

SAÚDE NO BRASIL - 2001

GILSON CARVALHO

1. INTRODUÇÃO

Já há quase duas décadas venho fazendo análises conjunturais da saúde no Brasil. Nenhum trabalho sistemático ou acadêmico. Apenas e principalmente, a necessidade de ler a realidade para tomar minhas posições como cidadão, como trabalhador de saúde, como gestor que fui e como força auxiliar assessorando municípios, estados e conselhos de saúde Brasil afora.

Utilizei-me de várias formas assistemáticas mas, sempre, dentro da concepção de ver o Brasil como um todo e, dentro dele, a saúde do povo brasileiro através dos indicadores de saúde e do sistema de saúde.

Na parte final aproveitei-me de textos escritos anteriormente e aqui introduzidos dada a sua contínua atualidade. Assim podemos ter um apanhado de vários temas discutidos no decorrer destes últimos anos. Trata-se da versão 2001 de análise estrutural-conjuntural da saúde.

Sou sempre propositivo pois acredito em mudanças e aposto no dia, que ainda virá, em que o direito à saúde será uma realidade para a maioria do brasileiros.

2. SOBREVENDO A REALIDADE POLÍTICA E SOCIAL DO BRASIL

Vou tentar fazer uma análise de conjuntura Brasil bem diferente. Nada direi de minha boca, ainda que a busca das notícias e comentários seja fruto da leitura com meus olhos. Selecionei notícias da mídia escrita que circularam nos últimos dias.

GLOBALIZAÇÃO E NEOLIBERALISMO

“O neoliberalismo não é novo nem liberal. É uma versão da teoria de livre mercado – esta via de mão dupla responsável pela divisão Primeiro Mundo versus Terceiro Mundo. O mercado pune os fracos e indefesos, enquanto os ricos e poderosos se abrigam sob a proteção do estado mínimo. Os países ricos entram no livre mercado com vantagem na certeza de que o campo de batalha está inclinado a seu favor. Globalização é usada hoje num sentido propagandístico: refere-se a uma forma específica de integração internacional, planejada de acordo com os interesses de investidores e instituições financeiras com desastrosas conseqüências para as populações secundárias. Neste sentido é uma ameaça à democracia. Ao invés de significar integração e partilha, virou sinônimo de hegemonia e opressão. É a verdade dos beneficiários de qualquer sistema opressor.” Noam Chomsky Linguísta Americano - época – Ano III – 141

“Tudo parece natural. Há miséria na África e nela há famílias que vendem seus filhos. Assim como a globalização do Renascimento devolveu a escravidão ao Ocidente, a de hoje (globalização) com a banca global e um novo conceito de

mão-de-obra, dá ao mundo os "cidadãos descartáveis". Élio Gasperi – FSP – 18-4-2001.

"A democracia contemporânea coexiste intimamente com o capitalismo. O capitalismo se movimenta e se reproduz sobretudo por meio de lucros que os empresários realizam e reinvestem. Estes reinvestimentos legitimam a dominação social dos capitalistas... há aproximadamente duas décadas se acelerou a globalização. Ela inclui o importante peso de um capital financeiro que pode entrar ou sair rapidamente dos países. Isto criou, mesmo nos países mais poderosos, importantes restrições em sua políticas macroeconômicas (que devem levar em conta a volatilidade do capital financeiro), os levou a induzir suas empresas e exportar cada vez mais e a reduzir o tamanho do Estado (coisa que muitos poucos fizeram) e reinventa-lo como entidade menos ampla em suas atribuições porém mais ativa e eficaz em suas intervenções.

Sobre a crise Argentina de março-abril de 2001:”O capital financeiro que se impôs na Argentina tem administradores, ideólogos e propagandistas muito bem remunerados. Mas não tem nem pode ter aliados sociais.” Guillermo O. Donnel – Cientista Social Argentino – FSP – MAIS – 15-4-2001

"O modelo de liberalização e de abertura não foi seguido pelos países desenvolvidos, pelo menos não totalmente. O modelo foi exportado para os incautos da periferia e comprado avidamente por alguns trouxas da América Latina. Os países desenvolvidos continuam praticando políticas comerciais defensivas, protecionismo, promovendo suas exportações agressivamente." Paulo Nogueira Batista Jr. – Jornal do Comércio de 26-3-2001

"Devemos estar vigilantes para que a globalização seja civilizada, harmonizada, regulada. É necessário que haja regras dentro de nossas duas sociedades". Lionel Jospin – 1.ministro da França – FSP 8-4-2001

No noticiário da CNN do dia 23/3/2001 – a 1:35 onde se veiculava a crise econômica nos EEUUA com o anúncio de redução de 15% da mão de obra da Procter e Gamble e outra grande empresa americana : **CHEGA AO FIM A ERA DO MERCADO QUE FOI BOA PARA O PERÍODO DE BONANÇA E CRESCIMENTO ECONÔMICO. FAZ-SE CRÍTICA (a este período) NÃO APENAS DO PONTO DE VISTA MORAL, MAS DO ECONÔMICO".**

BRASIL E USA

"O Brasil está sendo negligenciado pelos Estados Unidos. Não há mais interesse norte-americano em construir uma relação objetiva, saudável e duradoura com o Brasil" Albert Fishlow, economista americano especialista em América Latina – FSP 18-2-2001

O BRASIL NO RANKING MUNDIAL

"O Brasil que atrai e incomoda os ricos. O Brasil no ranking mundial. O país é o quinto maior mercado consumidor do planeta e tem os seguintes títulos: 1º

produtor e exportador de suco de laranja, café e açúcar; 2º produtor e exportador de soja, receptor de investimentos externos produtivos entre os países em desenvolvimento, consumidor de jatos executivos, helicópteros, analgésicos, celulares e fax; 3º consumidor de motos e refrigerantes; 4º consumidor de geladeiras e freezers, fabricante de aviões comerciais; 5º consumidor de cds e produtor de leite; 7º em número de veículos em circulação e exportador de calçados; 8º em número de cartão de créditos; 9º produtor de carros.” Conselho de Relações Exteriores – USA - Veja 1688

BALANÇO 2000

Alguns sinais de melhora: desemprego, segundo IBGE já esteve em 8,3% em 1998 e caiu a 7,9% em 2000... não perder de vista que em 1994 esteve a pouco mais que 5%; as taxas de juros que beiravam os 30% em dez de 94 chegam a dez de 2000 em 5%; a inadimplência esteve a mais de 12% em 1998 recuou a 5,8%, padrão de 1994 (ACSP); o volume de empréstimo pessoal dobrou no último ano; ampliaram-se os prazos de pagamento; as vendas das indústrias cresceram no ano de 2000 (de menos 2% em 98 a 6,5% em 2000) ; os empresários estão mais confiantes (índice 64/100). O PIB que crescia 6% em 1994 veio quase a zero em 1998 e chegou a praticamente 4 em 2000. Dados de VEJA - 1678

A AGROPECUÁRIA BRASILEIRA

“Agropecuária Brasileira: produção =12% do PIB; valor da produção 30%; 1% dos proprietários detem cerca de 46% das terras; dos 400 milhões de hectares titulados como propriedade privada, apenas 60 milhões de hectares são utilizados como lavoura; 100 milhões de hectares ociosas; 32 milhões de pessoas que passam fome todos os dias e 65 milhões que se alimentam aquém das necessidades; estabelecimentos inferiores a 100 há respondem por 47% do valor total da produção agropecuária com 22,2 bi de reais (entre 100 e 1000 há: 32% - 15,4 bi – entre 1000 e 10000 ha, 4% e 1,7 bi de reais – acima de 10000 ha , 4% com 1,7 bi de reais); emprego no campo em 1985 24 milhões de pessoas, em 1996 menos 23% empregando cerca de 18 milhões de pessoas; estabelecimentos com menos de 100 há emprega 80% do pessoal (menos de 10 há ocupam 40,7% das pessoas)” IBGE – Censo Agropecuário 1996

ANÁLISE DO BRASIL PELA BOCA DE DIVERSOS ATORES

“Maioria acha que Brasil está melhorando. Empresários e políticos ressaltam estabilidade como ponto positivo, mas cobram melhorias na área social”FSP 19-2-2001

“o Brasil está piorando. Enquanto o Governo Federal seguir esta ordem econômica injusta e de exclusão social. Pioramos em relação a 1994. “Itamar Franco –Ex-Presidente e Governador de Minas - FSP – 19-2-2001

“o Brasil está melhorando e piorando. Piorando socialmente e politicamente, porque a corrupção não tem sido detida, mas o país melhora. Tem condições de ter um desenvolvimento auto-sustentável, mas precisa distribuir renda.” José Dirceu – Presidente do PT FSP 19-2-2001

“O Brasil está melhor. Vive seu melhor momento desde os anos 30 com estabilidade econômica e Política “- José Serra – Ministro da Saúde – FSP-19-2-2001

“O Brasil está melhorando. Os indicadores econômicos mostram isso e os investimentos na área social devem acelerar a melhora” Jader Barbalho – Presidente do Senado e do Congresso Nacional – FSP 19-2-2001

“Em alguns aspectos está melhorando. É preciso ter um sentido de muito maior urgência para os objetivos de erradicação da pobreza.” Eduardo Suplicy – Senador pelo PT – FSP 19-2-01

“O Brasil vem melhorando consistentemente nos últimos anos. Mas ainda há muita coisa para se fazer nas áreas de saúde, educação e para dar uma vida decente às pessoas” Riger Agnelli – Empresário – Presidente do Conselho da Vale do Rio Doce e do Bradespar - 19-2-01

ECONOMIA BRASIL

“Acelerar demais a economia pode levar a uma derrapagem, uma colisão, uma ressaca que nós temos de evitar” Armínio Fraga – FSP 18-2-01

“A abertura selvagem da economia não é uma proposta que possa ser levada a sério. Defendo sim uma determinada trajetória de abertura compatível com as negociações em andamento. ... A produtividade do Brasil na década de 80, menos de 0,8%; na de 90, mais 0,9%. Agora mais 1,5%. Comparando esta década que se inicia com a de 80, há um diferença de menos 0,8 para mais 1,5% ou seja 2,3% do PIB a mais por ano, só de produtividade. É um espetáculo.” Armínio Fraga – FSP 18-2-01

“Ao contrário do que afirma o presidente, o crescimento da economia brasileira continua muito mais lento do que foi nos anos setenta e não custa lembrar o quanto aquele crescimento mais rápido era criticado, com razões de sobra, pelos opositores da ditadura.” ... “Ao constatarmos que a economia cresceu muito mais depressa nos anos 70 do que no ano passado não pretendemos é claro, reabilitar a política econômica da ditadura militar. Como se sabe, enquanto a economia crescia , a desigualdade aumentava, a soberania nacional era solapada pelo endividamento externo e assim por diante.” “O presidente ao eleger os anos 70 como parâmetro positivo de comparação, insinua uma legitimação daquela experiência autoritária” Jurandyr O Negrão – Correio da Cidadania – 3-3-01 - 234

DISTRIBUIÇÃO DE RENDA

“Riqueza não beneficia o social em 50 cidades de São Paulo. A riqueza não beneficia a área social em três grupos de cidades: as com condomínios de alta renda, os pólos turísticos e os núcleos industriais” FSP 18-2-01

“A diferença entre o PT e a direita não deve estar na economia mas no social e no ético. Temos 1 trilhão de PIB, 300 bilhões de receita total e 30 bilhões de receita do setor público. Há recursos para fazermos um programa de erradicação da pobreza em 10, 15 anos, quando os pequenos de hoje ficarem grandes. Não é preciso esperar mais crescimento econômico para erradicar a pobreza. Basta usar bem o que já existe.” Cristóvão Buarque – Isto é 1639

FHC, PSDB E ALIANÇAS

“A menos que confessem que escolheram aliados e candidatos errados a vida inteira FHC e o PSDB terão que admitir que fazem alianças por puro oportunismo, o que pode ser tudo menos exemplo ético”. Clóvis Rossi – FSP 18-2-01

PRIVATIZAÇÃO

“As privatizações têm simbolizado a dilapidação do patrimônio público e ficarão como exemplo definitivo da imoralidade governamental; a entrega do sistema bancário e da indústria eficiente às multinacionais configura a entrega da economia brasileira ao domínio do capital estrangeiro; mas talvez nada venha a ser considerado mais inviabilizante do futuro nacional do que a destruição a que estão submetidos o serviço público qualificado no executivo e o ensino universitário. É o futuro nacional igualado ao futuro de um condenado à prisão perpétua.” Jânio de Freitas – FSP 17-12-2000

“O governo vende estatais mas ainda manda. Depois de 10 anos de privatização o Governo ainda continua lá. Existem 123 companhias cujo destino é decidido direta ou indiretamente pelo governo. O Governo vende muito, mas ainda investe muito. O setor público participa com quase 24% da produção de riquezas do país” FSP 18-2-01

AS ELEIÇÕES NO SENADO E NA CÂMARA

“Com o apoio dos tucanos de FHC, o paraense Jader Barbalho foi escolhido presidente do Senado recebendo 41 votos dos 81 integrantes da Casa. No caso do Senador Jader Barbalho, que nunca conseguiu dar uma mísera explicação para a formidável fortuna de 30 milhões de reais que amealhou, o que espanta não é sua calma distância do trato com as denúncias. O que chama a atenção é a maneira impassível,olímpica com que os senadores da República passaram por cima das suspeitas levantadas contra o paraense para transforma-lo no primeiro entre os pares. “ Veja - 1688

“Enfim, fica subentendido que o país tolera ladrões, bandoleiros ou caluniadores

entre suas maiores autoridades” Vinicius Torres Freire – FSP 19-2-2001 a propósito de afirmativas de ACM

“As vísceras do governo FHC, mais uma vez estão expostas à visitação pública. O espetáculo, nada edificante, foi propiciado pela disputa, travada no interior da base governista, pela presidência da Câmara e do Senado. A julgar pelo conteúdo dos grampos, livros, vídeos e da troca de acusações entre os governistas, falou mais alto, tal qual na comprovada compra de votos pela reeleição, aquilo que os fenícios inventaram e que Marx chamava de “poder social materializado”. Um horror sem tamanho, mas nada de novo.” Milton Temer – Deputado pelo PT – Correio de Cidadania – 232

O ESCÂNDALO DA VIOLAÇÃO DO PAINEL DE VOTAÇÃO DO SENADO

“Senadores acusados (ACM e José Roberto Arruda) de violar votação: Laudo da Unicamp e pelo menos dois depoimentos confirmam a violação no painel eletrônico do Senado para quebrar o sigilo da votação que resultou na cassação do senador Luiz Estevão.”FSP 18-4-2001

“Senador José Roberto Arruda admitiu que mentiu no último dia 18: Assumo publicamente minha parcela de responsabilidade... quando recebi o envelope eu o abri. Lá estava a lista de violação. Eu li. (...) Guardei a lista no envelope e, em seguida, fui a gabinete do presidente do senado ACM. S. Excia. Olhou com atenção; conferiu voto a voto, e juntos fizemos alguns comentários” FSP 24-4-2001

“ACM diz que mentiu, mas culpa Arruda e Regina pela fraude. Senador admite que viu a lista dos votos, mas diz te-la rasgado.” FSP – 27-4-2001

DESVIOS DA SUDAM e SUDENE

“Fraude na SUDAM ultrapassa R\$1,7 bi. O desvio do TRT-SP é pouco menos de 10% do rombo de dinheiro público na superintendência.” Agência Folha – Brasília – 10-4-2001

“Rombo da Sudene chega a R\$2,2 bi e passa o da SUDAM em 500 milhões”FSP 25-4-2001

A CRISE DE ACM SOLTANDO A LINGUA

“Os dados que vocês (procuradores) receberam do Eduardo Jorge, estão incompletos. O que pega o Eduardo Jorge são os sigilos bancários de 1994 e 1998. Se pegar o Eduardo Jorge chega ao Presidente” ACM em Isto É – 1639

“Eu tenho a lista de todo mundo que votou a favor e contra Luiz Estevão.” ACM em Isto É referindo-se a uma “votação secreta” no Senado Federal.

