas. Até o fim de 2003, o custeio dessas ações, de acordo com a execução orçamentária prevista, deverá consumir R\$ 20,9 bilhões – 68,52% do orçamento de R\$ 30,5 bilhões.

Somente na cobertura de despesas com atendimento hospitalar e ambulatorial, deverão ser investidos R\$ 14,071 bilhões. Esse valor corresponde a 39,3% do orçamento global previsto para 2004. E é 4,72% maior que a previsão de investimento para 2003.

⁶⁵ No contexto, o Ministério da Saúde era integrado por Humberto Sérgio Costa Lima (1957-), médico e político brasileiro. Ministro da saúde no governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, entre 2003-2005. [N. E.]

⁶⁶ A Emenda Constitucional n. 29, instituída em 2000, determinou a aplicação de percentuais mínimos oriundos da União, estados e municípios, nas ações de serviços públicos de saúde. Essa medida permite que os recursos destinados para a área da saúde não sofram desvios de finalidade, e tenham a aplicação integralmente cumprida. A emenda n. 29 alterou os artigos 34, 35, 160, 167 e 198 da Constituição Federal, promulgada em 1988, visando garantir um fundo de financiamento fixo ao Sistema Único de Saúde (SUS), que, até então, não possuía percentual previamente estabelecido, dando margem aos governos e União, destinarem arbitrariamente os recursos, comprometendo o financiamento da saúde pública no Brasil. Ao artigo 34 foi somada à área da Saúde, juntamente à Educação, a obrigatoriedade de percentuais mínimos; o artigo 35 estabeleceu que a União poderá intervir caso estados e municípios não cumpram com a aplicação do percentual mínimo destinado à saúde; o artigo 160 proíbe a União de reter os recursos destinados à saúde pública; e, por fim, o artigo 198 estabeleceu a aplicação anual dos recursos mínimos arrecadados para a área da saúde em território nacional. [N. E.]

⁶⁷ O Piso de Atenção Básica (PAB) refere-se à modalidade de financiamento e repasses de recursos públicos ao Sistema Único de Saúde (SUS). O PAB fixo é calculado de acordo com a população dos municípios vezes o valor *per capita* estabelecido pelo Estado. Já o PAB variável é calculado levando em consideração as estratégias e ações de saúde pública elaboradas pelos municípios que irão mostrar os indicadores de produtividade para angariar maiores recursos públicos. [N. E.]

O Piso de Atenção Básica inclui o custeio do repasse fixo, para municípios, do PSF (Programa de Saúde da Família)⁶⁸ e de projetos de vigilância sanitária e prevenção e combate a doenças transmissíveis. Para essas ações, serão investidos R\$ 4,658 bilhões – 6,44% a mais que neste ano (R\$ 4,376 bilhões).

Os gastos com medicamentos e vacinas também crescerão, indica a proposta orçamentária para 2004. Juntando a cobertura das despesas com medicamentos para DST/Aids, excepcionais, estratégicos e farmácia básica, o Ministério da Saúde deverá investir R\$ 100 milhões a mais no próximo ano, em relação a 2003. Ao todo, R\$ 1,86 bilhão será destinado para o setor. O programa de vacinação também receberá acréscimo de recursos, de 26,68%. No total, deverão ser investidos R\$ 450 milhões contra os R\$ 355,2 milhões neste ano.

Proposta da Saúde para o Orçamento de 2004
(Quadro comparativo 2003/2004, em R\$ milhões)

Tabela 1	2003	2004
Orçamento global	30.500	35.800
Ações diretas de promoção da saúde	20.900	24.900
Atendimento hospitalar e ambulatorial	13.436	14.071
Piso de Atenção Básica	4.376	4.658
Medicamentos	1.760	1.860

Fonte: *PT Notícias*, ano VII, n. 141, outubro de 2003. p. 01. Disponível em: <acervo.fpabramo.org.br>. Acervo CSBH/FPA.

⁶⁸ O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado em 1994. Tinha como objetivo implantar a estratégia de Atenção Básica à saúde das famílias e comunidades. O programa visava descentralizar dos hospitais de alta complexidade o atendimento emergencial para casos de média e baixa complexidade. Dessa maneira, pretendia investir na prevenção e promoção da saúde local. Essa reorganização prevê que grande parte dos problemas de saúde que acometem a população possam ser facilmente cuidados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), sem que sejam necessárias internação ou busca por hospitais que realizam procedimentos de alta complexidade. [N. E.]

R. PESQUISAS [NA ÁREA DA SAÚDE] DEVEM TER MAIS 219,8% – 2003

O orçamento de 2004 do Ministério da Saúde⁶⁹ também vai priorizar a pesquisa em Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, conforme defende o ministro Humberto Costa⁷⁰. A previsão é de que as verbas destinadas à área tenham salto de 219,8% em relação ao orçamento de 2003. Até o fim deste ano, o setor terá recebido R\$ 75 milhões da União. Em 2004, o caixa disponível para pesquisa em saúde deverá atingir R\$ 239,9 milhões, caso a proposta orçamentária seja aprovada como está.

Pelo Orçamento da União encaminhado ao Congresso, a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde deve ficar com R\$ 109,4 milhões – 5,2 vezes a mais do que o orçamento de 2003. Os recursos também deverão ser destinados à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)⁷¹. A entidade, que neste ano teve orçamento global para pesquisa da ordem de R\$ 54,1 milhões, poderá receber 2,4 vezes a mais em 2004 – R\$ 130,5 milhões previstos, incluindo investimentos em capacitação de pessoal e ampliação de instalações.

O Ministério da Saúde pretende atuar em sintonia com a pasta da Ciência e Tecnologia, mas quer concentrar a coordenação das ações ligadas ao avanço tecnológico do setor. “O governo Lula está promovendo um movimento no sentido de destacar a posição do Ministério da Saúde na orientação do esforço de pesquisa em saúde no país e o aumento dos recursos orçamentários para o setor é um reflexo dessa vontade política”, explica o diretor do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério, Reinaldo Guimarães⁷².

A disposição do governo de investir cada vez mais em pesquisa na área de saúde deve se tornar ainda mais concreta com a realização da 2ª Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, convocada para junho de 2004, dez anos depois da primeira. Na conferência, disse Guimarães, serão apresentados dois documentos: o primeiro com a definição da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, e o segundo com a proposta final da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde⁷³.