“Com nota oficial em que exige lealdade dos políticos governistas, o presidente FHC rompeu ontem com o senador ACM”- FSP 24-02-2001

“Ninguém compra o meu silêncio. Não fui nem pretendo ser um modelo de bondade, mas vou lutar para ser um exemplo de honestidade para o povo. Que crime eu cometi? O de advertir o presidente que setores importantes de seu governo estavam e estão perigosa e altamente comprometidos com o esquema de corrupção? Afastar a diretoria do DNER e apressar o fim da Sudam – dois comprovados covis de corruptos apadrinhados... seria uma demonstração ainda que tímida..de que afinal o Presidente (FHC) havia começado a abrir os olhos para o lodaçal que o cerca.” “Os ladrões ... não deixam de dar demonstrações de força, nas prisões e... inclusive no Congresso Nacional” ACM – FSP 4-3-2001

CLIENTELISMO DO LEGISLATIVO

“Em São José dos Campos – SP , 500 mil habitantes, o assistencialismo é a marca dos 47 dias de mandato dos 21 vereadores. Até ontem foram atendidos pelo menos 22,2 mil habitantes da cidade. Cada gabinete recebe em média 30 pessoas por dia. Os pedidos pessoais são 95% das solicitações. O que se pode conseguir na Câmara: cópias de currículos, encaminhamento de currículo para empresas, viagens para S.Paulo,Campinas,Bauru para realização de consultas ou exames médicos; fornecimento de remédios, agilização de consultas médicas, liberação de corpo no IML, materiais de construção, assessoria jurídica gratuita, roupas, móveis. Existem especialidades de cada gabinete. “FSF - Folha Vale – 18-2-01

BRASIL E A MISÉRIA DE 24 MILHÕES

O Brasil tem segundo o IBGE 24 milhões de miseráveis (para o IPEA já foram 32 milhões, mudaram as estatísticas com metodologias diferentes ou diminuíram os miseráveis?!!!!) diante deste, números alguns comentários: “Todos nós temos obrigação. Não adianta jogar a culpa nos outros”. Antônio Ermírio de Moraes; “Quando a população se conscientizar de que o trabalho conjunto é importante, teremos condições de erradicar a pobreza” Julio Neves – Presidente do MAM; “Já há muita consciência” Cosette Alves – Cinemateca Brasileira; “O Brasil é um país rico. Reduzir a miséria é uma obrigação” Roger Agnelli – Presidente da Vale e do Brad1espar; “Claro que a miséria tem solução. Precisa haver mais ousadia, coragem e determinação.”Marta Suplicy – Prefeita de São Paulo; “A miséria tem solução, mas a longo prazo” Pedro Parente – Ministro do Planejamento; O Brasil pode acabar com a miséria pois tem massa crítica para isso” Ciro Gomes – ex Governador do Ceará e ex Ministro da Fazenda; “Não acredito que o Governo vá resolver (a miséria). São os empresários que podem gerar desenvolvimento e crescimento.”Jorge Paulo Lemann – GP Investimentos; (Importância da atuação do governo) “Basta que o governo abandone a defesa de uma ordem atrelada aos interesses internacionais” Itamar Franco – Ex-presidente da República e Governador de Minas Gerais. “Basta mudar o modelo econômico e dar um choque na distribuição de renda, de educação e da cultura no país” José Dirceu – Presidente do PT; “O Brasil já melhorou o problema básico da concentração de renda “ Tasso Jereissati – Governador do Ceará; “Somos um país rico, depende

de nós, agora, distribuir a renda.” Fernando Xavier Ferreira – Presidente da Telefônica. FSP 19-2-01

“Agora é tudo pelo social. A dois anos do fim , o governo aposta todas as fichas na mudança de imagem. Até seus simpatizantes admitem que nem só de equilíbrio monetário vive o povo de uma nação.” Veja 1689

“O desempenho dos principais programas sociais do governo federal não corresponde à ênfase na área social que o Presidente Fernando Henrique Cardoso quer imprimir nos 22 meses que restam até o final do segundo mandato no Planalto. Da lista dos 54 programas estratégicos definida pelo governo em fevereiro, dois programas sociais gastaram menos de 50% do previsto em 2000: saneamento e vida (17%) energia em pequenas comunidades (49%); tres outros menos que 60% : “nosso bairro” , “morar melhor” e “saneamento básico” do Ministério da Saúde”. Silvia Mugnatto – FSP – 4-3-2001

A CRISE MORAL: CORRUPÇÃO

“Só o extermínio da corrupção permitirá que se solucionem os problemas que mantêm o Brasil amarrado .a às desigualdades sociais e regionais,à falta de emprego, de saúde, de educação, de saneamento e de futuro.... Em 2000 um estudo econômico estimou em R\$6 bi a quantidade de dinheiro público desviado pela corrupção a cada ano. ... Os grandes furtados são os assalariados, os aposentados, os que menos têm: os maiores pagadores de impostos no Brasil, os únicos que, mesmo que o desejassem não teriam como sonega-los. O dinheiro para solução dos problemas existe, mas é furtado nas obras, nas terceirizações, compras, contratos, financiamentos privilegiados, subsídios injustificáveis, no acobertamento de muitas formas de sonegação e tanto mais. É o oceano de dinheiro da corrupção movimentado entre quem se beneficia e quem facilita. A permanência das desigualdades regionais e pessoais, a falta de saúde, educação, emprego e suas conseqüências – a favelização, a violência urbana, a péssima qualidade de vida nos centros urbanos – são frutos da corrupção. São a obra dos corruptos: os pagadores, os recebedores e os seus protetores.”Jânio de Freitas – FSP 4-3-2001

PEDÁGIO DE PROTEÇÃO PAGO AO MUNDO DO CRIME

“Empresas e tráfico selam “acordo de paz”. Empresas nacionais, públicas e privadas, e multinacionais fazem “acordos de paz” com o tráfico no Rio de Janeiro para assegurar a sobrevivência do negócio e de seus funcionários. Empresários com negócios próximos à favelas do Rio se vêem obrigados a se “acertarem” com os traficantes. Empreiteira até paga “contribuição”. “FSP 18-2-01

PCC - A REVOLTA DOS PRESIDÁRIOS

“Impunidade: de cada 100 assassinos, ladrões e estupradores a polícia prende 24, a justiça condena 5 e só um cumpre pena até o fim” Veja 1686

“Dados: presos: 230 mil; capacidade: 170 mil; custo para completar vagas: 600 milhões; população carcerária dobra a cada 5 anos; taxa de homicídios dentro da cadeia: 1000 por 100.000 – quatro vezes mais que nas regiões mais violentas do mundo; dinheiro gasto por ano: 2 bilhões de reais; dinheiro necessário para sair da crise 4 bilhões de reais.” Veja 1689

“O crime controla a cadeia” Época ano III nº 145

“24 presídios se rebelam em São Paulo. Mais de 25 mil presos se rebelaram simultaneamente. Motivo: transferência de nove presos acusados de liderar o grupo Primeiro Comando da Capital, de São Paulo para Taubaté.” - FSP – 19-2-01

A VIOLÊNCIA NOSSA DE CADA DIA

“A violência no Brasil nos últimos 10 anos matou 350 mil pessoas, mais que a guerra do Timor e de Kosovo juntas “ Ib Teixeira – FGV

“O custo desta violência segundo o BID é de 84 bilhões ao ano ou 10,5% do PIB.” Folha de São Paulo, 25-02-2001. (Comentando: 4 vezes tudo que o Ministério da Saúde gasta por ano com a saúde do povo brasileiro: GC)

Não escapei. Tive filho e nora seqüestrados; filho, apenas uma criança, roubada a bicicleta, por duas vezes, sob arma de marmanjo; sobrinha, agregada à família, assaltada por duas vezes; vários furtos de carro, acessórios, documentos, cheques. Vizinhos, parentes e amigos (que o digam Nelsão, Lenir e outros) já assaltados ou roubados.

Dia destes foi a nossa vez de forma mais violenta. Fomos assaltados dentro de casa, com oito familiares presentes, sob ameaça de duas pistolas, uma delas em minha nuca, baixo os berros dos assaltantes constantemente ameaçando de morte a todos. Levaram: carro e outros objetos de valor, documentos, cartões de crédito, cheques. Ficou o medo, o pavor, a fragilidade, a impotência. Fomos batizados, no batismo de fogo dos cidadãos brasileiros. (Uma das escrivãs de polícia que nos atendeu disse que ela e o marido já tinham sido assaltados três vezes! Assaltaram, neste meio tempo, a delegacia de entorpecentes recém instalada a duas quadras de casa!).Nós, mais algumas das vítimas da violência que caracteriza nossa guerra urbana que, segundo notícia acima, já fez 350 mil vítimas nos dez últimos anos, mais que Timor e Kosovo juntos!

Violência por violência ficamos chocados com a violência em que a vítima tem nome e endereço, somos nós ou é nosso parente, amigo, colega de trabalho, conhecidos de vista ou da mídia. Esta choca mais. Mas, tenho certeza, a violência que mais nos vitima socialmente é a anônima que atinge muito mais gente de uma só vez. Mas, gente desconhecida, inominada. A violência nem sempre física, mas de conseqüências muitas vezes físicas e o mais das vezes morais. Muitas vezes não identificadas, não indiciados seus autores, não estabelecido nexos causal. Conseqüentemente, reféns de nossa ignorância, não nos mobilizamos para coibi-la.

Violência do desvio doloso e culposo de dinheiro público feita por burocratas, políticos e pela iniciativa privada. Iniciativa privada sempre de braço dado com o poder público para surrupiar o do mais necessitado (estradas, obras, remédios, merenda escolar, informações privilegiadas, leite, hospitais e postos de saúde, inseticidas, ajuda ao setor bancário, financiamentos subsidiados – Sudam , Sudene e outros etc. etc.) Violência das políticas governamentais privilegiadoras do capital, dos investimentos que geram recursos para as campanhas políticas e desprivilegiam o social. Violência dos bancos que exorbitam em seus lucros quanto mais a população é deles dependente. Violência de maus empresários nacionais e internacionais (muitas vezes capitaneados e assessorados por brasileiros) que superfaturam a matéria prima, sonegam impostos, têm caixa dois, falsificam produtos, exorbitam no preço mesmo sendo de produtos imprescindíveis como os medicamentos. Violência dos maus profissionais liberais e de serviços que oferecem descontos para não darem notas e recibos e conseqüentemente sonegarem impostos. Violência dos educadores que reduzem sua ação à informação e negligenciam a formação. Violência dos jovens, os que conseguem ir à escola e não a aproveitam para seu aprimoramento próprio e ajuda ao crescimento do coletivo. Violência do trabalhador que tem emprego, salário e não cumpre suas obrigações de horário, produção e relacionamento humano com a clientela; alguns se esquecem da luta coletiva para que o emprego exista para todos. Quanto mata esta arma tão inocente que é uma caneta, um telefone, um dedinho no teclado de um micro??? São armas poderosas. Mal usadas se tornam assassinas biológicas! (Biológicas enquanto matam seres humanos!).

Analistas sociais dizem que a base de tudo é educação, oportunidade de trabalho e direito a sobrevivência digna com os mínimos sociais. Situação melhor negada pela má distribuição de rendas geradora da desigualdade social injusta. Outros já estão se “escudando” na afirmativa que esta análise acima tem servido de “escudo” para que se aumente a criminalidade!

Sou vítima, inteiramente traumatizada junto com toda a minha família, mas continuo convicto que a injustiça social, a desigualdade desde a gravidez e parto, até à comida, habitação, educação, saúde, emprego, salário e demais, juntamente com a falta de valores da nossa elite política-empresarial-financeira-burocrática é causa determinante deste estado de guerra civil urbana em que estamos metidos . A cada dia, mais profundamente.

.....
É NESTE BRASIL VIOLENTO, PAÍS DE TODOS NÓS, ONDE VIVEMOS E ONDE SE TEM QUE GARANTIR QUE TODOS TENHAM ACESSO AO TRABALHO, SALÁRIO DIGNO, HABITAÇÃO, ALIMENTAÇÃO, TRANSPORTE, EDUCAÇÃO... E À SAÚDE PARA SOBREVIVERMOS E MUDARMOS ESTA REALIDADE.

3. BRASIL EM DADOS: ECONÔMICOS, SOCIAIS, POPULACIONAIS, DO NASCER, ADOECER E MORRER e DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

PIB PER CAPITA - rateia tudo que se produziu no Brasil no ano de 2000 pela população = R\$ 4958,42 (1996) em 2001 está por volta de R\$6.000 o que em dólares significa em maio de 2001 = US 2.700/PC.

RAZÃO DE RENDA – significa o número de vezes que a renda dos 20% ,mais ricos supera a dos 20% mais pobres – Brasil: 18,93 ; Norte: 16,06; Nordeste: 19,30; Sudeste: 18,49; Sul: 16,57; Centro-Oeste: 19,05 ; Roraima: 9,73; Maranhão: 26,39; Brasília: 26,07 – IPEA-PNAD -1997

TAXA DE POBREZA – percentual da população em estado de pobreza (um pouco acima da linha de miséria que é de menos de 2 reais por dia (US\$ 30 ao mês) Brasil: 28,40 %; Norte: 34,49 %; Nordeste: 52,19%; Sudeste:16%; Sul: 19,07; Centro-Oeste:22,59; Grande São Paulo: 9,36%; Maranhão: 64,20% - IPEA-PNAD – 1997 obs: Maranhão com a maior diferença entre os mais ricos e os mais pobres e o maior percentual de pobreza.

DESIGUALDADE SOCIAL: 1% entre os mais ricos ficam com 13,1% de toda a renda; 0 1% mais rico tem renda igual aos 50% mais pobres; a renda média dos 10% mais ricos de Brasília (4.427,86 por mês) é 55,8 vezes a média de renda dos 40% mais pobres da população nordestina; Brasil: 31,2% das famílias com crianças de 0-6 anos vivem com menos de 1 sm per capita = 4 milhões de famílias (Maranhão: 63,9%); no grupo dos 20% mais ricos, nove em cada 10 crianças entre 4 e 6 anos está na escola; no grupo dos 20% mais pobres, apenas 5 em cada dez crianças de 4 a 6 anos está na escola. IBGE – Indicadores Sociais 2000.

NÍVEL DE ESCOLARIDADE – a população com mais de oito anos de estudo é de 38.044.618 ou seja 30% da população ou 70% restante tiveram menos de oito anos de estudo e ainda 19 milhões (15%) com menos de 1 ano de estudo; no NE temos 28% da população com menos de 1 ano de estudo. IBGE-PNAD – 1997

ANALFABETISMO = EM 1992 o analfabetismo em pessoas de 15 anos ou mais era de 17,2% e em 1999 caiu para 13,3% . Síntese de Indicadores Sociais 2000 (década=90) – PNAD-IBGE

ANALFABETISMO FUNCIONAL – considera-se analfabeto funcional aquele que tem menos que quatro anos de estudo caiu entre 1992 de 36,9% da população para 29,4%. 79% entre os homens da área rural do Piauí e 14,4% entre as mnlheres da área urbana de Brasília. Síntese de Indicadores Sociais 2000 (década=90) – PNAD-IBGE

ANOS DE ESTUDO – a média de anos de estudos que em 1992 era de 5,7 anos subiu em 199 para 6,6 anos

TAXA DE DESEMPREGO – percentual da população economicamente ativa , desocupada (população entre 15 anos e 60 anos) – Brasil: 7,8% com o maior índice no Norte: 10,2%, seguido pelo SE com 9,0%, sendo a menor na Sul com 6,5% - IBGE-PNAD 1997

TRABALHO INFANTIL - o indicador é o percentual de crianças entre 10-14 anos que estão inseridas na força de trabalho. Em 1997, de uma população entre 10 e 14 anos, de 17.800.942 tivemos no Brasil 16,7% trabalhando (3 milhões de crianças!) NE 24%, SUL 18,7%, CO 15,7%, NO 14,5% (no Maranhão o percentual de menores trabalhando é de 37,7%). IBGE-PNAD -1997

QUANTOS SOMOS EM 2001? Somos ao todo, segundo o IBGE, 168.288.748 brasileiros. É uma estimativa em cima do último censo. Os menores de 1 ano são 3.342.195 e a população criança-adolescente, entre 10 e 14 anos é de 18.762.343. Esta população está assim distribuída pelas regiões: Norte com 7,82%; Nordeste com 28,08%; Sudeste com 45,58%; Sul com 14,88%; Centro-Oeste com 6,94%.