⁶⁹ No documento anterior “Governo Lula aumenta as verbas para as áreas estratégicas de saúde”, publicado na mesma edição do *PT Notícias*, n. 141, é informado que, para o ano de 2003, o orçamento global do Ministério foi de R\$ 30,5 bilhões. [N. E.]

⁷⁰ Humberto Sérgio Costa Lima (1957-), médico e político brasileiro, foi ministro da saúde no governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, entre 2003-2005. [N. E.]

⁷¹ Fundação Oswaldo Cruz, criada em 1900 sob o nome Instituto Soroterápico Federal, tinha à frente o médico sanitarista Oswaldo Cruz. Em 1918, a instituição passa-se a chamar Instituto Oswaldo Cruz, e, em 1970, se torna a Fundação Oswaldo Cruz. Localizada no Rio de Janeiro/RJ, é um centro de referência em pesquisas de saúde pública. [N. E.]

⁷² Reinaldo Felipe Nery Guimarães, médico, foi secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (2007-2010) durante o governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva; vice-presidente de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico da Fundação Oswaldo Cruz (2005-2006) e, no contexto, Diretor do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde (2003-2005). [N. E.]

⁷³ A 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde ocorreu em Brasília/DF de 25 a 28 de julho de 2004. Foi orientada por dois eixos temáticos, de acordo com seu documento base: 1) Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; e 2) Agenda Nacional de Prioridades de

A agenda já começou a ser traçada. A primeira reunião do comitê técnico assessor da agenda definiu um cronograma de atividades. Nos dias 16 e 17 de outubro, o Ministério da Saúde reunirá em Brasília mais de 200 pesquisadores e gestores para uma oficina de definição de temas prioritários de pesquisa em saúde.

Mais tarde, a proposta de Agenda Nacional será apresentada ao Conselho Nacional de Saúde⁷⁴, para discussão e recomendações. E, posteriormente, será levada à aprovação na 2ª Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.

O Ministério da Saúde pretende concentrar pesquisas em áreas como doenças e agravos, fatores de risco, epidemiologia e demografia, políticas de saúde e complexo produtivo de saúde. Outros temas prioritários são ambiente, trabalho e biossegurança; avaliação tecnológica e economia da saúde; alimentação e nutrição; comunicação e informação em saúde; bioética e ética na pesquisa; e pesquisa clínica.

Fonte: *PT Notícias*, ano VII, n. 141, outubro de 2003. p. 01. Disponível em: <acervo.fpabramo.org.br>. Acervo CSBH/FPA.

Pesquisa em Saúde. O caderno está disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2CNCTISfinal.pdf>. Os anais do evento estão disponíveis em: <https://livroaberto.ibict.br/handle/1/674>.

⁷⁴ Conselho Nacional de Saúde (CNS) é uma instância colegiada e deliberativa do Sistema Único de Saúde (SUS). Formado em 1937, possuía um caráter consultivo, levava às instâncias governamentais as diretrizes no âmbito da saúde. A partir de 1990, por meio da lei n. 8.142, o Conselho passa a integrar o SUS, tornando-se o órgão que fiscaliza, acompanha e monitora as ações que dizem respeito à saúde pública no Brasil. Dentre as atribuições, é responsável por acompanhar e avaliar o Plano Nacional de Saúde e aprovar o orçamento destinado para saúde. O CNS é formado por especialistas da área da saúde, prestadores de serviço, comunidade científica, trabalhadores, militantes dos movimentos de saúde e de segmentos do governo federal. Sua estrutura é formada por 48 conselheiros, dentre eles, 50% são os usuários do Sistema Único de Saúde, 25% de trabalhadores e 25% de prestadores de serviços e gestores da área da saúde. [N. E.]

S. [MINISTÉRIO DA] SAÚDE MODIFICA OS CRITÉRIOS PARA DESTINAÇÃO DE RECURSOS – 2003

Atendimento a vítimas da violência, por exemplo, será ampliado

O primeiro Orçamento da União do governo do PT apresentará algumas alterações em relação aos critérios de destinação de recursos verificados em 2003. A Saúde, segundo a assessoria do ministério, será uma das áreas em que as transformações serão percebidas com facilidade.

A proposta orçamentária para 2004 terá mudanças significativas no foco de algumas ações do Ministério da Saúde. O principal exemplo dessa nova postura é a atenção à saúde da população em situações de violência e outras causas externas.

No Orçamento de 2003, foram destinados R\$ 890 mil para financiamento de ações nesse setor. Para o ano que vem, a previsão é de que sejam gastos R\$ 162,8 milhões.

O salto é gigantesco: se aprovado pelo Congresso, o orçamento do Ministério da Saúde para 2004 investirá 182,9 vezes mais em ações preventivas e de atendimento às vítimas de traumas causados pela violência urbana e por acidentes de trânsito, por exemplo, em comparação ao total destinado para 2003.

Outra área que terá aumento significativo na destinação de verbas é o saneamento básico. Juntando o saneamento ambiental urbano e o rural, foi destinado para 2003 um total de R\$ 146,6 milhões. No próximo ano, a previsão é de que o investimento no setor aumente 4,46 vezes, chegando a R\$ 654 milhões. Separadamente, o saneamento urbano deverá receber R\$ 562 milhões (5,15 vezes a mais em relação a este ano) e o rural ficará com R\$ 92 milhões (um acréscimo de quase 2,5 vezes sobre o valor que consta do orçamento deste ano).

Para o secretário-executivo do Ministério da Saúde, Gastão Wagner de Sousa Campos⁷⁵, a mudança de destinação de recursos reflete a postura política do novo comando do Ministério da Saúde – que pretende incentivar a participação da sociedade civil na gestão do setor, a formulação de políticas públicas para a área e a ampliação do atendimento na rede pública.

Segundo ele, no contexto dos anos 1990, com o Brasil particularmente mergulhado em um severo ajuste econômico, a globalização reforçou a tendência de desvalorização das políticas públicas. Esse pensamento hegemônico de cunho político e social preconizava a abstenção do Estado na construção dessas políticas. “Somos contra essa postura e assumimos o compromisso de dialogar com os diversos setores da sociedade para, juntos, construirmos um outro panorama. Não há justiça social sem políticas públicas vigorosas. Mas, para isso, teremos de pactuar, negociar e encontrar soluções alternativas para os problemas”, disse Wagner, durante a instalação da Mesa

⁷⁵ Gastão Wagner de Sousa Campos, médico especializado em Medicina Preventiva, militante pela Reforma Sanitária, presidiu a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco, 2015-2018). No contexto, secretário-executivo do Ministério da Saúde (2003-2005). [N. E.]

Setorial de Negociação Permanente do Ministério da Saúde, em 25 de setembro, no auditório Emílio Ribas, sede do Ministério.

Ele informa ainda que o alto investimento em saneamento básico se deve ao fato de essa ser uma das principais armas contra a proliferação de doenças de veiculação hídrica. Usualmente, essas enfermidades acometem mais as populações de baixa renda, que não têm acesso à água potável e rede de esgoto.

“O investimento em saneamento básico, aliado a programas preventivos, ajuda a promover a saúde coletiva. É uma área estratégica, de extrema importância, e para a qual estaremos empenhados em garantir os recursos necessários à execução dos projetos”, afirma o secretário- executivo.

Essa é a mesma justificativa para triplicar o investimento em ações de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis por vetores e zoonoses, que saltará de R\$ 8,1 milhões em 2003 para R\$ 24,5 milhões no próximo ano.

Fonte: *PT Notícias*, ano VII, n. 141, outubro de 2003. p. 02. Disponível em: <acervo.fpabramo.org.br>. Acervo CSBH/FPA.

T. GESTÃO PARTICIPATIVA E QUALIFICAÇÃO GANHARÃO MAIS – 2003

Outro grande salto na destinação de recursos também poderá ser verificado em setores considerados prioritários para a nova gestão do Ministério da Saúde, segundo a assessoria da pasta: 1) apoio à gestão participativa; 2) investimento na humanização do atendimento e das relações de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS); 3) educação permanente e qualificação dos profissionais do SUS.

As verbas para financiamento de projetos de incentivo à participação popular e à intersetorialidade (participação de entidades da sociedade civil organizada) na reforma do SUS crescerão nada menos que 50 vezes – passarão de R\$ 430 mil para R\$ 21,5 milhões. Já os recursos que deverão ser investidos em ações de humanização e ampliação da atenção à saúde, bem como nos programas de educação permanente e qualificação profissional, aumentarão 2,3 vezes, em média. Para os projetos de humanização, a verba saltará de R\$ 63 milhões para R\$ 144 milhões. Já as verbas destinadas à capacitação profissional deverão crescer de R\$ 202,2 milhões para R\$ 464,1 milhões.

Na opinião do coordenador-geral de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, Sábado Girardi⁷⁶, a Mesa Setorial é o começo da implantação efetiva de uma política de democratização das relações de trabalho no SUS. De acordo com ele, os resultados da Mesa Nacional de Negociação Permanente implicarão mudanças radicais em todas as esferas do governo.

“Hoje, essas relações são pautadas por normas e estatutos rígidos, elaborados quase que unilateralmente pelo Estado, e que negam a autonomia do trabalhador. Pretende-se superar esse modelo burocrático, que ignora conflitos, e partir para outro mais democrático, baseado na convivência e no respeito”, afirmou Girardi, na solenidade de instalação da Mesa Setorial.

O secretário-executivo do Ministério da Saúde, Gastão Wagner de Sousa Campos⁷⁷, consolidou a importância das relações interpessoais no processo de “produção” da saúde classificando-as como fundamentais e indissociáveis desse mecanismo.

“Procuraremos garantir dignidade e satisfação pessoal aos profissionais do SUS, por meio de valorização das funções desempenhadas, da melhoria das condições de trabalho, e de investimentos em qualificação, capacitação e educação continuada. Da mesma forma, buscaremos expandir o conceito de humanização tanto nas relações de trabalho quanto no contato entre profissionais e usuários do Sistema”, disse.

Fonte: *PT Notícias*, ano VII, n. 141, outubro de 2003. p. 02. Disponível em: <acervo.fpabramo.org.br>. Acervo CSBH/FPA.

⁷⁶ Sábado Nicolau Girardi, médico, especialista em Saúde Pública. No contexto, coordenador-geral de Recursos Humanos do Ministério da Saúde (2003-2005). Girardi também foi consultor temporário da Organização Pan-Americana da Saúde em Washington/DC (1991-1994), diretor de modernização institucional do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (2005-2007). [N. E.]

⁷⁷ Gastão Wagner de Sousa Campos, médico especializado em Medicina Preventiva, militante pela Reforma Sanitária, presidiu a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco, 2015-2018). No contexto, secretário-executivo do Ministério da Saúde (2003-2005). [N. E.]

U. SAÚDE – 2006

Programa de Governo

- Fortalecer a gestão do SUS, pública e democrática, com controle social, como instrumento de identificação das necessidades da população, atendimento ao interesse público e combate à corrupção.
- Organizar as ações e serviços em rede nacional única e integrada de atenção à saúde.
- Universalizar o cartão SUS ⁷⁸, que se constituirá no carro-chefe da informatização do acesso e dos atendimentos.
- Assegurar a universalização do acesso às ações e serviços de atenção básica⁷⁹, por meio das equipes de saúde da família e das unidades básicas de saúde.
- Criar os Centros de Atendimentos Especializados de média complexidade, para assegurar o tratamento completo dos usuários do SUS. Estes Centros poderão realizar consultas especializadas, exames, serviços de reabilitação com fornecimento de órteses e próteses, pequenas urgências e cirurgias eletivas que não necessitam de hospitais ou prontos-socorros e distribuição de medicamentos excepcionais.
- Manter a prioridade ao Programa Brasil Sorridente⁸⁰, ampliando a rede de Centros de Especialidades Odontológicas do país.
- Criar o Telessaúde⁸¹, permitindo que equipes de saúde de qualquer parte do país falem com centros de especialidades do SUS e dos Hospitais Universitários para discutir casos clínicos e demais procedimentos, aumentando a eficiência na gestão, evitando o transporte de pacientes e eliminando gastos desnecessários.
- Apoiar estados e municípios na criação das Centrais de Regulação, garantindo o acesso dos cidadãos, de forma mais rápida e humanizada, à rede hierarquizada de atenção integral à saúde.