ÓBITOS POR ANO: em 1998 o número de óbitos Brasil foi de 929.028. Sistema de informação de Mortalidade SIM

NASCIDOS VIVOS: em 1998 nasceram oficialmente 3.144.547 crianças – oficialmente registradas. MS – CENEPI – SINASC – 1998

A DISCRIMINAÇÃO NA POPULAÇÃO – em 1999 o maior índice de analfabetismo é da população negra com 21,0% e que somada à parda com 19,6% daria 39,6% da população analfabeta; a menor renda em salários mínimos também fica com a população negra (2,43 SM) e parda (2,54 SM), ainda que dados melhores que em 1992 cuja média era de 1,95 sm. A ocupação dos pretos é principalmente a de empregados, empregados domésticos e de trabalhador por conta própria. É o menor índice de empregadores: 1,1%. Síntese de Indicadores Sociais 2000 (década=90) – PNAD-IBGE

TAMANHO DA FAMÍLIA – em 1992 o tamanho médio da família brasileira era de 4,5 pessoas e em 1999 passou a 3,4 pessoas; as pessoas que vivem só, de casal sem filhos e de mulheres sem esposo e com filhos cresceu: em 1992 59,4% da população era composto de casal com filhos, em 1999 passou a 55%. Síntese de Indicadores Sociais 2000 (década=90) – PNAD-IBGE

IDADE DAS MÃES DE RECÉM-NASCIDOS: em 1998, 54% das mães que deram à luz nascidos vivos tinham menos de 24 anos, 22,32% com idade entre 15 e 19 anos (701.862 mães). Foram 27.205 as mães meninas com idade entre 10 e 14 anos. MS – CENEPI – SINASC - 1998

CESARIANAS: A taxa de cesarianas realizadas dentro do SUS foi em 1998 de 38,5%. MS – CENEPI – SINASC – 1998

CONSULTAS DE PRÉ-NATAL – apenas 43% das gestantes tiveram mais de seis consultas de pré-natal; 6,2% não tiveram nenhuma consulta; 30% abaixo de 3 consultas. MS – CENEPI – SINASC – 1998

A MORTALIDADE INFANTIL, REGIÃO BRASILEIRA E ESCOLARIDADE MATERNA – 124,7 por mil é a chance de uma criança no nordeste morrer antes dos cinco anos se tiver uma mãe com até quatro anos de estudo; 18,5 por mil é a chance de uma criança do Sul morrer antes dos cinco anos se tiver uma mãe com mais de oito anos de estudo. Síntese de Indicadores Sociais 2000 – PNAD-IBGE – década de 90

MORTALIDADE INFANTIL – número de crianças que morrem antes de completar um ano de vida por cada mil nascidos vivos: em 1992 era para o Brasil como um todo: 44,3 / 1000 e em 1999 caiu para 34,5 / 1000 (RS 18,4 / 1000 nv; Alagoas 66,1% / 1000. Foram 111 mil crianças menores de 1 ano as que morreram em 1999. PNAD-IBGE – Síntese de indicadores Sociais 2000

TAXA DE INCIDÊNCIA DE ACIDENTES DE TRABALHO DE TRAJETO – estes são os acidentes entre o vir e o ir da casa ao trabalho e chegam em termos de Brasil a 2,24 por mil trabalhadores, sendo que Goiás tem o maior índice, 2,64 e no Maranhão temos o menor índice que é de 0,83 (sub-notificação?). MPAS – CGEA - 1997

TAXA DE INCIDÊNCIA DE ACIDENTES DE TRABALHO TÍPICOS – estes são os acidentes ocorridos no local de trabalho. O Brasil chega a ter uma taxa de 20,87 por 1000 trabalhadores, São Paulo com 27,68 e o Piauí com a menor delas 2,48 (sub-notificação?) – MPAS – CGEA – 1997

TAXA DE INCIDÊNCIA DE DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO - a taxa Brasil é de 22,01 por 10.000 trabalhadores, em Minas Gerais este número chega 49,92. O Piauí continua com a menor taxa, a de 1,05 (sub-notificação?). MPAS - CGEA – 1997

MORBIDADE HOSPITALAR PROPORCIONAL POR GRUPOS DE DOENÇAS – estes são os motivos de internação mais usuais dentro do SUS: gravidez parto e puerpério (26,42%); aparelho respiratório (17,32%); aparelho circulatório (9,71%); doenças infecciosas e parasitárias (7,96%); aparelho genito-urinário (6,43%); aparelho digestivo (7,08%); lesões e envenenamentos (5,90%); transtornos mentais (3,57%); neoplasias (2,97%) demais causas (12,64%). MS – DATASUS – SIH – 1997

A MORTALIDADE HOSPITALAR – este indicador é do percentual de óbitos para os casos internados. A média Brasil é de 2,54% sendo mais elevada em Sergipe com 3,37 e a menor na região norte com 1,28%. MS – DATASUS – SIH -2000

GASTO FAMILIAR COM SAÚDE – pesquisa do percentual do orçamento familiar gasto pelas famílias com saúde: em Porto Alegre 4,95%; São Paulo 5,78%; Recife 7,17%. IBGE-POF – 1996

SANEAMENTO BÁSICO – domicílios com saneamento – em 1992 50,3% e em 59,4% em 1999. Síntese de Indicadores Sociais 2000 (década=90) – PNAD-IBGE

SAÚDE BUCAL – ÍNDICE CPO-D AOS 12 ANOS – este índice corresponde ao número médio de dentes cariados, perdidos e obturados, por escolar examinado. Em 1996 este índice Brasil esteve em 3,06 e nas várias regiões brasileiras: NO 4,27; NE 2,88; SE 2,06; Sul 2,41; CO 2,85. A meta da OMS era chegarmos ao ano 2000 com o índice de 2 e alguns estados e cidades brasileiros já o conseguiram em 1996: Vitória (1,47); Sergipe (1,50); Salvador (1,52); Brasília (1,90). MS – COSAB – Inquérito amostral nas capitais – 1996

TAXA DE INCIDÊNCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS E ALGUMAS PREVENÍVEIS POR VACINAS – alguns destaques de incidência sabendo-se da questão de subnotificação, tanto pela falta de diagnóstico como pelo diagnóstico

não notificado. Os dados são de 1997 do CENEPI-MS . Malária quase 500 mil dados e incidência por 10.000 habitantes de 29; AIDS 20 casos e 1,25/10.000 hab; Hanseníase: 45 mil casos novos e incidência de 2,8 ; Dengue: 255 mil casos e incidência de 16/10.000 hab; Tuberculose : 83 mil com incidência de 5,3/10.000 hab. Chama a atenção a ocorrência de doenças evitáveis por imunização: sarampo: 53.664; tétano neonatal: 103; outras formas de tétano: 897; hepatite B:7621; difteria: 120; raiva: 25; coqueluche 1883.

TAXA DE PREVALÊNCIA DE DIABETES MELLITUS – diabetes é uma doença prevenível , de fácil diagnóstico e de tratamento acessível e a taxa de prevalência mostra o percentual de pessoas de determinada idade , aqui entre 30 e 69 anos, que desenvolveram a doença. O taxa Brasil é de 7,6% a mais elevada entre algumas capitais pesquisadas é S.Paulo com 9,66%, sendo Brasília a de menor taxa com 5,22%. MS – Estudo Multicêntrico sobre a prevalência do Diabetes do Brasil. 1988.

TAXA DE PREVALÊNCIA DE HANSENÍASE (LEPRA) – esta taxa mede o percentual da população que desenvolveu a doença e a medida é sobre a população geral. No Brasil é de 5,43 com maior prevalência nas regiões norte e nordeste e centro oeste chegando a 19,42 no Mato Grosso e ; 14,82 em Goiás e 15,35 no Tocantins e 17,39 no Amazonas , 16,42 em Roraima. A mais baixa taxa é a do Rio Grande do Sul com 0,53. MS – CENEPI - 1977

SERVIÇOS DE SAÚDE LIGADOS AO SUS – cerca de 56 mil unidades de saúde prestam serviços ao SUS; tanto a região SE como NE contam com cerca de 18 mil Unidades de Saúde (não se computa estatisticamente nem tamanho, nem complexidade de uma e outra). Os hospitais são cerca de 6.500 com 487 mil leitos. Os municípios gerenciam entre os seus e os contratados, 1868 hospitais com 206.332 leitos (média de 110 leitos por hospital) e os estados 279,726 leitos em 4.625 hospitais (média de 60 leitos por hospital). MS – DATASUS – SIH – 2000

A EVOLUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO PERÍODO 80-99

Os serviços de saúde públicos e privados triplicaram em número em duas décadas (80= 18.489; 99= 56.133). Os serviços públicos cresceram entre 10.045 e 32.962. Entre os públicos o crescimento maior foi do setor público municipal. Enquanto em 1980 os públicos predominantes eram os estaduais e federais (73%) em 1999 os municipais chegam a 30.404 (92%) de um total público de 32.962. mesmo em relação ao total público-privado os municipais foram os que mais cresceram neste período. Em 1980 os próprios municipais eram 14,6% do total público-privado, em 1999 chegam a 54% do total. Os estabelecimentos hospitalares municipais cresceram de 348 em 1980 a 1828 em 1999. Em 1980 representavam 5,7% do total e em 1999 , 23,4%. Os estabelecimentos de apoio diagnóstico e terapêutico municipais representam 76,4% dos estabelecimentos públicos totais. IBGE – MAS 80-92-99

A PRODUÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Aumento dos atendimentos: 1,760 bi de procedimentos (2000); (1,1 básicos e 0,7 não básicos); 320 mi de consultas; 2,6 mi de partos e 660 mil cesarianas; 12,5 mi

de internações; 50 mi de vacinas; 5,6 mi de hemodiálises; 21 mil transplantes; 2 mi de diárias de uti; 151 mil cirurgias cardíacas; 740 mil tomografias computadorizadas.

Introdução ou intensificação de programas : materno-infantil (pré-natal, partos, diminuição de cesarianas, várias maneiras de melhorar o acompanhamento de recém nascidos: diplomas, cartões, orientação); saúde mental: desospitalização.; saúde bucal expansão de cobertura com tratamento privilegiado dos escolares.

Evidente melhora da vigilância sanitária e epidemiológica com melhor controle de doenças: extensão de cobertura vacinal; erradicação da pólio; vacina antigripal (queda na morbimortalidade dos mais velhos); controle municipalista da cólera, dengue, aids e outras...

Recursos humanos: melhor remuneração de profissionais de saúde no âmbito municipal; maior participação, equipe multiprofissional, melhores programas de aprimoramento de pessoal.

Incorporação de novos procedimentos, medicamentos, órteses e próteses, qualidade do sangue;

Incremento do PACS e implantação do médico de família (6 mil equipes de PSF em 2 mil municípios; 120 mil ACS em 4 mil municípios)

Maior controle social: conselhos e conferências, reuniões de conselheiros.

Maior satisfação da população. As reclamações são maiores sobre a falta de serviços que dos serviços existentes e quem mais reclama é aquele que não usou os serviços de saúde do SUS. PNAD 98: 71,2% tem assistência à saúde e 28,8% não tem.

4. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS : UMA ANÁLISE SUCINTA DE SUA CONSTRUÇÃO RECENTE

MODELO ASSISTENCIAL E GERENCIAL

Continua a lentidão na visualização deste novo Modelo de Gerência/Gestão e de Assistência. A proposta SUS anda devagar. As mudanças positivas aparecem muito pouco à população em geral. A diversidade Brasil e sua continentalidade têm feito a implantação do novo um caminhar com morosidade. Experiências belíssimas de eficiência e eficácia na municipalização tem se multiplicado não obstante os recursos serem insuficientes, principalmente para aqueles que expandiram serviços e contrataram pessoas e/ou aprimoraram o trabalho de suas equipes. Tem vários municípios brasileiros mostrando que o SUS pode e deve dar certo. Muito de não sabermos a cada momento mapear estes municípios está na dificuldade de informação ágil mostrando estas inovações. Já existem algumas experiências publicadas e até um certame para sua premiação comandado pelo CONASEMS. O novo modelo de assistência deve quebrar com a dicotomia

histórica entre o sanitarismo campanhista e o assistencialismo do modelo inampiano. Investimento na integração entre a promoção, prevenção, assistência e reabilitação com ênfase na prevenção como manda a CF. (Ainda existem próceres reformistas de primeira hora que desqualificam com desculpas a assistência individual – “a monomania da importantíssima Assistência Médica Individual”. (primeiro a crítica: “monomania”, depois a envergonhada desculpa: “importantíssima”). Deve-se buscar o equilíbrio entre a demanda crescente de assistência, com todo seu apelo emocional e a necessidade de se investir em promoção e prevenção, medidas capazes de reverter o perfil epidemiológico. É um grande desafio onde nem sempre a população estará compreendendo e valorizando esta inversão do modelo, já que seu pensamento está voltado para a solução dos problemas individuais.

A discussão de modelo assistencial tem sido ou simplista ou complexa demais. Endeusado ou exorcizado. Somos de opinião que o modelo assistencial tenha na CF e na LOS seus princípios e diretrizes. Isto é único (enquanto estiver na CF). Para todo o Brasil. Daí para frente a operacionalização local e/ou regional e/ou estadual deste modelo terá a configuração adequada a cada lugar. É um macromodelo de princípios e vários micromodelos operacionais adequados à realidade. Uma grande espinha dorsal SUS, com ramificações com especificidade de resposta a realidades diferentes. Não à hegemonia do modelo único. Não ao não modelo do deixar acontecer.

RECURSOS HUMANOS NO SUS

A atividade de saúde é tipicamente artesanal. Nenhuma autoridade, hierarquia, de per si, poderá modificar o que o artesão está fazendo na ponta do sistema. Esta compreensão e a busca diuturna de solução para esta área é o maior dos desafios do sistema de saúde público e privado. Vários são os problemas em relação aos Recursos Humanos: formação, contrato de trabalho, condições de trabalho, salário, compromisso social e humanização do atendimento (Desumanização: um problema da sociedade como um todo e não apenas do pessoal da saúde, como querem reduzir) . Formação: há um grande descompasso entre a necessidade e a oferta , qualitativa e quantitativa de profissionais para atuarem no âmbito do SUS. A evolução dos conhecimentos e a velocidade com que tem ocorrido, estão a demandar do aparelho formador de todos os níveis e profissões de saúde uma agilidade não existente. De outro lado, tem restado aos serviços de saúde realizar este papel de “formador” e atualizador dos profissionais que necessita. Isto ou não tem ocorrido ou tem sido feito de maneira não adequada ao funcionamento dos serviços e às modernas técnicas instrucionais. (Existe um projeto de reformulação do Ensino Médico em uso em algumas faculdades de medicina como Marília, Londrina e outras. Promissor mas de implantação lenta.) Contrato de trabalho: CLT? Estatutário? Cooperativas? Código 7 ? Regulamentação da profissão de Agente de Saúde e sua contratação diretamente ou via associações, com ou sem concurso? Condições salariais e de trabalho: discussões antigas e uma defasagem cada vez maior. Ruim para todas as profissões de saúde e, em meio à desgraça, ainda há privilegiamento de uns sobre os outros, levando a que existam

profissões com maior defasagem salarial. Compromisso do Profissional e Humanização do atendimento: eis uma questão crucial e agravada a cada instante. Há um esgarçamento na relação entre os cidadãos que demandam os serviços de saúde , públicos e privados, e os profissionais de saúde. Desde o início se vêem como inimigos potenciais e contendores. Os profissionais de saúde, em especial os médicos, se sentem cada vez mais maltratados e desrespeitados pelos clientes. De outro lado os cidadãos a cada dia se sentem pior tratados no aspecto humano, pelos profissionais de saúde. As queixas se acumulam e, a maioria delas, refere-se à relação interpessoal . A desumanização da relação humana talvez seja das maiores queixas dos cidadãos. Os preceitos da antiga prática de não envolvimento do profissional de saúde com seus pacientes continua impávida e a bandeira tremula na quase totalidade dos serviços de saúde. A discussão ampla destas questões e medidas corretivas dos administradores e dos profissionais é urgente. Pacientes e profissionais de saúde devem sentar-se à mesa e buscar juntos a saída boa para as várias partes. O tripé, essencial em qualquer profissão. Na da saúde é imprescindível: formação técnica e humana, condições de salário e trabalho e o compromisso do profissional com a sociedade. Nos Recursos Humanos não só está o grande problema dos sistemas de saúde de hoje, como também lá está a mais importante das soluções capaz de mudar o sistema em sua essência que é a ação terminal (artesanal, interpessoal) junto ao paciente.

PAPEL DAS TRES ESFERAS DE GOVERNO

A Constituição Federal de início já comanda que as ações e serviços de saúde são de competência dos municípios com a cooperação técnica e financeira da União e dos Estados. Na lei orgânica da Saúde são colocadas as atribuições comuns das três esferas de governo. Estas novas atribuições e competências precisam ser introjetadas pelos gestores transitórios de cada esfera de governo da saúde. Novas competências representam novos papéis e novas estruturas físicas e funcionais capazes de desincumbir-se destas competências. Competências e papéis pré-constitucionais são incompatíveis com o SUS. Cada esfera de governo tem que saber o novo, o constitucional e saber que sua obrigação é assumir este novo, por mais que o queira renegar. Dividir as responsabilidades constitucionais. Regular, fiscalizar e controlar o público e o privado como nova função constitucional de saúde com relevância pública. Fazer no limite e cooperar técnica e financeiramente para que a esfera de governo municipal execute ações e serviços de saúde. Neste momento, mais uma vez o Ministério da saúde se sente plenipotenciário para decidir a descentralização de seu jeito, a seu modo, atropelando as demais esferas de governo considerando que descentralização é uma decisão unilateral e, tipicamente, um ato de vontade da esfera federal. Descumpre-se a CF e ficamos coniventemente quietos.

O exemplo mais recente desta incompreensão dos papéis é o que vem ocorrendo com o controle da dengue. De quem é a competência pelo fazer? Pelo orientar? Pelo financiar? Há quanto tempo esta questão está com o Ministério da Saúde e a quanto com os estados e municípios? Qual a saída para a epidemia: MS

acusando Estados e Municípios pela mídia (utilizando-se, inclusive de dados de 1999) ou uma associação sinérgica entre as três esferas de governo? O CONASS reagiu veementemente à divulgação feita pelo Ministério da Saúde da avaliação tendenciosa das Vigilâncias Epidemiológicas Estaduais (FSP 9 e 10/4/2001), para eximir sua responsabilidade pela crise. Isto é bem típico. Tudo que a FUNASA deixou de fazer nos últimos anos, por sucateamento proposital pela direção do MS, é que está repercutindo sobre o descontrole da epidemia. Isto é fruto da incompreensão prática do papel de cada esfera de governo e sua respectiva implementação.

COMISSÕES INTERGESTORES PÚBLICOS TRIPARTITE E BIPARTITES

Um dos avanços na compreensão destes novos papéis foi uma medida prática inscrita em portaria no pós constitucional imediato: a obrigatoriedade de que tomem lugar à mesa os gestores públicos consensuando caminhos para a implantação do SUS, co-responsabilidade das três esferas. Nas NOBs 93 e 96 fica reafirmado o papel da CIT e das CIBs. São foros de negociação e deliberação. Não é isto exatamente que temos assistido, nem no âmbito federal nem em vários estados. Nestes documentos legais explicitou-se o papel da Comissão Intergestores Tripartite e Bipartite. Deve-se frisar que as CIT e CIBs não substituem os Conselhos Nacional e Estaduais de Saúde, nem muito menos com estes concorrem. Suas decisões operativas de gestores devem obedecer às diretrizes aprovadas nos Conselhos. A submissão aos Conselhos é evidente na obrigatoriedade de apresentar a eles, periodicamente, relatório de suas atividades. Em situações explicitadas, deverão ter suas propostas e conclusões submetidas aos Conselhos. Isto ocorre em relação a exigências expressas na NOB-96 e outras relativas ao financiamento do SUS que, pelo Lei 8080, obrigatoriamente devem ser submetidas aos Conselhos. A autoridade da CIT e das CIBs nasce em resolução do Conselho e a ele deve satisfazer segundo os preceitos legais da 8080, 8142 e de portarias posteriores. Diante destes dispositivos legais parece estranho que comece a se defender, explícita ou sutilmente, uma postura de desautorização da CIT e de algumas CIBs. Não se trata de uma postura dos Conselhos, mas de gestores públicos que passam por cima das CIT e CIBs e até mesmo dos Conselhos, tomando decisões não pactuadas com as demais esferas de governo. Temos ouvido mais vezes a pérola político literária: "Governo tem que ser Governo". Com esta afirmação gostaríamos que entendêssemos que o Governo Federal e os Estaduais não têm nenhuma obrigação de discutir nada com ninguém. Decidem, publicam e ... cumpra-se. Não foi por menos que ouvimos: "Puxa, ninguém ainda se habilitou a isto ou aquilo! Já publicamos as portarias e ninguém perguntou nada, ninguém se mexeu!" O próprio Ministro Serra vive colocando que faltam recursos e canta a incompetência dos estados e municípios em gastar o existente. Municípios e Estados são mesmos uns incompetentes!!! A União, não. Ora, todos somos unânimes em saber que a implementação do SUS depende, como preceito Constitucional, da integração entre as três esferas de governo. Que vantagem se leva em determinar o que devem fazer as outras esferas de governo, sem antes ouvi-las? Saber quais as

dificuldades no seu cumprimento e implementação? Como governar sozinho quando quem vai ter que executar são as outras esferas de governo? Vamos saber gastar o tempo planejando juntos. Estabelecer solidariamente compromissos. Por melhores que sejam as idéias e propostas não se pode, afoitamente, delegá-las a outras esferas de governo, muito menos quem, na maioria das vezes não conseguiu fazer quando a responsabilidade legal era apenas sua. Vamos valorizar os fóruns de negociação dos gestores públicos tanto no âmbito nacional, a Comissão Intergestores Tripartite, como nos estados, através das Comissões Intergestores Bipartite. Vemos esvaziamento das CIT-CIBs, tutela das esferas federal sobre estados e municípios e, principalmente, dos estados sobre os municípios nas CIBs. O esvaziamento se dá no momento em que na CIT as pessoas que decidem pelo Ministério da Saúde não se fazem presentes, ou, quando o fazem, é segundo suas conveniências e no entra e sai das reuniões das CIT-CIBs característico da desimportância dada a estes fóruns.

DESCENTRALIZAÇÃO: MUNICIPALIZAÇÃO, DISTRITALIZAÇÃO, REGIONALIZAÇÃO, CONSÓRCIOS

A expressão maior da descentralização político-administrativa como caminho e não fim, é a municipalização. Distritos Sanitários podem significar a junção de vários municípios em sua micro-região, como também a subdivisão de grandes municípios para facilitar a gestão. Aspecto fundamental da descentralização é levá-la às últimas conseqüências: descentralização até os municípios e destes internamente para suas várias secretarias, departamentos e divisões. O maior problema de falta de planejamento pactuado e integrado é a falta de referência e contra-referência. Eis um nó crítico atual fonte constante de queixas dos dois pólos de contenda: de um lado os municípios pequenos queixando-se que não conseguem referenciar seus pacientes e de outro os municípios grandes reclamando do excesso de encaminhamentos onerando os orçamentos municipais daqueles que estão colocando mais recursos em saúde. Acusam os gestores de municípios pequenos de estarem fazendo apenas rebocoterapia, etc. A quase totalidade dos Municípios não tem condições, no que tange à saúde, de responder sozinha a todas as suas necessidades. Obviedade que dispensa estudos, comentários e controvérsias. Impõe-se a união de uns com os outros, formal ou informal para, juntos, resolverem seus problemas. Temos hoje várias experiências neste sentido entre as quais cito três: consórcios privados, através de associações privadas de municípios; consórcios públicos, onde a união dos municípios se faz mediante o aproveitamento de suas próprias estruturas e cooperação mútua informal entre os Municípios. Vários consórcios vêm realizando com sucesso seu trabalho, melhorando a eficiência do trabalho e consolidando um sistema de referência e contrarreferência. De outro lado, contrapondo-se às experiências sérias, lamentavelmente, multiplicaram-se consórcios de implantação verticalizada a partir de determinação do Estado e como condicionante para o recebimento de recursos (contrariando os princípios constitucionais da tríplice responsabilidade que não deveria admitir acordo de vontade (convênio) para receber recursos). Vários destes convênios de papel foram formados com caráter

político eleitoreiro. Duas posturas fundamentais estamos defendendo: descentralização radical como caminho e consorciamento dentro da estrutura pública. Municípios em pactuação ascendente e estados oferecendo cooperação técnica e financeira para sustentação desta aliança.

A DESCENTRALIZAÇÃO SEGUNDO A NOAS-2001

Concordo, como muitos, com grande parte do texto da NOAS, **PRINCIPALMENTE SE MODIFICADA A CONCEPÇÃO BÁSICA DA DESCENTRALIZAÇÃO PROPOSTA.**

Discordo do princípio que descentralização se faça de cima para baixo, com processo comandado pelo MS e pelos Estados. Concordo com o processo pactuado de baixo para cima com a cooperação técnica e financeira dos estados e da união. Manifesto minha posição contrária, principalmente quando a proposta NOAS contraria a CF e a Lei 8080 e fadia a gestão do SUS recentralizando a alta complexidade nas mãos do MS, a média nas mãos do Estado, deixando aos municípios, apenas, desconcentradamente, a assistência básica. Defendemos a Regionalização com unhas e dentes. Defendemos a Hierarquização dos serviços de saúde. Estamos questionando o modo como quer o nível central fazê-la e queremos que este processo seja aperfeiçoado. Com o aval do Conselho Nacional de Saúde – sem subterfúgios.

PARA QUE FIQUE ABSOLUTAMENTE CLARO, CONTINUO DEFENDENDO A REGIONALIZAÇÃO-HIERARQUIZAÇÃO COMO UM CAMINHO PARA MELHORAR A EFICÁCIA E EFICIÊNCIA DO SISTEMA DE SAÚDE (HOJE REPRESENTADO COMO SUS).

DEFENDO ÊNFASE NA MUNICIPALIZAÇÃO COM REGIONALIZAÇÃO ASCENDENTE.

MUNICÍPIO É UMA ESFERA DE GOVERNO REAL, PALPÁVEL, CONSTITUCIONAL, COM EXECUTIVO, LEGISLATIVO, CONSELHO. E, NO SUS, UNIDA COM A COMPETÊNCIA DE FAZER AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE (CF30,VII). FALO ISTO E ESCREVO HÁ ANOS. NÃO PODEMOS CORRER O RISCO DE TER UM SISTEMA DE SAÚDE, EM SUA PONTA EFETORA, CENTRADO EM MICRO-MACRO-DISTRITO QUE NÃO SÃO INSTÂNCIAS E ESFERAS DE GOVERNO. (AO CONTRÁRIO DE MUNICÍPIOS DE GRANDE PORTE QUE PODEM E DEVEM DIVIDIR-SE INTERNAMENTE, SEGUNDO SUAS ESPECIFICIDADES E NECESSIDADES.) SÃO ÁREAS DE DIVISÃO ADMINISTRATIVA DOS ESTADOS, SOB SUA INFLUÊNCIA DIRETA, MUITAS VEZES DIVIDIDA ENTRE PARLAMENTARES ALIADOS ETC. NÃO PODEMOS DEIXAR POR CONTA DA INSTÂNCIA ESTADUAL O COMANDO INDIRETO DA SAÚDE. HOJE MESMO, SEM ISTO, GRANDE PARTE DOS ESTADOS DOMINA, CONDUZ E MANIPULA CONSELHOS E AS COMISSÕES INTERGESTORES BIPARTITES FAVORECENDO OS ALIADOS E AMIGOS E

PREJUDICANDO OS OPOSITORES. IMAGINEM QUANDO TODO O SISTEMA DE SAÚDE ESTIVER ALICERÇADO EM INSTÂNCIAS REGIONAIS ANCORADOS NAS DIVISÕES ADMINISTRATIVAS ESTADUAIS! SOPA NO MEL! REENGOLE-SE O SUS E VOLTAMOS AO SUDS???!! SERÁ A SUDEIZAÇÃO DO SUS.

REGIONALIZAÇÃO ENCABEÇADA, LIDERADA, CHEFIADA PELOS MUNICÍPIOS COM DIREÇÃO COLEGIADA É A ÚNICA MANEIRA CORRETA DE SE FAZER QUALQUER REGIONALIZAÇÃO MICRO-MACRO-DISTRITAL, COM A “COOPERAÇÃO TÉCNICA E FINANCEIRA DA UNIÃO E DOS ESTADOS”(CF30,VII)

Continuo defendendo uma NOB-2001 que consolide o passado e melhore o futuro. Hoje temos inúmeras questões mal definidas como esta da regionalização ascendente, de recursos humanos, de referência e contrarreferência intermunicipal e estadual, de disciplinamento do controle e avaliação, da humanização, do protocolo de condutas e rotinas etc. etc. Qualquer nova NOB tem que passar primeiro pelo crivo dos princípios pétreos do SUS : universalidade, equidade, integralidade, intersetorialidade, descentralização, gestão única em cada esfera de governo, participação, financiamento triparte e outros. Nenhuma Norma Operacional circular ou instrução normativa pode passar por cima da constituição e da legislação infraconstitucional.

P.S. : Como controlar a proficuidade regulatória de portarias, normas, instruções normativas e outros despejadas a cada hora sobre os municípios. Quem toma conta do geral? Quem analisa? Duvido que quem as faça as domine, muito menos que dominem portarias e normas de outras áreas, mas que ambas devam ser dominadas pelos gestores.... Está impraticável dar conta de conhecer e muito menos cumprir estas determinações. Já pensaram quando a turma da controlese estiver afiada e cair em cima dos gestores?

CONTROLE PÚBLICO INSTITUCIONAL

Estamos atravessando uma verdadeira “farra de auditorias”. Todo mundo quer auditar os municípios na área de saúde. Auditoria do Ministério da Saúde (central e regional), auditoria do Ministério da Fazenda – Ciset, auditoria do Tribunal de Contas da União, auditoria do Tribunal de Contas dos Estados, auditoria do Setor do Sistema Nacional de Auditoria em seu componente estadual. A própria Auditoria Geral das Prefeituras (além de algumas que têm Tribunal de Contas próprio) e a auditoria do Controle e Avaliação da Secretaria de Saúde. Cada uma com sua listagem própria de critérios, seguindo leis, decretos, portarias, instruções normativas de acordo com sua interpretação e conveniência. Em muitos municípios o custo da operação da “Swatt Federal” (denominam suas auditorias de ... “missão 17 “ “ missão 321” etc.) é maior do que o que recebem de recursos do PAB!!!! Os gestores municipais têm passado dias e mais dias atendendo auditores e respondendo a relatórios cada um deles diferente do outro, solicitando dados com entradas especiais. É a “farra das auditorias”. Fica a impressão de que só agora existe fraude. Esquece-se do passado. As fraudes

hoje existentes são frutos de pelo menos trinta anos de compra de serviços de terceiros sem o mínimo controle. Muitas vezes, os próprios controladores estavam simultaneamente controlando de um lado e logo a seguir, do lado de lá, prestando serviços ao SUS em seus hospitais privados ou filantrópicos. Basta dar uma olhada no passado! Temos a certeza de que com a descentralização-municipalização as fraudes diminuíram e se tornaram muito mais detectáveis com os sistemas de controle e auditoria municipais. Já fizemos declarações públicas, incluindo a mídia, de nossa profissão de fé a favor do controle interno e externo. A favor do Controle. Absolutamente contra a Controlose. Só que queremos regras claras, translúcidas: quem faz o que, sob que regras e com que intenções? E, para servir a qual senhor? Ao Sistema Único de Saúde ou a todos aqueles que são contra o SUS e fazem tudo para desmoralizá-lo???