⁷⁸ O Cartão Nacional de Saúde (CNS/SUS) é um documento de identificação fornecido aos usuários do Sistema Único de Saúde. Por meio dessa identificação pessoal é possível construir o histórico individual de atendimento aos que utilizam o SUS. O atendimento fica registrado na Base de Dados nacional do SUS. [N. E.]

⁷⁹ A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de procedimentos na área da saúde que envolvem a prevenção, diagnóstico e tratamento das necessidades primárias da população. Para isso, é necessária uma ampla rede de atendimento médico profissional por meio de unidades básicas de saúde que estejam próximas aos usuários e permitam a prevenção e tratamento dos problemas de saúde que ocorrem com maior frequência. Os projetos Samu, Programa Saúde para Família, Programa Brasil Sorridente e Mais Médicos são exemplos de programas que correspondem à atenção básica. [N. E.]

⁸⁰ Em 2003 é lançado pelo Governo Federal o Plano Nacional de Saúde Bucal, por meio do Ministério da Saúde. O Programa Brasil Sorridente é um componente deste programa que visa ampliar o acesso da população aos tratamentos odontológicos por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). [N. E.]

⁸¹ No Brasil, foi por meio da portaria n. 35 de janeiro de 2007, durante o governo de Luiz Inácio Lula da Silva, que o Programa Nacional de Telessaúde foi lançado. O projeto, inserido nos princípios da Atenção Básica, prevê a atuação nas frentes: teleconsultoria, que permite aos usuários e profissionais da saúde esclarecer dúvidas sobre procedimentos e ações em saúde; telediagnóstico, que permite a avaliação de diagnósticos à distância; telemonitoramento, que permite a coleta e transmissão de dados para a rede pública; tele-educação, permite a disponibilização de objetos de aprendizagem à distância de temas relacionados à saúde. [N. E.]

- Ampliar o Sistema de Atendimento Móvel de Urgência – Samu⁸², estendendo, com o apoio das Forças Armadas, o atendimento em regiões de difícil acesso.

- Dar continuidade à implantação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica⁸³, considerando os princípios de universalidade e da integralidade, priorizando o acesso aos medicamentos de alto custo.

Ampliar a rede pública e conveniada do Programa Farmácia Popular do Brasil⁸⁴, com aumento do elenco de medicamentos, priorizando os de maior impacto nos custos e nos indicadores epidemiológicos.

- Fortalecer e ampliar as ações preventivas das doenças sexualmente transmissíveis e do HIV, ampliando o acesso aos preservativos e às ações educativas. Garantir o acesso aos antirretrovirais, fortalecendo a capacidade nacional de produção desses medicamentos.

- Continuar as ações de modernização e ampliação da capacidade instalada e de produção dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais, para o suprimento do SUS.

Fonte: Saúde. Lula Presidente. Programa de Governo 2006. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/csbnh/programas-de-governo/>>. Acervo CSBH/FPA.

⁸² Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), instituído em 2003 na gestão do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, por meio do decreto n. 5.055, de abril de 2004. O Samu é um dos componentes da Política Nacional de Atenção às Urgências, plano lançado pelo Ministério da Saúde em 2003. O objetivo do atendimento móvel é prestar socorro de emergência à população em risco de saúde. [N. E.]

⁸³ A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) foi implementada por meio da Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004, durante o governo de Luiz Inácio Lula da Silva. É integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da Política Nacional de Saúde (PNS), e tem por objetivo promover serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde nacional e também facilitar o acesso de medicamentos a baixo custo nas farmácias populares. [N. E.]

⁸⁴ O programa Farmácia Popular é fruto do Plano Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), lançado em 2004, durante o governo de Luiz Inácio Lula da Silva. O objetivo das Farmácias Populares é ampliar o acesso da população a medicamentos com baixo custo. O programa é realizado em parceria com estados e municípios e a rede privada de farmácias e drogarias. [N. E.]

V. EM DEFESA DO SUS: ESSA LUTA É NOSSA – 2007

III Congresso Nacional do Partido dos Trabalhadores

A saúde como direito fundamental da pessoa humana deve ser objetivo primordial dos governantes. Ao mesmo tempo, a saúde é fator de desenvolvimento econômico e social de um país e é o resultado do modelo de desenvolvimento adotado. Garantir a saúde de um povo significa investir na qualidade de vida das pessoas e assegurar a oferta de ações e serviços de saúde, conforme sua necessidade. Ter um sistema de saúde democrático, que desenvolve ações integrais de acesso universal, é uma conquista da sociedade brasileira que precisa ser valorizada e defendida contra qualquer iniciativa que impeça o seu avanço ou que atente contra os seus princípios e suas diretrizes.

O Sistema Único de Saúde (SUS), concebido na luta da sociedade organizada em defesa da saúde pública de qualidade a partir da década de 1970, sistematizado pelo Movimento da Reforma Sanitária na 8ª Conferência Nacional de Saúde e instituído pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis Orgânicas da Saúde⁸⁵, acumula vitórias nesses 19 anos de implantação. É o maior sistema público de saúde do mundo e um dos principais ramos de atividade social e econômica do Brasil, com profissionais e serviços de excelentes qualidades e reconhecido nacional e internacionalmente. O Partido dos Trabalhadores (PT) foi um dos principais protagonistas da criação do SUS, participou de todas as lutas sociais em sua defesa, apresentou propostas em todas as Conferências de Saúde realizadas nesse período e vem desenvolvendo inúmeras experiências bem-sucedidas de sua implementação em gestões municipais, estaduais e, desde 2003, no governo federal, e que, também, foi responsável pela proposição e aprovação da Emenda Constitucional n. 29/2000⁸⁶, que definiu a responsabilidade das 3 esferas do governo com relação ao financiamento do sistema e, ainda, foi autor do Projeto de Lei Complementar que regulamenta a EC 29 e de seus substitutivos.

⁸⁵ A 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em 1986, é um marco na história da saúde pública, pois suas resoluções serviram de base para a Lei Orgânica da Saúde, promulgada na Constituição de 1988. [N. E.]