Ainda recentemente o Supremo Tribunal Federal publicou Acórdão confirmando posição que defendemos há anos.

“ SENDO O ATO PRATICADO POR AUTORIDADE ESTADUAL, ACUSADA DE MÁ APLICAÇÃO DE DINHEIRO, A COMPETÊNCIA É DA JUSTIÇA COMUM (ESTADUAL), EMBORA A VERBA SEJA PROVENIENTE DO GOVERNO FEDERAL.

“A JURISPRUDÊNCIA DO STF TAMBÉM JÁ FIRMOU ENTENDIMENTO NO SENTIDO DE QUE É DA COMPETÊNCIA DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA (DO ESTADO) PROCESSAR E JULGAR PREFEITO ACUSADO DE DESVIO DE VERBA FEDERAL REPASSADA AO MUNICÍPIO, NESTE DIAPASÃO SE EXPRESSOU AQUELA CORTE: A VERBA, AINDA QUE PROVENIENTE DE ENTIDADE FEDERAL, PASSOU AO PATRIMÔNIO DA MUNICIPALIDADE. O PREJUÍZO RESULTANTE DE SUA MALVERSAÇÃO PESOU SOBRE O MUNICÍPIO, NÃO SOBRE A UNIÃO. AFASTA-SE A INCIDÊNCIA DO ART.109, IV, DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL.” STJ-1^A. SEÇÃO CC19974-TO,10-5-2000

Nós, da área da saúde, sempre interpretamos desta maneira. Tomávamos como base o repasse constitucional da União para Estados e Municípios e dos Estados para Municípios. A remessa de recursos do Governo Federal para Estados e Municípios mediante passagem direta e automática como é o Fundo de Participação dos Estados e o Fundo de Participação dos Municípios, sofre a fiscalização do Tribunal de Contas dos Estados (para estados e a quase totalidade dos municípios) e, diante da suspeita de qualquer ilicitude no seu uso, quem processa e julga é a Justiça Estadual.

Hoje isto está mais claro e explícito depois da Emenda Constitucional 29 que garante a constitucionalidade do repasse federal para estados e municípios.

“DOS RECURSOS DA UNIÃO APURADOS NOS TERMOS DESTE ARTIGO, QUINZE POR CENTO NO MÍNIMO, SERÃO APLICADOS NOS MUNICÍPIOS, SEGUNDO CRITÉRIO POPULACIONAL, EM AÇÕES E SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE NOS TERMOS DA LEI. LEI COMPLEMENTAR QUE SERÁ AVALIADA A PELO MENOS CADA CINCO ANOS ESTABELECE... OS CRITÉRIOS DE RATEIO DOS RECURSOS DA UNIÃO, VINCULADOS À SAÚDE, DESTINADOS AOS ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E AOS

MUNICÍPIOS...” EC-29 – ART. 6 QUE MODIFICA O 198 DA CF.

No concreto entendemos que o Tribunal de Contas da União (afinal não é este seu nome?!!!) deve ficar de olho em tudo que a União e seus órgãos fazem de certo e errado. No caso dos repasses de FPM e FPE, se estes estão sendo feitos de forma justa, se não há falsidade no dado populacional, se não estão sendo prejudicados ou favorecidos determinados estados ou municípios, se o repasse está sendo feito corretamente. A ação sob responsabilidade da União vai até o repasse legal, de forma legal. Na comprovação de que repassou de forma legal termina a responsabilidade da União (tem que cumprir as leis!) . Daí para a frente a prestação contas do uso correto dos recursos recebidos do Governo Federal pelos Estados e Municípios, deve ser feita ao Legislativo próprio (Assembléia ou Câmara) com a contribuição orientadora e fiscalizatória dos respectivos tribunais de contas. Diante da suspeita de ilícitos compete à Justiça Estadual processar e julgar o fato.

CONTROLE SOCIAL

O Controle Social é a maneira do cidadão controlar o público e o privado. É o controle sobre o Estado e a própria Sociedade. Hoje está demonstrado que o aprisionamento nos três poderes está sendo insuficiente para que o Estado trabalhe a favor da população. A realidade de cerca de 5000 conselhos de saúde no Brasil com 100 a 150 mil pessoas envolvidas é deveras alvissareira. Não exista ilusão de que todos funcionem bem e sejam compostos democraticamente com a paridade devida. Não mudamos a saúde sem mudar a sociedade e conquistar a cidadania. Mas estamos fazendo o caminho através de nossa luta da saúde. Em meio a vários Conselhos funcionando bem, encontramos dificuldades sérias em muitos outros. Entre elas citamos: legislação deficiente, conselheiros escolhidos pelo gestor (prefeitos e secretários), despreparo técnico em saúde (de gestores, profissionais, prestadores e de cidadãos usuários), despreparo em técnicas relacionais e de negociação, desrespeito a decisões do Conselho, falta de reuniões, discussão nos conselhos de apenas pequenas questões (as grandes não passam por lá), falta de informações, não prestação de contas pelo gestor, posição corporativa de membros do conselho (não só de servidores, mas a corporação de usuários, prestadores e até mesmo de administradores públicos), confusão entre o papel de deliberação com o de execução que não é do conselho, não homologação do executivo das deliberações do conselho. Existem muitos outros pontos críticos que devemos solucionar. Dado ao tempo de funcionamento dos Conselhos e sua proposta ambiciosa, já nos vemos questionados pela sociedade sobre o “para que servem os conselhos se os resultados que vemos são pífios”!!!. Defendemos que a saída passa pela formação de conselheiros. Entenda-se aqui o coletivo de todos os conselheiros: gestores, profissionais, prestadores e usuários. Infelizmente se reduz muitas vezes o termo conselheiro para se referir aos usuários que são apenas 50% do conjunto. Gestores, profissionais e prestadores devem todos entender o conselho, compreender seu papel dentro dele. Aprender o trabalho conjunto. Viver a negociação positiva para toda a população.

A ilegalidade dos 25% de profissionais de saúde nos Conselhos e Conferências. Por má interpretação, passou uma resolução do CNS (33) e proposições das últimas Conferências Nacionais. Ao se garantir 25% da representação dos profissionais de saúde partiu-se de interpretação errônea que do lado oposto aos usuários (50%) deveriam estar apenas dois segmentos: profissionais e prestadores (públicos e privados). Erro crasso, pois, omitiu-se o outro segmento que é o GOVERNO e que está com evidente clareza na 8142. Quero ser otimista e não ver dolo nesta decisão e que ela tenha sido fruto apenas de "distração". Pior seria se alguém estivesse entendendo que o segmento Governo, da lei ser apenas um prestador público. Isto seria demais, ferindo na essência a concepção do SUS. Para mim, no mínimo, tem que ser tripartite o número de vagas: 16,7 para cada componente com arredondamento pela indivisibilidade das pessoas. Situações peculiares como ausência de prestadores, ou seus diminutos números, poderão levar a acordos locais, consensuados pelo próprio Conselho. Neste caso, nunca sob votação, pois, as minorias tenderão a ser sempre prejudicadas.

As plenárias de conselheiros. Esta foi uma iniciativa vitoriosa que tem que ser consolidada para todo o Brasil. Reuniões regionais, estaduais, das grandes regiões brasileiras e nacionais. Uma programação prévia. Pautas amarradas. A abrangência do caráter deliberativo das plenárias é intrínseco aquele colegiado. O que não pode é ser expandido, pois passaríamos por cima do poder dos Conselhos legalmente constituídos.

A representatividade dos empresários, empregados e aposentados. Outra polêmica boba que tem que ser resolvida é da deliberação da Xa. Conferência Nacional de Saúde de que ficam proibidos de representar os usuários nos conselhos, representantes de entidades patronais, Lions e Rotary. Vamos ao primeiro grupo nominado: representantes de entidades patronais (os patrões, os empregadores, os empresários). A Constituição Federal em seu artigo 194 fala do "caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa da seguridade social (saúde, educação e assistências social), com participação da comunidade em especial dos trabalhadores, empresários e aposentados". A 8142 não nominou em particular nenhum segmento. Falou genericamente em governo, profissionais, prestadores e usuários. A única nomeação é da CF: trabalhadores, empresários e aposentados. Isto quer dizer que no Conselho de Saúde onde não estiverem empresários, trabalhadores e aposentados este conselho é inconstitucional. Por que e sob que interesses, induziram a plenária da Xa a deliberar algo inconstitucional e portanto, sem a mínima validade?! Quanto aos dois outros segmentos escorchados do Conselho (Lions e Rotary) é uma discriminação odiosa, fascista, sob dois aspectos: no gênero existem dezenas de outras entidades e apenas elas foram mencionadas e ninguém pode, em nosso país democrático com possibilidade de criação de qualquer tipo de entidade, nos termos da lei, determinar que elas não possam ser representativas de seus associados.

Conselho de Saúde; livremente escolhido, nomeado pelo prefeito (governador), apoiada funcionalmente pela secretaria de saúde com ação propositiva e

controladora.

As Conferências de Saúde devem ter melhor definição de seus tempos. Suas competências são tão essenciais e importantes que não podem ficar ao léu, sem definição de datas. Há muitos anos venho defendendo que as Conferências de Saúde têm que ter seus tempos adequados aos tempos dos planos de governo, já expressos na Constituição. Não dá para falar na importância e essencialidade dos planos de saúde sem adequá-los, em tempo, ao PPA, LDO e LOA. Atualmente fazemos processos desconectados, paralelos e, conseqüentemente, inconseqüentes. Até, inocentemente, alegamos democracia de cada instância de Governo definir suas datas. Minha sugestão é que estes tempos estejam juntos. As Conferências Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde têm obrigatoriamente de ser realizadas no primeiro semestre do primeiro ano de governo federal, estadual e municipal para que suas decisões sejam acopladas ao Plano Plurianual de Governo e remetidas ao legislativo para discussão. A grande vantagem é agregar aos planos tudo que se constituiu em rica discussão do processo eleitoral com seus anseios e promessas. Servirá para os governantes nos seus três anos seguintes e no primeiro ano da gestão seguinte. No intervalo de cada quatro anos, União, Estados e Municípios poderão realizar outras Conferências ou Encontros de Conselheiros segundo suas Constituições Estaduais. A cada ano, sob a coordenação dos Conselhos será delimitada a parte operacional do PPA relativa ao ano seguinte, aplicável à LDO e LO. Qualquer dos eventos programados em Estados e Municípios deverá ser agendado dentro dos prazos de encaminhamento para a LDO e LO.

A representação nas conferências. Será que nossas conferências realmente estão sendo representativas da sociedade? Será que conselheiros assíduos e comprometidos no dia a dia com o sistema de saúde estão sendo preteridos na representatividade no momento de escolha de delegados para as Conferências Estaduais e a Nacional? Na quase totalidade dos segmentos a representação nas conferências exclusivamente por conselheiros não é mais legítima que aquela livre onde caem os pára-quedistas? Acho que chegou a hora de pensarmos em valorizar os conselheiros e ter um percentual obrigatório de sua representação nas Conferências Estaduais e Nacional.

O depois das conferências. Precisa haver uma rotina mínima para os Conselhos que é a participação na feitura dos planos e em seu acompanhamento inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Isto tem que ser real, em cada canto. Não dá para nos perdemos em mil atividades não substantivas. Acho que o grande impasse dos conselhos é justamente quando eles não caíram na real de sua dupla missão: ajudar a fazer e aprovar o plano, acompanhar o plano e controlar econômica e financeiramente. Teorizamos demais e não estamos ajudando a melhorar a resposta lá na ponta. Quando não discutimos o plano da resposta na ponta, continuamos perdidos e sem saber o que controlar. Controle social sem objeto é frustrante. Sabemos qual é o Plano Nacional de Saúde? E...o Conselho Nacional de Saúde se reúne mensalmente há décadas e sem interrupções e com uma plêiade de cidadãos de excelente formação e qualidade. Como cobrar a eficiência e eficácia das ações e serviços de saúde da União sem sabermos a

que veio, a que se propõe e sem termos aprovado um plano de governo para a saúde? Como avaliar a execução do plano, sem plano? Cadê o cumprimento do que manda a Lei 8689: "O gestor do SUS em cada esfera de Governo, apresentará trimestralmente, ao conselho de saúde correspondente e em audiência pública nas câmaras de vereadores e nas assembleias legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado, contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada". Pergunto: a União tem prestado contas, nestes termos, ao CNS? E Estados e Municípios? Como acompanhar e avaliar sem planos e sem relatórios de gestão? Desconheço deliberações do CNS exigindo isto. Desconheço relatórios de auditorias feitas sobre o Ministério da Saúde pela Auditoria, Controle e Avaliação (SNA), em que conste que o MS não cumpre a lei, pois não tem plano nem relatório. (Estes mesmos auditores vivem infernizando os municípios atrás de planos e relatórios!) Inúmeras vezes me perguntei quem da saúde faz auditoria sobre o Ministério da Saúde? Ele próprio? Dia virá em que Estados e Municípios legalmente fiscalizarão, auditarão, devassarão o Ministério da Saúde. Têm-se feito grandes discussões no CNS sobre temas candentes. Excelente. Mas, isto não pode levar a que prescindam do plano e de seu acompanhamento. Caso contrário, estaremos competentemente legitimando o erro do MS. Isto pode ser transferido para os Conselhos Estaduais e Municipais com igual conotação. Quem fará este verdadeiro controle social? Qual das esferas por primeiro dará exemplo para os demais? Quais serão os Conselhos Brasil afora que estarão em estado permanente de reunião até os gestores apresentarem seus planos e os relatórios de gestão? O Ministério da Saúde continuará cobrando de municípios e estados, sem ele próprio fazer? Estados e regionais de saúde continuarão exigindo dos municípios o que nem mesmo estão fazendo? Tudo sob as barbas do Controle Social dos Conselhos e Conferências?

OS DIREITOS DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.

São Paulo saiu à frente e fez sua Lei 10241 de 17 de março de 1999 de autoria do Deputado Estadual Roberto Gouveia. Precisaríamos estar fazendo uma lei semelhante para toda a população brasileira. Os princípios desta lei são a garantia de atendimento digno e respeitoso, ser identificado pelo nome (não pela doença, pelo leito etc); sigilo de seus dados pessoais; identificação correta das pessoas que os tratam através de crachás; informações corretas sobre diagnóstico, exames, terapias, riscos; acesso permanente ao prontuário; papeleta de alta com diagnóstico e nome do profissional; receber receitas legíveis com nomes de medicamentos genéricos; conhecer material que irá receber como certificação do sangue e outros; ter assegurado durante consultas, exames e outros: sua privacidade, individualidade, respeito a princípios éticos e culturais, confidencialidade; ser acompanhado em consultas e internações; presença do pai no pré-natal e parto; receber anestesia quando necessária; recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para prolongar a vida; optar pelo local de morte.

Estes e outros itens têm que ser conquista nacional. Nem a obrigatoriedade, desde outubro de 1993, de se dar um papel de alta aos internados com diagnóstico, valor gasto etc. ainda está implantado! Nem nos hospitais públicos nem nos contratados-conveniados. Não bastam as leis... é imprescindível que saiam do papel e sejam cumpridas. E, que se tenha ousadia para fazê-lo.