⁸⁶ A Emenda Constitucional n. 29, instituída em 2000, determinou a aplicação de percentuais mínimos oriundos da União, estados e municípios, nas ações de serviços públicos de saúde. Essa medida permite que os recursos destinados para a área da saúde não sofram desvios de finalidade, e tenham a aplicação integralmente cumprida. A emenda n. 29 alterou os artigos 34, 35, 160, 167 e 198 da Constituição Federal, promulgada em 1988, visando garantir um fundo de financiamento fixo ao Sistema Único de Saúde (SUS), que, até então, não possuía percentual previamente estabelecido, dando margem aos governos e União destinarem arbitrariamente os recursos, comprometendo o financiamento da saúde pública no Brasil. Ao artigo 34 foi somada à área da Saúde, juntamente à Educação, a obrigatoriedade de percentuais mínimos; o artigo 35 estabeleceu que a União poderá intervir caso estados e municípios não cumpram com a aplicação do percentual mínimo destinado à saúde; o artigo 160 proíbe a União de reter os recursos destinados à saúde pública; e, por fim, o artigo 198 estabeleceu a aplicação anual dos recursos mínimos arrecadados para a área da saúde em território nacional. [N. E.]

O PT reafirma sua defesa intransigente do SUS como DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO, seus princípios e diretrizes e o pacto pela saúde, entendendo a saúde como um bem público de toda a sociedade, que o conjunto de serviços da saúde, sejam públicos ou privados, devem estar sob efetiva gestão pública onde o Estado regule o mercado no interesse público e não o mercado molde o Estado na lógica dos interesses do capital. Defende o governo Lula e seu programa de governo para a saúde, vitorioso na campanha eleitoral de 2006. Defende a interlocução permanente dos setoriais com governos do PT, em especial do setorial nacional de saúde com o Ministério da Saúde, além dos setoriais estaduais e municipais com as respectivas secretarias de saúde.

Defende, também, o envolvimento do conjunto da sociedade num amplo processo de participação popular no Pacto em defesa do SUS. Mesmo com as conquistas obtidas até o momento, o SUS precisa continuar avançando: na construção de uma gestão democrática e com qualidade; na superação efetiva do modelo biomédico, neoliberal, privatista, em todos os níveis do sistema; na qualidade, universalização e ampliação da resolutividade, da atenção básica, bem como toda a rede integrada de serviços na média e alta complexidade; no fortalecimento do controle social e na humanização, na perspectiva de consolidar como a maior política pública de nosso país, generosa, solidária, inclusiva, participativa e universal. Para isso, é preciso que o Estado destine mais recursos para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde que integram o Sistema, com definições claras e objetivas sobre a melhor forma de aplicação dos novos recursos e para a qualificação da sua gestão. Por fim, e não menos importante, o PT exige a regulamentação da EC 29/2000, que define o que são ações e serviços públicos de saúde para efeito de aplicação dos recursos do SUS, a ampliação dos recursos da União, a penalização do gestor que descumprir a legislação brasileira do SUS.

Os recursos novos resultantes da regulamentação da EC 29 devem ser destinados a: garantir a implantação imediata de sistemas de informação e comunicação, otimizando a regulação do sistema, instrumentos adequados aos interesses dos usuários do SUS; facilitar o acesso às políticas de atenção universal e integral, sem discriminação de qualquer natureza e considerando as diferenças epidemiológicas, sociais e regionais, com a gestão pública qualificada; garantia da participação popular e o controle social nos novos espaços de gestão solidária e democrática, oportunistizados pelo Pacto pela Saúde⁸⁷; promover a humanização da atenção e das relações entre gestores, profissionais e usuários, a desprecarização do trabalho e a implantação dos Planos de Carreira, Cargos e Salários do SUS, com pisos nacionais de salário conforme a escolaridade de seus profissionais.

À designação do Sistema de Saúde nacional acrescenta-se a caracterização de único porque são adotados os mesmos princípios doutrinários e os mesmos princípios

⁸⁷ O Pacto pela Saúde foi um conjunto de reformas realizado no Sistema Único de Saúde (SUS), firmado pela portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Foi pactuado entre governo federal, governos estaduais e municipais, e redefiniu as responsabilidades atribuídas para cada instância governamental em termos administrativos, buscando regionalizar e descentralizar a gestão sanitária. [N. E.]

organizativos em todo o território nacional, sob responsabilidade de três esferas autônomas de governo: federal, estadual/Distrito Federal e municipal.

Baseado nos preceitos constitucionais, a construção do SUS norteia-se pelos seguintes princípios doutrinários e organizativos, a saber:

a) **Universalidade:** todas as pessoas têm direito ao atendimento independentemente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego, renda e outros. A saúde é dever da cidadania e dever dos governos municipal, estadual/Distrito Federal e federal. Assim, deixou de existir a figura do “indigente” no setor saúde;

b) **Igualdade:** todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido conforme as suas necessidades. Os serviços de saúde devem considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma diferente, ou seja, cada grupo ou classe social ou região tem seus problemas específicos, tem diferenças no modo de viver, de adoecer e de ter oportunidades de satisfazer suas necessidades de vida;

c) **Integralidade:** as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, para a prevenção e a cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral, submetido às mais diferentes situações de vida e de trabalho, que o levam a adoecer e a morrer. O indivíduo deve ser entendido como um ser social, cidadão que do ponto de vista biológico, psicológico e social está sujeito a riscos de morte. Desse modo, o atendimento deve incidir sobre a sua saúde, e não somente sobre as suas doenças, o que demanda erradicar as causas, diminuir os riscos e tratar os danos. Em síntese, é preciso garantir o acesso às ações de:

- **Promoção** (ações que buscam eliminar ou controlar as causas de doenças ou agravos à saúde, envolvendo também ações desenvolvidas em outros setores, como meio ambiente, habitação e educação);

- **Proteção** (ações específicas para prevenir riscos e exposições às doenças, ou seja, para manter o estado de saúde);

- **Recuperação** (ações que evitam as mortes das pessoas doentes, assim como as sequelas, ou seja, que já atuam sobre os danos à saúde).

d) **Regionalização e Hierarquização:** a rede de serviços do SUS deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada permitindo, assim, um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área territorial delimitada, favorecendo o desenvolvimento das ações de atenção ambulatorial, hospitalar e de urgência e emergência em todos os níveis de complexidade, de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica (controle de doenças), de controle de vetores e de educação em saúde.