SIOPS (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO ORÇAMENTO PÚBLICO EM SAÚDE)

Desde 1994 tenta-se saber qual o investimento público em saúde de cada uma das esferas do Governo. Exceto os recursos do Ministério da Saúde, por ser órgão único, até hoje temos apenas estimativas. Diante disto inicialmente o Prof. Elias Jorge do Conselho Nacional de Saúde criou um modelito para se identificarem estes recursos. Denominou-se POPS (Pesquisa do Orçamento Público em Saúde). O Ministério Público Federal, Procuradoria Geral da República, diante de inúmeras denúncias do baixo investimento em saúde, resolveu fazer idêntica pesquisa. Prof. Elias Jorge, que pertencia também à comissão do Ministério Público, transportou para lá a POPS que depois virou SIOPS. Até então o Ministério da Saúde nada tinha a ver com a questão, pois inclusive o motivo de tudo era justamente pedir ao Ministério da Saúde e Governo da União para explicarem quanto gastavam em saúde, em quê e como. Assim foram feitos alguns experimentos em 95,96,97 com estados e capitais. Dados sofríveis, interpretações diversas de cada estado ou capital. Nem chegaram a ser consolidados. Serviu para o aprimoramento do modelo. Em 1998 o Ministério da Saúde passou a ser mais parceiro do Ministério Público e foi feito o acordo para efetivação da pesquisa nos dados de 1998. Estes dados foram estendidos a todo o país incluindo a União, Estados e Municípios. O ofício solicitando as informações era da Procuradoria Geral da República com o apoio do MS. Só em 99-2000 o MS assumiu por inteiro o SIOPS, ainda que em parceria com o Ministério Público Federal. Neste momento este assunto entra em considerandos de passagem de milênio, pois precisa do maior incentivo de todas as forças. O fato de, ao ser dado mais a público, parecer invenção do Ministério da Saúde ou dos Estados que apóiam a pesquisa, pode levar a uma reação ao contrário de municípios e mesmo estados parecendo mais uma medida intervencionista vertical. Isto é um anseio de todos e imprescindível na análise dos recursos destinados à saúde. Num primeiro momento a uns parece ser muito complexo e outros querem introduzir novos dados por acharem simples demais!!! Estive no processo por seis anos, inicialmente representando os municípios e hoje estou de fora, apenas observando e torcendo. Passamos por todas as fases. O partido tomado foi de conseguir o máximo de informações com qualidade que pudesse ter o maior número de formulários preenchidos e bem. No futuro sugestões poderão ser acopladas e, quem sabe, conseguiremos ter maior quantidade e qualidade de informações.

O FINANCIAMENTO DA SAÚDE E A EC 29

Durante anos e mais anos proferimos um slogan em defesa da PEC-169:

“queremos recursos definidos, definitivos e suficientes para a saúde”. Hoje a PEC 169 e outras agrupadas posteriormente, num golpe de mestre das autoridades econômicas do governo federal (isento em grande parte o Ministério da Saúde) se transformou na EC-29 cuja definição, em minha opinião pessoal é de: “Recursos definidos, não definitivos e ... insuficientes para a área de saúde”. Considero que o Governo Federal se desresponsabilizou o máximo que pôde e sobrecarregou os estados e municípios. Estados foram para 12% (não mais 10) municípios foram para 15% (não mais 10) e a União ofereceu 5% em cima do empenhado de 99 e depois crescimento nominal do PIB . Hipoteticamente o PIB pode diminuir nominalmente, pode crescer menos que a inflação, igual a inflação e acima da inflação (crescimento real). Os 5% iniciais são escárnio diante da inflação de 9%. O Ministério da Saúde conseguiu mais R\$1,93 bi de suplementação ao seu orçamento de 2000. Parte para cumprir com os 5% a mais da EC, que não tinha sido garantido e parte por mérito da pressão do Ministério da Saúde. Assim sendo não pela EC mas por outro dado aleatório, conseguiu-se mais recursos para a saúde. Desta suplementação não foram utilizados cerca de 800 milhões de reais o que acarreta uma perda em cascata até 2004 de cerca de 5 bilhões de reais. Em se realizando isto, melhorará igualmente o recurso referente a 2001 que deverá, por estimativa de crescimento nominal do PIB entre 2001 e 2000, chegar a 10% (6% de inflação e 4% de crescimento real). Não nos esquecermos nunca que correção monetária apenas repõe a desvalorização. Na maioria das vezes, como na saúde, precisamos corrigir a inflação e de mais dinheiro para comprar e fazer o mesmo produto. Como o déficit anterior é imenso (mais de 100%) entre 1994 e 2000, precisamos de um esforço para, no mínimo, conseguir a inflação de anos atrás e, depois, o crescimento real.

No momento o importante é saber que esta EC-29, que já é ruim, que é considerada por inúmeros parlamentares como “programa de renda mínima” para a saúde, deve ser urgentemente regulamentada em vários artigos. Quero deixar claro que os quantitativos são perfeitamente auto aplicáveis já neste ano de 2000, não carecendo de regulamentação. Entretanto, elenco aqui alguns itens de regulamentação urgente: definição correta do que sejam ações e serviços de saúde para evitar que neste título se ampliem erroneamente as concepções de saúde daqueles que definiram percentuais para a saúde. A concepção era restrita e que não venham agora, definido o dinheiro, querer incluir aí o saneamento, o pagamento de inativos, o pagamento pelo MS dos servidores da saúde do GDF (hoje pagos pelo Ministério da Fazenda), o custeio dos hospitais universitários (além do pagamento da prestação de serviços – prevista na 8080), dos hospitais de servidores e dos hospitais militares. Estes só poderão ser financiados pelo SUS por serviços prestados exceto se abrirem suas portas à clientela universalizada do SUS e deixarem suas vagas nas mãos do gestor único local. Não se incluem recursos a maior e a menor do FUNDEF. Não se incluem nos percentuais repasses de outras esferas de governo e sobre estas os legislativos não podem contabilizar seus percentuais. Definir exatamente o que são as ações básicas de saúde para as quais se vai garantir no mínimo 15% dos recursos (hoje cerca de 12%). Intervenção e suspensão de repasses têm que ficar claro que não poderão significar mais punição para os cidadãos de um estado ou município . Mas, como

punição a maus administradores. Definir critérios de rateio entre estados e municípios nas transferências federais ou reafirmar os da 8080 que se mostraram inviáveis na aplicação. Critérios de prestação de contas aos respectivos tribunais de contas incluindo repasses federais e estaduais e não três prestações a três tribunais de contas diferentes. Controle e avaliação dentro da visão sistêmica onde União avalia a si e ao conjunto nacional; estados a si e ao conjunto estadual e municípios a si. Vamos acabar com o festival de auditorias, cruzadas, descruzadas, multicoloridas etc. e tal, umas do Ministério da Saúde outras da Fazenda, outras dos Tribunais de Contas, outras da Ciset e, desconfio, pelas últimas informações, que a ABIN também está bicando auditorias sigilosas!!! (Claro que por livre arbítrio dos arapongas e sem o assentimento de ninguém da diretoria!) Dou-me o direito de ser informado quando irão começar as auditorias municipais e estaduais sobre o descontrolado e voluntarioso MS. O manuseio com o Fundo de Saúde, sua gestão etc. etc. Para mim são pontos importantes de regulamentação para proteção e melhora do espírito e prática da EC 29. Não para retardar sua implantação como querem alguns xiitas colocar na nossa proposta, mas como maneira evidente e clara de impedir que a implantação da emenda seja pior que a própria emenda!

TABELA E LEITOS HOSPITALARES

Fiquei deveras condoído com vários deputados que se entusiasmarão em 1999 com a possibilidade de, no mínimo, corrigir a defasagem da tabela do SUS (que, queira ou não, hoje rege o pagamento do público e do privado e os tetos estaduais e municipais). Falou-se, euforicamente, em correção imediata de cinqüenta por cento na tabela e logo a seguir quarenta por cento diferenciadamente. Depois de tudo, de se levarem centenas de pessoas a Brasília, o desenlace foi pífio: 5% para o ano 2000! Menos que os nove por cento da inflação e menos que os 9,6% que o juiz mandou dar pela conversão errada da época do real! O desaponto e principalmente a injustiça, têm que ser corrigidos. Se em 1994, na virada do real já era injusta 90% da tabela, quão se dirá atualmente. Fala-se como novidade pagar por orçamentação, por contrato de gestão, mas sabemos que estes eufemismos só têm uma base: o custo de se fazer cada procedimento. Caso contrário comprador e vendedor se ludibriam mutuamente. A crise desta tabela defasada levou a que o Ministério da Saúde tomasse uma atitude ilegal que foi a de cancelar a tabela de procedimentos básicos (infringiu a Lei 8080 que determina que sejam estabelecidos pelo Ministério da Saúde os valores dos procedimentos) e descarregou em cima de municípios e estados a responsabilidade de, caso não façam todos os procedimentos básicos, que eles negociem valores com os prestadores. Todos sabem muito bem que nome dar a isto. Não podemos negar que houve aumentos diferenciados na tabelas além do abono linear de 25% de 1994 até agora. Entretanto, estes reajustes privilegiaram atos de média e alta complexidade e desfavoreceram os procedimentos básicos. Basta tomar aumentos de tabela entre 98 e 2000. Enquanto o básico teve aumento médio de 14,84%, a média e alta complexidade tiveram um aumento de 30,35%, ainda que a média dos dois (baixa e alta) tenha sido de 26,77%. Qual a conclusão que se

deve tirar: se assim é, se o pagamento é injusto, se há uma defasagem de cerca de 100% como está se mantendo o sistema? Simples e elementar: com o constante e crescente endividamento dos municípios que estão assumindo as responsabilidades de maneira cada vez maior e com a "tolerância" reiterada dos prestadores contratados-conveniados que têm buscado, nestes tempos, outras fontes como planos próprios de saúde, diminuição do percentual de serviços prestados ao SUS, auxílios e subvenções municipais e estaduais, e ajuda cada vez menor da comunidade. E os outros? Muitos hospitais foram fechados (alguns por excesso de leitos na região, outros por falta de condições gerais, outros por perspectivas melhores de atender convênios privados) mas a realidade é preocupante. Segundo o IBGE o Brasil perdeu 59.412 leitos entre 1992 e 1999, o que significa 27% de perda. São múltiplas as causas como acima acenei, mas tenho certeza que entre elas está o desfinanciamento público.

SAÚDE DA FAMÍLIA, CARTÃO SUS, CASA DE PARTO , PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE E OUTROS

Existem outras polêmicas novas e velhas que estão por aí. Uma delas é o PACS, PSF e hoje comparados ao Qualis. Cada um quer ter razão e na polemização maniqueísta acabam todos perdendo a razão. Emito minha opinião com tranqüilidade e submeto-a também à fogueira para ouvir o contraditório. Acho que estes programas podem ser todos muito bons na dependência: da adequação ao tempo e lugar, da flexibilidade que esta adequação demanda e na sua integração com um sistema de saúde que vise a integralidade, a hierarquização de serviços e a oferta de serviços de saúde integrais a todos os cidadãos. São desvios de que devemos fugir: aceitar como a cesta básica possível dos neoliberais para os pobres; radicalizar no poder de resolutividade angelificando a proposta e satanizando o sistema restante; utilização de pessoal não qualificado para a área de saúde em localidades onde existem em abundância e sem mercado profissionais qualificados como auxiliares e técnicos de enfermagem; usar o programa apenas como meio de conseguir mais recursos, sem nenhuma característica diferenciada de proposta, atendimento e resultados. Por último lembrar que agente comunitário de saúde foi introduzido e praticado pelos jesuítas no Brasil há quinhentos anos atrás. O médico de família, até com internação domiciliar, foram e são inúmeros médicos deste interior brasileiro que se dedicam a sua população há décadas onde, uma pequena minoria os remunera e os demais saem por conta de sua dedicação e caridade, praticamente mandatárias. Os dois princípios básicos na avaliação destes programas: adequação à realidade (A verticalidade da proposta e a rigidez das regras me assustam nestes anos todos de PACS-PSF- programas) e a integração com o restante do sistema de atenção à saúde.

Esperamos que se resolvam alguns dos nós críticos existentes: a) cada proposta tem que se adequar a tempo e lugar não podendo seguir padrão único nacional; b) o perfil e formação dos profissionais têm que atender a disponibilidades destes no mercado e às condições de aceitabilidade social deste trabalho; c) o sistema de contratação tem que atender aos direitos presentes e futuros destes trabalhadores

evitando-se, a todo custo, soluções mágicas de contrato de trabalho que criarão um problema gigantesco para as administrações futuras (que pode até ser a mesma) e para os trabalhadores d) o trabalho de saúde da família, na família, familiar (tem alguma que não seja de família ou familiar?) tem que estar integrado e ser integrante do sistema . Parte diferente de um todo único. Não se pode concebe-lo nem como completamente resolutivo, nem como apêndice do sistema de saúde. Faz parte do sistema hierarquizado, de complexidade crescente. Não pode se constituir em estratégia única, nem privilegiada. e) não pode ser considerada, nem no discurso nem na prática, como uma estratégia excludente que dá aos pobres a atenção básica, a cesta básica, e permite aos demais, à elite, o acesso ao mais complexo.

O Cartão SUS, aquele previsto como o passaporte da inclusão, precisa ser assim visto. Há mais de ano atrás, quando ainda assessorava o CONASEMS foi tirada uma posição de defesa de um cartão inicialmente simples mas, aplicável rapidamente a todo Brasil. Depois, numa segunda fase, dever-se-ia ir sofisticando os dados de acordo com a realidade e disponibilidade de cada local. Precisamos pensar assim. Sofisticações vendidas pelos mercadores de facilidades podem estar inadequadas a uma realidade local e cartão, informatização, manutenção por terceiros podem ficar tão caros que inviabilizem o atendimento em determinados municípios. Tendo acompanhado tempo e movimento da implantação do Cartão SUS num município de 500 mil habitantes e vendo anunciado que, em três anos, todos estarão cadastrados e sob o cartão SUS. Tenho minhas dúvidas se estas metas serão atingidas.

Ter ou não ter uma **casa de parto**? Uma polêmica de todo tamanho num Brasil continental onde municípios existem que nem casa de parto têm. Em Belém visitei até bem pouco tempo as casas de parto. São Paulo reintroduziu-as recentemente. Não existe apenas a opinião contra ou a favor. De novo a adequação ao tempo e lugar e a integração com o restante sistema de saúde batalhando pela integralidade. Não oferecer como opção única mas como uma alternativa possível em determinadas circunstâncias. Com responsabilidade.

O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde proposto pelo Ministério da Saúde, com apoio até do Conselho Federal de Medicina, desmistificou a idéia de que os médicos não querem ir para o interior. Quando se teve uma proposta concreta com apoio técnico, garantia de especialização (num momento em que a residência médica tem uma massa de cerca de 50% de médicos formados, excluídos) a adesão foi de quase 2 mil médicos e 12 mil enfermeiros para as 150 vagas iniciais. Não foi invenção Serra. Getúlio Vargas fez isto há sessenta anos, por decreto, comprometendo-se a pagar médico para os municípios que não o tivessem. Mais recentemente Santillo, em 1994, criou o PISUS (Programa de Interiorização do SUS) que logo a seguir foi suplantado pelo financiamento do PSF pelo próprio Santillo. É bom? Sim muito bom. Entretanto tem o viés verticalista de que o comando fique na esfera federal. Por que não repassar os recursos para que descentralizadamente sejam feitas as contratações? Serra tirará proveito político? Que tire, mas que faça de maneira correta e de acordo com a CF. Descentralização como preceito da Lei maior.

O DESAFIO DOS MEDICAMENTOS

Perguntei ao Rubinho, Sabe-Tudo de Remédios, Criador, Incentivador e Mantenedor da SOBRAVIME (você já é sócio?) sobre números de medicamentos. Mais que prontamente, veio a resposta.

“Caríssimo Gilson, Com auxílio da Dra. Sara Kanter, diretora técnica da ALANAC (Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais) informo-lhe números aproximados relativos ao seu pedido:

1. Número de medicamentos no país (suponho o número de produtos, de diferentes empresas, não obstante semelhanças ou até identidade entre eles) - cerca de 6000 produtos (segundo a ALANAC).

2. Número de apresentações desses produtos: cerca de 11.000 (informação da ALANAC). A Revista ABCFarma (da Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico para Farmácias, Drogarias e Empresas do Setor) Ano 8, nº113, dezembro de 2000 informa 11.715 apresentações. A disposição da informação, por exemplo, é:

ADALAT - Bayer	Preço fabricante	Máximo vendas
Cápsulas 10mg ct fr X 60	9,52	13,60
Retard 20mg com fr X 30	9,80	14,00
Oros 60mg com fr X 15	33,76	48,22
Oros 30mg com fr X 15	22,93	32,75
Retard 10mg com fr X 30	6,63	9,47
Oros 20mg com ct fr vd X 15	18,78	26,82

Siglas com=comprimido ct=cartela fr=frasco retard=liberação prolongada

Deve-se interpretar que o produto Adalat (cujo princípio ativo é nifedipino) tem 6 apresentações.

Outros exemplos: Água para injeção-Labormédica - Inj 250ml, Inj 500ml, 2ml c/100, 5ml c/100, 10ml c/100 e 20ml c/50, ou seja, também seis apresentações.

3. Número estimado de princípios ativos (segundo a ALANAC) - 1.400 substâncias

4. Número de princípios ativos constantes da 11ª Lista de Medicamentos Essenciais da OMS (dezembro de 1999): 308

Número de apresentações constantes dessa lista: 536

5. Número de princípios ativos constantes da Rename 2000: 318

Número de apresentações constantes dessa lista: 509

Um grande abraço. José Ruben – SOBRAVIME”

Peguei outro texto da Assessoria de Comunicação do MS, publicado no Boletim do CONASS, sobre a questão dos custos de medicamentos. “Os preços dos medicamentos foram reajustados cerca de 54% acima da inflação, de 1989 a 1999, de acordo com a FIPE/Universidade de São Paulo. Se forem analisados os preços dos remédios separadamente por tipo, a situação é ainda pior: os indicados para doenças cardiovasculares, por exemplo, subiram 105% e os para

doenças respiratórias 143% acima da inflação, no mesmo período. Os dados do INPC/IBGE são ainda mais alarmantes: os produtos farmacêuticos aumentaram aproximadamente 119% de janeiro de 1990 a novembro de 2000. Uma elevação de mais de 100% acima da inflação do período. O grande salto nos preços aconteceu quando foram eliminados os controles de preços após o Plano Collor II. Depois do Real, os preços dos remédios continuaram subindo apesar do Real estar valorizado perante o dólar o que abaixava os custos dos produtores. O lucro do setor foi crescente durante toda a década chegando entre 1998 e 1999 a representar quatro vezes a média do conjunto da indústria brasileira.” Fonte: ascom@saude.gov.br

Vale lembrar que o Serra vai muito bem na luta contra o preço abusivo dos medicamentos. É um ótimo cavalo de batalha. Não nos esqueçamos que ele teve a oportunidade, a sua época, de colher frutos da semente plantada pelo Ministro Jamil Haddad quem iniciou o processo. Correu-se o tempo devido para que Serra conseguisse colher os frutos. É o tempo histórico.

Sou usuário de algumas drogas-remédio e tive a pachorra de levantar o valor do medicamento por grama para comparar com o valor grama/ouro. Fiquei abismado: a simples digoxina custa 64,4 vezes mais que o grama do ouro; o ramipril para hipertensão 31 vezes; a glimepirida para diabetes, 26,38 vezes; a rosiglitazona para diabetes, 77,5 vezes. No caso da digoxina, comprada como um remédio barato, tem-se a vantagem da baixa dosagem do comprimido e seu uso parcimonioso. Consumo em remédios por mês o equivalente ao valor de 25,5 gramas de ouro. No ano, o equivalente a 311 gramas de ouro. São R\$5.602,00 por ano... sem direito a desconto no Imposto de renda.(Ganharam liminar agora, manetr-se-á?)

O presidente da Lilly Sidney Taurel em entrevista a revista Dinheiro N.186 de 21-2-2001 afirma que o faturamento bruto da indústria farmacêutica no mundo em 2000 foi de 25º bi de dólares e o lucro líquido 28 bi de dólares. (Contribuição do Elias Rassi).

Um dos grandes desafios hoje para a população, os profissionais e os serviços de saúde é saber o que fazer em relação à terapêutica medicamentosa. Passa mais além e mais profundamente que a questão dos custos e dos genéricos, medidas igualmente essenciais. São vários os interrogadores. Em relação à população: a população está recebendo prescrição correta para seus agravos? Está tendo acesso a estes remédios? Está se automedicando excessivamente? Medicamento/recurso mágico tem sido a maior fonte de prescrição? Em relação aos profissionais: estão se informando e se atualizando sobre os medicamentos através de quem lucra com eles (produtores, mercadores, cientistas financiados) ou por fontes independentes e confiáveis? Os mecanismos de atualização são: marketing, publicações científicas, programas de educação continuada, eventos médicos, todos financiados pelos fabricantes-mercadores? Estão prescrevendo segundo critérios firmados individualmente ou estão se utilizando de protocolos de condutas? Estão introduzindo a prescrição de genéricos? Por convicção ou por imposição? Em relação aos serviços de saúde: estão utilizando-se de que critérios para a compra de medicamentos?

Estão trabalhando com protocolos de condutas? Padronização de medicamentos? Existe uma única ou várias listas de medicamentos? Existem estudos ou consulta a estudos para introdução de medicamentos novos?

Estas questões têm que ter respostas para se saber que caminhos tomar. Alguns princípios já estão consagrados e podem ser adotados em nossa prática: desmedicalização, protocolos de condutas (bons para a população, profissionais e serviços de saúde), padronização de medicamentos, critérios de disponibilização de medicamentos. Outros deverão ser adequados à realidade conhecida acima. Nada se fará sem negociação, à mesa, de todos os atores envolvidos: população, profissionais, prestadores e gestores.

O PAPEL DOS COSEMS E DO CONASEMS

A união dos Secretários Municipais de Saúde ao redor da proposta inovadora de se conseguir saúde e qualidade de vida para a população é já antiga. Existem movimentos anteriores à década de 70 mas foi nela que se fortaleceu a idéia municipalista. Inicialmente encontros regionais e nacionais e após uma década a oficial criação do Conasems e dos Cosems. Lembro-me destes inícios na época de discussão do sistema, das experiências inovadoras, da VIII Conferência Nacional de Saúde, da Constituinte e do pós imediato. Lutamos tanto, estávamos no ar 25 horas por dia. De repente queriam saber quem era o Conasems, pois se apresentava com tanta desenvoltura e presença que parecia ser uma potência! (Que o relate o Eri Medeiros!) Na verdade éramos poucos, mas nos desdobrávamos e nossa luta era contínua e política. Estávamos em todas. Houve momentos tensos de disputas acirradas. Estávamos lá. O que nós pretendemos hoje com o CONASEMS E OS COSEMS? Qual é a estratégia de luta? Quais as metas coletivas que temos como um coletivo que somos? Pruri e suprapartidários? O CONASEMS hoje desempenha seu papel? Tenho dúvidas muitas e certezas algumas. Acho que nos esquecemos das grandes bandeiras. Detivemo-nos muito no "rame-rame" do dia a dia e nos acostumamos a pequenas vitórias que, no mais das vezes, podem impedir as grandes. Qualquer pequeno e aparente aumento de recursos (muitas vezes é artefato de engenharia, reengenharia ou talvez... "reenganaria") já nos deixa calados, ou acomodados. (Um conveniozinho diferenciado com um dirigente também pode acomodar a capacidade de luta e briga!) Vale discutir, neste momento, as posições do CONASEMS e dos COSEMS. O que defendemos é a não partidarização nem do CONASEMS e nem dos COSEMS. É a busca da defesa: do todo e não apenas das partes; do direito à saúde ; é não se deixar cooptar por qualquer benesse nem federal, nem estadual e não se acovardar com artimanhas intimidatórias tão comuns a alguns dirigentes públicos. O CONASEMS E OS COSEMS por terem origem na multiplicidade de partidos políticos não deve, nem pode, assumir posições políticas partidárias como nortes de sua ação. Mas deve ter clara a política de saúde, os preceitos constitucionais e lutar para que eles aconteçam. Acho que falta, neste momento, o clareamento sobre a posição do CONASEMS. Qual o caminho que a instituição vai trilhar? Definidas estas linhas, a curto, médio e longo prazos, que se coloquem todas as energias a seu favor. Então sim... é só

correr para o abraço.

5. PROPOSIÇÕES PARA UMA AGENDA-21 DA SAÚDE

Está se delineando a necessidade de construirmos A AGENDA-21 DA SAÚDE. Quero, através deste documento, depois de ter pretendido fazer um breve diagnóstico de situação, ajudar a refletir sobre eixos desta agenda. Espera-se que ela seja construída oficialmente pelos gestores da saúde: federal, estaduais e municipais. Esta agenda tem que definir metas a curto, médio e longo prazos. Ela tem que ser integrante do Plano de Saúde de cada esfera. Não pode ser apenas mais um documento oficial: Agenda Nacional, Estadual, Municipal. Uma formalidade a mais!

Os Gestores Estaduais e Municipais do SUS devem ter uma posição mais ativa e firme nas questões fundamentais principalmente no âmbito do CNS e CES, a CIT e CIBS. Não ceder no essencial e saber negociar no acessório. Não permitir que os grandes assuntos como tabelas, valores, programas incentivados etc. apareçam antes no DOU que nas CIT. Passar dois dias discutindo o perfunctório e, no terceiro dia, no voo de retorno aos nossos municípios, saber que saíram portarias e decretos do âmbito da saúde aos quais ninguém tivera acesso!!! Não se trata de ser contrário ao Ministério da Saúde, aos governantes etc. Mas, ser defensor dos interesses dos cidadãos que representamos. Defender idéias e princípios e não apenas posições político-partidárias. Nem ser sempre a favor por sermos do mesmo partido, nem ser sempre contra por sermos de partidos opostos.

Instâncias municipais e estaduais de saúde muitas vezes se vêem subornadas em todas as acepções imaginadas. Deixa-se de defender o coletivo em troca de benesses individuais. É um comportamento do salve-se quem puder, contrário à ética da solidariedade e retardador das transformações maiores necessárias e urgentes aos governos.

FINANCIAMENTO:

1. Eixo da recomposição de perdas responsáveis pelo sucateamento do público e do privado associado

Defesa da reposição dos recursos correspondentes à CPMF tendo como base o orçamento do MS executado em 1996, R\$14,3 bi aos quais deveriam somar-se os R\$8,13 bi da CPMF em 1999 ou seja: R\$14,3 + 8,13 bi = R\$22,43 bi (R\$2,87 bi a mais no orçamento de 1999 !).

Defesa da reposição de R\$3,6 bi em 1997 e R\$3,48 bi em 1998 e anos seguintes, quantitativos referentes a outras fontes costumeiras de financiamento da saúde e

que não ingressaram no orçamento da saúde desde o advento da CPMF, configurando-se a ilegalidade de uma grosseira substituição de fontes.

Defesa da reposição dos R\$250 milhões de reais/ mês entre maio de 1993 a dezembro de 1995 (31 meses X 250 = R\$ 7.750 bi) referentes aos recursos das Contribuições de Empregados e Empregadores sobre a Folha que o Ministério da Previdência deixou de depositar no Fundo Nacional de Saúde, descumprindo leis como LDO e Lei do PPA de 93-95. Devidamente corrigidos.

Defesa de ressarcimento de todos os recursos referentes a pagamentos de dívidas de empréstimo entre o Ministério da Saúde e o Fundo de Amparo ao Trabalhador. Somar todos os recursos pagos nestes últimos anos e repor este dinheiro que hoje deve estar por volta de R\$ 8,00 bi.

Defesa de ressarcimento de recursos arrecadados pelo SUS (MS) como efeito de desvios de prestadores e outras esferas de governo e que, mesmo indubitavelmente pertencentes ao SUS, são depositados na conta geral da União (Fonte 100).

Defesa do ressarcimento de remuneração das disponibilidades do Tesouro Nacional referentes a verbas da saúde e da seguridade e que foram através dos anos retidos pelo Tesouro.

Defesa do ressarcimento de recursos destinados ao acidente do trabalho, recolhidos pelo Ministério da Previdência, mas cujos serviços são prestados pelo SUS.

Estas propostas precisam ser analisadas mais aprofundadamente podendo resultar numa única ou em várias, segundo estudo jurídico-contábil. O importante é que este recurso que fez falta ao SUS, deixou de ser investido na melhoria da rede etc. deve ter seu destino ligado às atividades de reforma, adaptação e instalação de novos serviços. Das vidas perdidas por inteiro ou na qualidade de sobrevida, só nos resta lamentar pois, irrecuperáveis estão.

2. Eixo da garantia de recursos definidos, definitivos e suficientes

Defesa do espírito da PEC 169 levando às últimas conseqüências a aplicação da EC 29. Não foi o que sonhávamos. Não foi o que queríamos. Mas, aí está, para ser cumprida. Só trará recursos minimamente suficientes quando ela for cumprida – principalmente na esfera federal – acima dos mínimos previstos.

Recolhimento ao Fundo de Saúde dos recursos recolhidos dos cidadãos a título de “seguro por Acidente do Trabalho” devidos à saúde e usurpados indevidamente pela Previdência Social desde maio de 1993. (Houve alguns pequenos repasses esporádicos neste período.) Depósito sistemático atual e ressarcimento dos débitos anteriores.

Maior aporte de recursos fiscais de Estados e Municípios nos limites mínimos da EC 29. Ênfase na participação dos Estados que tem investido pouquíssimo na área de saúde. Exigência do PES = Piso Estadual de Saúde. Não permitir expansões no conceito de saúde trazendo para o Fundo de Saúde despesas

anteriormente de outras áreas de governo.

3. Eixo da retenção nos municípios de recursos destinados à saúde

Os recursos do DPVAT seguro obrigatório recolhido sobre os veículos de cada município deveriam ser diretamente destinados, no percentual da Lei (45%), ao Fundo Municipal de Saúde em cada um dos municípios.

Totalidade ou percentual da CPMF destinada à saúde, diretamente depositada no Fundo Municipal de Saúde. (compensável com outras fontes para se fazer a equidade para municípios e regiões mais pobres)

Demais receitas da saúde deverão fazer as devidas compensações para atender ao critério de distribuição 50% por quociente populacional e os demais segundo o art.35 da 8080.

4. Eixo da modificação de valores e da sistemática de repasse de recursos federais a estados e municípios

Fim da maneira arbitrária que se tornou o repasse do MS a Estados e Municípios. Fim das separações de recursos em rubricas e mais rubricas com obrigações e determinações verticalizadas e a incomunicabilidade destes tetos, mês a mês. Não bastasse isto, a arbitrariedade maior é a liberdade do MS em usar estes saldos segundo seus próprios critérios. Desbloqueio imediato destes sub-tetos para os municípios em gestão plena do sistema, que devem ter autonomia para decidir, junto com o Conselho de Saúde, onde gastar seus recursos, de acordo com a Lei que manda obedecer ao plano de saúde aprovado no Conselho.(8080 e 8142)

Defesa de um PAB de 14 a 18 reais sobre população de 2001, de imediato, e crescimento a cada ano até atingir nos próximos três anos um mínimo equivalente a 25 reais (valor de hoje). (Enquanto persistir a atual forma de repasse de recursos com destinação específica e fechada pelo MS).

Busca da implantação do critério de repasse total dos recursos per-capita (nivelando pelo estado de maior per-capita) em cumprimento à Lei 8142 e enquanto não se implanta o art. 35 da lei 8080.

5. Eixo da correção de valores de custo de procedimentos e sua atualização permanente por índice governamental

Modificações radicais na tabela SUS de tal modo que ela corrija defasagens de valores, dos componentes internos, dos agrupamentos etc. etc. Não é para o governo central pagar aos municípios por produção, contrariando a lei, mas continuar mantendo um parâmetro de valores como um indicativo para os ressarcimentos e pagamentos de serviços comprados de terceiros. A TUNEP que é usada para ressarcimento dos planos e seguros de saúde, traz valores mais

próximos da realidade que a tabela SUS? Por que não usa-la in totum ou percentualmente (p.ex. 70% do valor da TUNEP?)