O acesso da população à rede de serviços deve se dar por meio de serviços de nível primário de atenção, qualificados o suficiente para resolver os principais problemas que são demandados aos serviços de saúde. Aqueles que não podem ser resolvidos nesse nível de atenção devem ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica;

e) **Descentralização:** a redistribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre as três esferas de governo, a partir da ideia de que, quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Isso pressupõe que deverá

haver profunda redefinição das atribuições e responsabilidades da esfera federal, estadual/Distrito Federal e municipal, procurando reforçar-se o poder municipal no tocante à saúde;

f) Participação da Comunidade: garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução em todas as esferas de governo, desde a federal até a local. Essa participação deve dar-se nos Conselhos de Saúde (nacional, estadual/Distrito Federal e municipal), constituídos por representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços, com poder deliberativo, e nas Conferências de Saúde – instâncias máximas de deliberação que devem ocorrer periodicamente.

Fonte: Resolução do III Congresso Nacional do Partido dos Trabalhadores, 2007. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/csbn/congressos-nacionais-do-pt-resolucoes/>>. Acervo CSBH/FPA.

W.UNIVERSALIZAR A SAÚDE E GARANTIR A QUALIDADE DO ATENDIMENTO DO SUS – 2010

Programa de Governo

O governo Dilma terá como preocupação fundamental o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde e de seus mecanismos de gestão, de fiscalização e de controle de qualidade dos Serviços prestados. Será dada continuidade às políticas públicas de ampliação do Samu, ao Programa Brasil Sorridente, às Farmácias Populares, à expansão das equipes do Programa Saúde da Família⁸⁸ e à implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA)⁸⁹ e policlínicas⁹⁰. Essas e outras iniciativas foram responsáveis por significativa melhoria dos indicadores sociais, como a redução da mortalidade infantil e a diminuição de doenças transmissíveis e de epidemias.

Essas ações serão complementadas por uma política de reestruturação da atenção hospitalar. Haverá especial atenção aos programas de saúde mental, especialmente no tratamento do alcoolismo, do consumo de crack e de outras drogas que afetam particularmente nossa juventude. A universalização da saúde dar-se-á também pela oferta gratuita de remédios contra a hipertensão e o diabetes e pelo desenvolvimento de programas nacionais de prevenção do câncer, de reabilitação de pessoas com deficiência e de atenção aos idosos. A saúde do trabalhador e a prevenção de acidentes terão lugar de destaque nas políticas governamentais. Em consonância com a política de Ciência e Tecnologia, haverá o desenvolvimento do complexo produtivo da saúde para avançar em direção à autossuficiência científica e tecnológica na produção de fármacos e na ampliação da fabricação de genéricos. Além disso, a expansão do saneamento básico terá forte incidência na melhoria da saúde dos brasileiros.

Fonte: Universalizar a saúde e garantir a qualidade do atendimento do SUS. Os 13 compromissos programáticos de Dilma Rousseff para debate na sociedade brasileira. Programa de Governo 2010. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/csbh/programas-de-governo/>>. Acervo CSBH/FPA.

⁸⁸ O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado em 1994. Tinha como objetivo implantar a estratégia de Atenção Básica à saúde das famílias e comunidades. O programa visava descentralizar dos hospitais de alta complexidade o atendimento emergencial para casos de média e baixa complexidade. Dessa maneira, pretendia investir na prevenção e promoção da saúde local. Essa reorganização prevê que grande parte dos problemas de saúde que acometem a população possam ser facilmente cuidados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), sem que sejam necessárias internação ou busca por hospitais que realizam procedimentos de alta complexidade. [N. E.]

⁸⁹ UPA 24 horas, Unidades de Pronto Atendimento 24 horas, é uma das ações do Estado em responder às demandas do Plano Nacional de Atenção às Urgências, programa lançado pelo Ministério da Saúde em 2003, durante o governo de Luiz Inácio Lula da Silva. O objetivo é que as UPA's possuam a capacidade de atendimento intermediário à população, com leitos disponíveis e laboratórios integrados para realização de exames, de maneira que desafogue os hospitais de atendimento de alta complexidade. [N. E.]

⁹⁰ Policlínicas são unidades de atendimento de nível intermediário e avançado do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas unidades prestam atendimento especializado à população, inclusive tratamentos que buscam diagnósticos das enfermidades, nas diversas áreas das especialidades médicas. [N. E.]

X. MAIS MUDANÇA, MAIS FUTURO – 2014

Programa de Governo

A melhoria das condições de saúde do povo brasileiro, nos últimos anos, explica-se tanto pela expansão das ações e serviços garantidos pelo SUS como pelo crescimento econômico, pela implementação de políticas sociais de combate à pobreza e pelo aumento do acesso a esgoto e água tratada durante os Governos Lula e Dilma.

O impacto sobre os indicadores de saúde no período é bastante expressivo. O Brasil é um dos países que mais reduziu a mortalidade infantil no mundo, segundo a Unicef⁹¹.

Para garantir acesso, com qualidade, aos serviços e ações de Saúde, os governos Lula e Dilma, em parceria com Estados e municípios, implantaram importantes políticas. Com o Mais Médicos⁹², garantimos melhoria na atenção à saúde para 50 milhões de pessoas, em 3.800 municípios. O Programa Aqui Tem Farmácia Popular⁹³ atende a mais de 6,8 milhões de pessoas/mês e o Samu atende 73% da população brasileira. Atualmente, 80 milhões de pessoas têm acesso à atenção de saúde bucal pelo Programa Brasil Sorridente⁹⁴. O governo federal tem apoiado os municípios na construção, ampliação e reforma de equipamentos de saúde, como as mais de mil Unidades de Pronto Atendimento-UPA e os mais de 26 mil Postos de Saúde.

[...]

O projeto para mudar o patamar de qualidade e a amplitude de atendimento dos serviços de Saúde prevê, no segundo mandato da presidenta: a expansão do Programa Mais Médicos; a ampliação da rede de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) destinadas ao atendimento de emergências de baixa e média gravidade; a extensão das redes de atendimento especializado, com a qualificação dos serviços hospitalares; o fortalecimento e a universalização do Samu e a ampliação do acesso da população a medicamentos.

⁹¹ Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) é um órgão da Organização das Nações Unidas (ONU), criado em 1946. Presente no Brasil desde 1950, atua na promoção dos direitos das crianças e adolescentes, buscando recursos através de doações individuais, por meio de campanhas, e também de alianças corporativas. Possui 34 Comitês Nacionais e atua em aproximadamente 190 países ao redor do mundo. [N. E.]