A tabela não pode impedir outras maneiras de remuneração na compra de serviços feita pelos municípios junto aos prestadores, principalmente os privados sem fins lucrativos. Saber de antemão que pagamento por verba, por orçamentação, por contrato de gestão pressupõe o conhecimento do custo de determinado procedimento. Para pagar por grupos, montantes ou por orçamentação é imprescindível um referencial de valores-custo, expressos por uma tabela!

Voltar a permitir que os municípios, de acordo com sua realidade e autonomia, estabeleçam valores para pagamento de procedimentos a terceiros como figura na portaria de contratos e convênios de outubro de 93 e recentemente "tirado" este direito pela NOAS-2001. Passou a ser só direito do Estado.

Proposta de criação de um índice oficial de medida da inflação no setor saúde nos moldes do PL do Dep. Henrique Fontana, médico e ex-secretário de saúde do Município de Porto Alegre.

MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

HUMANIZAÇÃO. HUMANIZAÇÃO. HUMANIZAÇÃO.

Reconhecer no modelo PACs PSF uma das estratégias de se garantir a saúde integral sendo possível e desejável variação e adaptação deste modelo segundo a realidade local. Não se pode limitar o financiamento a uma proposta única para todo o Brasil. Seria a negação da diversidade de realidades nesta continentalidade brasileira.

Incentivo a novos programas e novas estratégias aceitáveis técnica, política e socialmente em cada realidade local. Não desprivilegiar (principalmente com financiamento) experiências exitosas de serviços de saúde em moldes "tradicionais" que estejam inovando, sendo resolutivos.

Melhora técnica e humana da atenção nos postos, nas emergências e nos hospitais. Espaço para o cidadão participante.

Desospitalização. Desmedicalização. Desespecialização. Desaparelhação. Tudo a favor do ser humano na integralidade de sua tríplice dimensão: bio-psico-social.

MODELO DE GESTÃO-GERENCIA DE SAÚDE

Buscar a gestão-gerência funcionais, muito mais que apenas a mudança de organogramas e plantas físicas das secretarias.

Buscar a descentralização interna. Montar equipes centrais pequenas e aumentadas virtualmente com pessoal da base todas as vezes que necessário para elaboração de programas, protocolização de condutas e rotinização de serviços.

Buscar profissionais de áreas administrativas afins como economistas,

contabilistas, administradores, para melhorar o padrão de administração físico-financeira das SMS, do sistema de compras e estoques, da frota e transporte administrativo e de ambulâncias

Trabalhar nos eixos fundamentais: diagnóstico, programa, PPA, LDO, LO e PPI (expressão da LO integrada) de forma ascendente com servidores e comunidade e aprovação do Conselho de Saúde. Associar, urgentemente, os mecanismos legais de planejamento a aqueles próprios da saúde = PPA/LDO/LO com PLANO DE SAÚDE E PPI.

Manter no Fundo Municipal de Saúde todos os recursos federais, estaduais e municipais, inclusive os recursos destinados à folha de pagamento, determinação agora expressa na EC-29.

Informar a partidos, sindicatos e entidades empresariais do município os recursos recebidos da esfera federal até 48 hs depois de recebidos. É lei.

Fazer as prestações de contas devidas. Mensal, bimensal, trimestral e anual com transparência para os cidadãos em geral e o Conselho de Saúde.

RECURSOS HUMANOS

Contratar recursos humanos por concurso público; fazer plano de cargos, carreira e salários sem privilégios de determinadas categorias profissionais e evitando-se gratificações baseadas no volume de serviços produzidos; buscar remuneração e condições de trabalho dignas.

Investir em treinamento, aperfeiçoamento, educação continuada do pessoal de saúde buscando novas metodologias diferentes daquela de simplesmente tirá-los do horário de trabalho . Exemplo: Curso de Gestores da Fiocruz e outro do Banco Itaú, outros ligados a Universidades Locais e Regionais.

Cobrar dos RH conhecimentos técnicos, compromisso humano e social.

PAPEL DAS TRES ESFERAS DE GOVERNO

Lutar para que União, Estado e Municípios cumpram seus novos papéis, correspondentes a suas competências constitucionais e legais. Não permitir que a recentralização se viabilize com as novas políticas do Ministério da Saúde e de alguns Estados. Combater a atual cômoda política adotada: transferir competências e se postar de financiador à distância e controlador rigoroso (de tudo aquilo que eles próprios não conseguiram fazer e ainda não conseguem).

CIT e CIBs

Lutar para que o papel das CIBs e CIT não se esvazie. Adotar uma postura severa de controle para que as coisas mais importantes não sejam desviadas sem ouvir CIT-CIB e as menos importantes sejam submetidas a estas instâncias. Não permitir que as decisões da CIT-CIBs sejam tomadas por votação o que contraria a legislação que determina consenso para as decisões destes fóruns. Submissão

das decisões das CIT-CIBs às diretrizes e orientações dos Conselhos, sem passar por cima deles. Assuntos não definidos no plano devem ser submetidos aos Conselhos.

Presença do Governo nas CIT-CIBs: lutar para que estejam presentes pessoas que decidem e não apenas terceiro, quarto e quinto escalão.

DESCENTRALIZAÇÃO E CONSÓRCIOS

Impedir, com todas as forças que a descentralização constitucional se transforme em apenas uma desconcentração sem autonomia de decisão em âmbito local, loco-regional e estadual.

Incentivar os Consórcios com características ascendentes e de caráter público com a cooperação financeira e técnica da União e Estados.

CONTROLE INTERNO DAS TRES ESFERAS DE GOVERNO

Queremos Controle Interno rigoroso com estabelecimento de parâmetros claros de auditoria e controle sobre o OBJETO da auditoria e sobre a COMPETÊNCIA de cada esfera de Governo e seus órgãos.

Definir, divulgar e cobrar quem audita e fiscaliza a União, o Ministério da Saúde, nos momentos em que ele não tem plano de saúde; não divulga mensalmente a relação de todas as compras realizadas com processo, firma fornecedora, valor unitário e valor total; não presta contas trimestralmente ao Conselho Nacional de Saúde dos feitos, dos gastos e das auditorias realizadas e resultados; não passa pelo CNS as decisões de modificações de tetos, tabelas, critérios de distribuição de recursos; não informa ao CNS os recursos distribuídos por convênios voluntários com municípios e outras instituições ou associações; etc.

Impedir que continue a "Farra das Auditorias" Brasil afora. Que a Swat Federal e seus braços estaduais, se enquadrem dentro do grande Sistema Nacional de Auditoria com regras e competências claras.

CONTROLE SOCIAL

Incentivo ao funcionamento dos Conselhos em suas funções precípuas de aprovar o Plano com a Política e Estratégias de Saúde e análise de contas para verificar a o gasto em seus aspectos econômicos e financeiros.

Mudar de atitude em relação aos Conselhos de Saúde fazendo deles os grandes aliados na Construção do SUS.

ALIANÇAS POLÍTICO-TÉCNICAS COM AUTORIDADES, SOCIEDADE ORGANIZADA E COM O CIDADÃO PROPRIETÁRIO

PREFEITOS : Assumir que a gestão da saúde é subalterna ao gestor municipal, o

prefeito. Trazê-los para a luta pela saúde. Não podem ficar à margem do processo. Aos secretários a competência e o compromisso técnicos e, ao Prefeito, eleito, o fruto "político" daquilo que tecnicamente foi realizado com eficácia e eficiência na área de saúde, componente de sua administração.

LEGISLATIVO : Aliança permanente com o poder legislativo municipal estadual e federal. Não se pode levar esta luta difícil da saúde deixando de considerar o legislativo. Buscar através de informes, encontros pessoais individuais e coletivos (com conselhos) o apoio às grandes causas da saúde. Não nos esquecermos nunca que a bandeira saúde tem que ser levada no seu contexto supra e pluripartidário.

MINISTÉRIO PÚBLICO: Aliar-se ao Ministério Público discutindo problemas e soluções para o Sistema de Saúde, antecipando-se na identificação das dificuldades. Convidá-los para assistir reuniões do Conselho na qualidade de convidados, já que sua presença como Conselheiro seria ilegal.

PRESTADORES – PROFISSIONAIS DE SAÚDE: Só se fará saúde com os seus efetores principais. Não há ação de saúde que não tenha como um dos atores prestadores e ou profissionais de saúde. Sem esta aliança qualquer proposta permanece letra morta.

CIDADÃOS SÓCIO-PROPRIETÁRIOS: A razão de ser de todo o trabalho humano é o próprio ser humano que tem que ser sujeito e objeto das ações de saúde. Nenhum sistema de saúde pode ser bom apenas ou principalmente para seus dirigentes ou aficionados. **AS PESSOAS PRECISAM TER O MÍNIMO DE SATISFAÇÃO DE SUAS NECESSIDADES E ANSEIOS EM RELAÇÃO À SAÚDE.**

6. CONCLUSÃO

Não sou dos poucos nem dos mais cáusticos críticos do atual governo. Mesmo aliados e até alguns tucanos convictos, criticam mais do que elogiam FHC. Questões gerais de governo afetam diretamente a saúde, ou indiretamente piorando as questões referentes ao povo brasileiro. Não vamos falar dos princípios neoliberais, mais seguidos aqui que pelos próprios defensores e divulgadores que levaram ao desmonte do estado com privatização em ritmo acelerado e de maior porte que o resto do mundo. Privatizou-se mesmo o que não privatizaram no berço e exemplo de neoliberalismo. Desvalorização do estado minimizando seu papel. Desvalorização do servidor público. De outro lado, escândalos no ar que, vedados pelos governistas de investigação, no mínimo tornam-se mais suspeitos de que sejam verdadeiros: compra de voto para reeleição, caixa dois de campanha, tráfico de influência na cozinha do palácio, grampos telefônicos, escândalos como da SUDAM, violação do painel de votação do senado, Marka, Proer e outros, ressurgimento do SNI etc. etc.

Na área da saúde FHC nos pregou algumas peças como os engodos da CPMF (não foi dinheiro a mais para a saúde, mas substituiu fontes), da EC 29 que traiu os ideais da PEC 169 desresponsabilizando a União e sobrecarregando estados e municípios, das Organizações Sociais (inconstitucionais) onde se autoriza a privatização do público com a audácia de dar a isto o nome de publicização; o engodo da Declaração do Ano de 1997 como o ano da Saúde, exatamente no ano onde se escarneceu da saúde, travou-se o processo de descentralização não se municipalizando nenhum município pelo período de cerca de 18 meses. FHC continua fazendo mal à saúde!

Hoje temos um Ministro da copa e cozinha do presidente a quem saudei à época da posse, como o melhor ministro da saúde que FHC poderia ter. Precisamos compreender que nas medidas de sucesso atribuídas a Serra existem alicerces fundeados por outros Ministros. Determinadas medidas, iniciadas por outros ministros, foram coroadas neste: os genéricos (de Jamil); a ANV (do Jamil); o ressarcimento dos planos (do Jamil) ; o reforsus (do Jatene (1 e 2A.gestão) e do Santillo); o PACS-PSF (pacs iniciado em Alcení e pacs-psf oficializado o financiamento por Santillo); o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde , promovido por Serra e com o apoio do CFM (PISUS – Programa de Interiorização do SUS instituído por Santillo em 1994). Ótimo que deram fruto. Mas, igualmente foi na Gestão do Serra que o PAB criado em 96 (Jatene) em 12 reais por habitante ano, foi implantado em 1998 no valor de 10 reais; foi com Serra que houve reajuste diferenciado por procedimentos sendo que os de maior complexidade tiveram aumento real 100% a mais que o PAB; foi com Serra que se iniciou o processo de desconcentração em substituição à descentralização constitucional; a prática cada vez mais corrente de reinventar o SUDS e reconcentrar nas mãos da União e Estados a capacidade, principalmente financeira, de alguém fazer a mesma coisa. Medidas recentralizadoras com concentração de recursos na esfera federal (FAEC) para passar a municípios e estados sob controle direto, é deveras recentralizador. O repasse de recursos por fatias e escaninhos,(dezenas de sistemas de repasse de dinheiro!!! Beltrão revira-se à distância.) contrário ao repasse global direto e automático fundo a fundo. O que me preocupa é seu grupo assessor que dá o tom na política de saúde (Serra ouve e segue, o que não julga de sua competência). São pessoas extremamente centralizadoras e que continuam querendo decidir segundo sua alta sabedoria. Conselho de Saúde, a meu ver, totalmente desprestigiado. Não adianta ir lá fazer discurso de quando em vez ou levar o Presidente. Queremos que o CNS seja prestigiado nas atitudes legais do dia a dia: submeter plano, mudança da sistemática de pagamento, dos valores de procedimentos (desobedecem a 8080 e nem dão bola para o CNS) A CIT enquanto contestava e discutia era desprestigiada e mesmo autoritariamente ameaçada de fechar, hoje com cooptação dos demais representantes de gestores fica como a Voz do Brasil.

.....

Aí estão colocados de forma sucinta os nós e desafios para o SUS neste 2001 fimbrias do 3º milênio. Muito do que aqui está consta de outros documentos meus. Agreguei aqui devido à sua permanente atualidade. Não precisaria estar

inventando coisas novas se as velhas continuam sendo a realidade de hoje. As proposições – ainda que as mesmas de anos atrás – ainda são atuais porque não implementadas.

Não é fácil vencer desafios. Dois desafios e seus desdobramentos são os balizadores desta verdadeira guerra:

1) A luta pelo conserto do Brasil em Geral. Os que lutamos pela saúde temos que fazer diariamente e em tudo a associação entre o estado de saúde de nossa população e as condições de vida a que são submetidos os brasileiros. Não adianta melhorar a saúde isoladamente. Isto seria até mesmo uma meta inatingível. Temos é que trabalhar para que o Brasil mude. O emprego pleno, o salário justo, a habitação digna, a comida suficiente, educação, cultura e saúde acessíveis. Isto é o primeiro desafio. (CF196 e Lei 8080).

2) Segundo, mas igualmente importante é o desafio de tirar do papel com todas as suas consequências os princípios fundamentais do SUS: saúde como direito do cidadão e dever do estado, a universalidade-igualdade do direito, a equidade da ministração, a integralidade da atenção, a intersectorialidade permeando a ação, o financiamento tripartite. Sobre tudo isto o Controle Social: cidadãos controlando o Estado e a sociedade para ambos sejam a favor de todos nós.

.....
O que fazer? Críticas e denúncias, apenas? Conformidade, sempre pensando que poderia ser pior? Esperneios inconformados diante de risos sardônicos da equipe reinante? Reunião de convictos para lamentar a realidade?

Minha receita: criticar, denunciar, espernear, zombar dos zombadores e... ser propositivo, tentando a cada dia construir. Reconstruir. Fazer o possível, tentando sempre o impossível.

Mãos à obra. Caminhar é preciso. Ter rumo é imprescindível.

(Bordão por mim repetido inúmeras vezes... até acharmos coletivamente os nossos melhores rumos.)

.....
P.S.: Sinto que estão a ponto de me vencer. Quem? Os responsáveis pela parafernália tecnoburocrática do Ministério da Saúde. A capacidade de eles produzirem novos documentos, portarias, normas, instruções normativas, planos, estratégias, agendas, metas, bandas paramétricas etc. tem sido tão grande que já estou quase me dando por vencido. (Só de lerem isto já entrarão em estado de gozo!) Os papéis saem por todos os lados, aos borbotões, de secretarias, departamentos etc. Já passei a levantar-me mais cedo, dormir mais tarde, comer trabalhando, não ler romances nem ver filmes, folhear jornais sem lê-los, viajar menos, não sair nos fins de semana. Não tenho mais horas para esticar, a menos que se decreta mudança na carga horária do dia para 30 hs. A impressora apita e reclama, o papel acaba, a tinta seca ... e a internet continua vomitando as novas do dia, da hora, do minuto. São muitos a produzir e poucos para analisar.

Confesso que, se não mudarem de ritmo, vão ganhar de mim de goleada. A única alternativa será bater com os cambitos. Morro na defesa, de pé, com a língua para fora, mas na glória de ser “em combate”.