⁹² O Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) foi criado durante o governo da presidenta Dilma Rousseff, em julho de 2013. Com intuito de fortalecer o sistema de saúde brasileiro por meio da Atenção Básica à saúde, objetivava diminuir e combater as desigualdades de acesso à saúde nas diversas regiões brasileiras. Para isso, tinha como eixos aumentar a infraestrutura das redes de atendimento, reforma e ampliação dos cursos de medicina em todo o país, junto às residências médicas, e suprir a carência de profissionais da saúde em regiões de vulnerabilidade ou com pouco acesso a esses serviços. [N. E.]

⁹³ O programa Farmácia Popular é fruto do Plano Nacional de Assistência Farmacêutica, lançado em 2004, durante o governo de Luiz Inácio Lula da Silva. O objetivo das Farmácias Populares é ampliar o acesso da população a medicamentos com baixo custo. O programa é realizado em parceria com estados e municípios e a rede privada de farmácias e drogarias. [N. E.]

⁹⁴ Em 2003 é lançado pelo Governo Federal o Plano Nacional de Saúde Bucal, por meio do Ministério da Saúde. O Programa Brasil Sorridente é um componente deste programa que visa ampliar o acesso da população aos tratamentos odontológicos por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). [N. E.]

A melhoria no atendimento e o aumento da rede de saúde exigirão uma rediscussão federativa, que terá o poder de evitar superposição de investimentos e de planejar com mais eficiência a distribuição dos serviços de saúde públicos.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é, hoje, a maior rede de saúde pública do mundo, e tem cumprido um importante papel na universalização do acesso. Reafirmamos nosso compromisso com seu contínuo fortalecimento e aprimoramento, necessário devido a seu tamanho, à extensão dos serviços envolvidos e às sobreposições de atribuições entre os entes federativos.

Fonte: Mais mudança, mais futuro. Programa de Governo 2014. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/csbn/programas-de-governo/>>. Acervo CSBH/FPA.

Y. SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL – 2018

Programa de Governo

O Sistema Único de Saúde (SUS), inscrito na Constituição Federal de 1988, é a política pública mais inclusiva do país, pois atende toda a população brasileira. A coligação PT/PCdoB/PROS⁹⁵ reafirma o compromisso de defender o SUS e continuar a luta pela implantação total do SUS, como direito social de todo o povo brasileiro e dever do Estado, que passa pelas seguintes diretrizes: aumento imediato e progressivo do financiamento da saúde; valorização dos trabalhadores da saúde; investimento no complexo econômico-industrial da saúde; articulação federativa entre municípios, Estados e União; e diálogo permanente com a sociedade civil sobre o direito à saúde.

O fracasso econômico do golpe (mais de 13 milhões de desempregados) e suas medidas antipopulares de austeridade fiscal já se fazem sentir dramaticamente na saúde, por exemplo, com aumento da mortalidade infantil, diminuição da cobertura vacinal e volta de doenças evitáveis. As reformas impostas e as ações de desmonte do SUS estão destruindo ou ameaçando gravemente políticas universalizantes e inclusivas que foram construídas nos últimos anos, como o Mais Médicos, as UPA's, o Samu, a Farmácia Popular, a Saúde da Família, o Programa Nacional de Imunizações, entre outros.

A partir de uma concepção fortemente privatizante da saúde, o governo golpista e seus aliados não apenas atacam o SUS, como procuram criar regras que prejudicam fortemente os usuários de planos privados de saúde, por exemplo, com aumentos abusivos de preços e exclusões de cobertura. A proposta de criação de “planos populares de saúde” afronta a universalidade e impõe redução de direitos. Não capturadas pelo poder econômico, a ANS⁹⁶ e Anvisa⁹⁷ são essenciais para reduzir os gastos dos trabalhadores, das famílias e dos empregadores com remédios, planos, médicos e hospitalares.

Haddad vai reverter as medidas do governo golpista que atacam o direito à saúde.

O Brasil precisa enfrentar a queda proporcional das despesas federais de saúde em relação aos gastos públicos totais da área, assim como criar condições para ampliação do gasto federal em saúde em relação ao PIB. O país deve aumentar progressivamente o investimento público em saúde, de modo a atingir a meta de 6% em relação ao PIB. Novas regras fiscais, reforma tributária, retorno do Fundo Social

⁹⁵ Coligação *O povo feliz de novo* era composta pelo Partido dos Trabalhadores (PT), Partido Comunista do Brasil (PCdoB) e Partido Republicano da Ordem Social (PROS), e tinha a candidatura Fernando Haddad para presidente e Manuela D'Ávila para vice-presidenta. [N. E.]

⁹⁶ ANS, Agência Nacional de Saúde, criada nos anos 2000, é uma agência reguladora do Ministério da Saúde responsável pelo setor dos Planos de Saúde no Brasil. [N. E.]

⁹⁷ Anvisa, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, é uma autarquia criada em 1999. Tem por objetivo promover a vigilância, controle sanitário e qualidade dos produtos e serviços para consumo na sociedade brasileira, aprovando-os ou não, de acordo com regulamentos técnicos específicos. [N. E.]

do Pré-Sal ⁹⁸, dentre outras medidas, contribuirão para a superação do subfinanciamento crônico da saúde pública.

O governo Haddad fortalecerá a regionalização dos serviços de saúde, que deve se pautar pela gestão da saúde interfederativa, racionalizando recursos financeiros e compartilhando a responsabilidade com o cuidado em saúde. Além disso, serão exploradas ao máximo a potencialidade econômica e tecnológica do complexo industrial da saúde de forma a atender as necessidades e especificidades do setor saúde, reduzindo custos e aumentando a eficiência tecnológica, fomentando a produção de ciência e tecnologia e incrementando o mercado interno, considerando os interesses e a soberania nacionais.

O governo Haddad aprimorará a regulamentação das relações com o terceiro setor de saúde, em particular com as organizações sociais, superando o paradigma da precarização e da terceirização da gestão. Ademais, regulará de forma mais transparente os planos privados de saúde, em favor de 22% da população que pagam por planos coletivos e individuais. Para nós, a participação social representa uma estratégia fundamental de implantação e consolidação do SUS. Serão fortalecidos os conselhos e conferências de saúde, de forma que seu papel de formulação de políticas seja o orientador das políticas para o setor.

O governo vai atuar fortemente na área da promoção da saúde, com políticas regulatórias e tributárias (referentes ao tabaco, sal, gorduras, açúcares, agrotóxicos etc.), por meio de programas que incentivem a atividade física e alimentação adequada, saudável e segura. Estabelecerá ainda forte ação de controle do *Aedes aegypti*, que vem fragilizando a saúde no país. Implantará também programas de valorização do parto normal, humanizado e seguro, de superação da violência obstétrica e da discriminação racial no SUS. Ademais, o governo Haddad reafirmará seu compromisso com a agenda da Reforma Psiquiátrica.

Além da saúde do trabalhador, o governo Haddad vai produzir políticas intersetoriais, por exemplo, para reduzir os acidentes de trânsito e todas as formas de violência, com a participação de diversas áreas do governo, para garantir atenção especial e integrada às populações vulneráveis. Serão implantadas ações voltadas para a saúde das mulheres, pessoas negras, LGBTI+⁹⁹, idosos, crianças, juventudes, pessoas com deficiência, população em situação de rua, população privada de liberdade, imigrantes, refugiados e povos do campo, das águas e das florestas.

Enfrentaremos o desafio de tornar o SUS realmente universal e integral, aperfeiçoando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹⁰⁰ para consolidar esses

⁹⁸ O Fundo Social do Pré-Sal, criado em 2010, era um fundo público abastecido com recursos financeiros oriundos da exploração da Camada Pré-Sal. Essa localiza-se no Sul e Sudeste do país, de grande potencial petrolífero. Os recursos do fundo, obtidos através dos *royalties*, seriam repassados para os estados e municípios para investimentos em saúde, educação, ciência e tecnologia. [N. E.]

⁹⁹ LGBTI+, sigla para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexo. Atualmente complementada para LGBTQI+, incluindo *Queer*. [N. E.]

¹⁰⁰ A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela portaria n. 648, março de 2006, é um conjunto de ações lançado pelo Governo Federal que visa ampliar a rede e programas que promovam a Atenção Básica da saúde para a população. Entende-se que a Atenção Básica atende às necessidades primárias da população por meio de diagnósticos, atendimentos, e serviços de emergência através de ampla

pressupostos constitucionais. Para isso, a organização de uma atenção básica resolutiva e organizadora do cuidado à saúde é o eixo central da política assistencial que se quer implementar.

A exitosa experiência do Programa Mais Médicos representa uma ousada iniciativa para garantir a atenção básica a dezenas de milhões de brasileiros. Esse programa deve nortear novas ações de ordenação da formação e especialização dos profissionais de saúde, considerado o interesse social e a organização e funcionamento do SUS, bem como a construção de carreiras abrangentes e flexíveis para atender as necessidades de toda população.

O governo Haddad retomará e ampliará programas de amplo reconhecimento popular e de especialistas, como o já citado Programa Mais Médicos e a Estratégia de Saúde da Família, o Samu, o Farmácia Popular, o Brasil Sorridente, a Rede de Atenção Psicossocial (com os CAPS III e Residências Terapêuticas) e a Rede de Atenção às Pessoas com Deficiência, entre outros, que estão sendo prejudicados e descontinuados pelo governo golpista.

Além disso, o governo federal, em parceria com Estados e municípios, vai criar a rede de Clínicas de Especialidades Médicas em todas as regiões de saúde. Integradas com a atenção básica, as Clínicas garantirão o acesso a cuidados especializados por equipes multiprofissionais para superar a demanda reprimida de consultas, exames e cirurgias de média complexidade. Serão organizadas de forma regional, com unidades de saúde fixas e unidades móveis e transporte aos pacientes em tratamento fora de domicílio.

As Clínicas de Especialidades Médicas contarão com médicos especialistas (tais como ortopedistas, cardiologistas, ginecologistas, oncologista, oftalmologista, endocrinologista) e profissionais das mais diversas áreas (fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, entre outras). Incluirão também hospitais-dia e poderão realizar diversos procedimentos, como cirurgias ambulatoriais especializadas, exames ultrassonográficos, procedimentos traumatológico-ortopédicos. Ademais, o governo federal organizará e intensificará os mutirões de exames e cirurgias.

A integração dos serviços básicos e especializados já existentes e a criação de novos onde for necessário, a qualificação do cuidado multiprofissional e a ampliação da resolutividade serão prioridades. Será investido ainda, na implantação de dispositivos de compartilhamento do cuidado, expansão do matriciamento¹⁰¹, teleconsulta, apoio vivo nos territórios, entre outros, como agenda prioritária na construção de linhas de cuidado que ajudem a vencer a fragmentação e a descontinuidade do cuidado em saúde.

rede e atendimento médico profissional. Os projetos Samu, Programa Saúde para Família, Programa Brasil Sorridente e Mais Médicos são exemplos de programas que correspondem à atenção básica. [N. E.]

¹⁰¹ Matriciamento ou apoio matricial é uma modalidade de suporte técnico-profissional na área da saúde em que ocorre um apoio interdisciplinar, ou seja, em que equipes de diferentes áreas avaliam um determinado problema e situação e, em conjunto, criam uma corresponsabilidade no atendimento. Em 2004, o Ministério da Saúde, durante a gestão de Luiz Inácio Lula da Silva, implantou o Programa Nacional de Humanização (PNH) no Sistema Único de Saúde, e instruiu por meio dos textos básicos de saúde a cartilha “HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial”. [N. E.]

Entendemos que uma atuação federal na média complexidade é tarefa importante e factível para o próximo período, visando garantir apoio técnico, financeiro e regulatório. Será implantado um eficiente sistema de regulação das filas para gerenciar o acesso a consultas, exames e procedimentos especializados, em cogestão com estados e municípios. Vamos garantir ainda a estruturação de um sistema de transporte sanitário para a locomoção adequada e segura dos pacientes aos serviços especializados.

O governo Haddad investirá na implantação do prontuário eletrônico de forma universal e no aperfeiçoamento da governança da saúde. Estimulará ainda a inovação na saúde, ampliando a aplicação da internet e de aplicativos na promoção, prevenção, diagnóstico e educação em saúde. São essas ações articuladas e integradas que garantirão acesso à saúde e qualidade de vida.

Fonte: Saúde como um direito fundamental. Programa de Governo 2019-2022. Coligação O povo feliz de novo. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/csbh/programas-de-governo/>>. Acervo CSBH/FPA.